

ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневого



№1 2017



ISSN 2075-6895

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.**

№_ 2017



ТЕЗИСЫ

НАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО КОНГРЕССА СОВМЕСТНО С XX ЮБИЛЕЙНЫМ СЪЕЗДОМ РОЭХ

Москва
4-7 апреля 2017



1. РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ТРАВМАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Джумабеков А.Т., Жораев Т.С., Абуов С.М.,
Жарменов С.М., Артыкбаев А.Ж., Еркинулы А.*

Алматы

Казахский медицинский университет
непрерывного образования

Несмотря на установленную важную роль процессов перекисидации липидов, резерва антиокислительных систем, факторов неспецифической резистентности и микробиоциноза кишечника в определении характера течения послеоперационного периода при травмах органов брюшной полости, в клинической практике еще не находят широкого применения методы алиментарной коррекции с использованием полифункциональных продуктов питания. Одним из факторов риска развития послеоперационных осложнений является нарушение микробиоценоза кишечника к которому приводят: операционная травма, стресс, наркоз, а также антибактериальная терапия.

Цель работы: Определить протекторные и иммунокорректирующие свойства полифункционального кисломолочного продукта питания Milkyboom плюс при повреждениях органов брюшной полости.

Методы исследования: Нами включен в комплексное послеоперационное лечение больных с повреждениями органов брюшной полости специализированных продуктов питания эу- и пробиотического ряда. Выполнены специальные исследования по оценке клинико-лабораторной эффективности применения кисломолочного продукта питания (Milkyboom плюс). Данный продукт являлся дополнением к общепринятой послеоперационной терапии, включающей антибиотики, инфузионная терапия, витамины и симптоматическую терапию. Профилактику дисбиотических нарушений начинали с первых суток послеоперационного периода и продолжали 7-9 суток. Клинико-лабораторную эффективность оценивали по динамике основных симптомов, характеризующих как общее состояние, так восстановление функции кишечника, сроки заживления ран, частоту развития послеоперационных осложнений, как со стороны раны и общих, по динамике лабораторных показателей, результатам оценки иммунного статуса и микробиологического исследования кала. Практически во всех случаях использование кисломолочного продукта отмечалось существенное уменьшение сроков общей

интоксикации, нормализации перистальтики кишечника, заживление ран, при этом достоверно в среднем на 30-45% снижалась частота развития гнойно-воспалительных осложнений со стороны ран и 2,5-3,0 раза - общих осложнений (несостоятельность швов, пневмонии, сепсис). От использованного метода алиментарной поддержки на 50-70% уменьшилась частота степень выраженности послеоперационных дисбактериозов кишечника. На фоне приема продукта признаки дисбактериоза, в основном легкой степени тяжести, регистрировались в среднем у 8-10% оперированных, тогда как в контрольной группе примерно в 25-30% случаев. Положительный эффект в отношении развития дисбиотических нарушений кишечника сочетался с нормализацией иммунологических параметров. Особо показательными были показатели экспрессии комплементарных и иммуноглобулиновых рецепторов нейтрофильных лейкоцитов. Характерным положительным иммунологическим признаком также являлось нарастание степени сенсибилизации замедленного типа к антигенам кишечной палочки, золотистого стафилококка и грибам Candida, по данным реакции торможения миграции лейкоцитов.

Выводы: Приведенные данные наглядно демонстрируют возможность существенного повышения эффективности лечения в плане снижения частоты послеоперационных осложнений путем коррекции развивающихся нарушений микробиоценоза кишечника.

2. ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Джумабеков А.Т., Абуов С.М., Жарменов С.М.,
Жораев Т.С., Артыкбаев А.Ж., Еркинулы А.*

Алматы

Казахский медицинский университет
непрерывного образования

Цель: оценить возможности и эффективность применения эндовидеохирургии (ЭВХ) в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН).

Материалы и методы: С 2005 года неотложная ЭВХ выполнены у 67 пациентов с ОСТКН (м-28, ж-39) в возрасте от 15 до 87 лет (средний возраст 44,1±4,2 года), что составило 37,8% от всех больных оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии. Из 67 больных ранняя послеоперационная ОСТКН имела у 10 пациен-



тов. Длительность заболевания составляла от 4 часов до 5 суток; в среднем 16,1+4,3 часа. Ранее больные перенесли от 1 до 4 операций на органах брюшной полости; у 11 пациентов операций в анамнезе не было. Хирургическая тактика базировалась на принятом в клинике лечебно-диагностическом алгоритме. В предоперационную диагностическую программу входили клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы обследования. На этапе неинвазивной диагностики выделяли две основные формы непроходимости: 1) странгуляция-обструкция - т.е. нарушение пассажа по кишечнику с клиническими признаками нарушения кровоснабжения в органе (42 пациента). Они были оперированы в первые 2-4 часа от поступления; 2) "простая" форма ОСТКН - т.е. нарушение пассажа по кишечнику, без клинических признаков нарушения кровоснабжения в органе (25 пациентов.) Эти больные были оперированы в срочном порядке, через 5-16 часов в связи с неэффективностью проводимой консервативной терапии, в комплекс которой у 9 из них была включена эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия. На дооперационном этапе основными противопоказаниями к использованию лапароскопического доступа считали: ОСТКН с явными признаками некроза кишки, перитонита; длительную многодневную "запущенную" ОСТКН с выраженными водно-электролитными и кислотно-щелочными изменениями. Результаты: Введение иглы Вереша и первого троакара, как правило, производили в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений. Диагноз ОСТКН не был установлен у 2(1,2%) пациентов с длительностью заболевания до 5 часов. По данным лапароскопической ревизии брюшной полости противопоказания к лапароскопическому разрешению ОСТКН были выявлены у 29(43,2%) б-х: некроз кишки (5), сомнения в жизнеспособности кишки (6), массивный спаечный конгломерат (9), распространённый спаечный процесс (7), резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки (1), сочетание ОСТКН с узлообразованием (1). Лапароскопическое разрешение ОСТКН было предпринято у 38 (55,6%) больных и успешно выполнено у 32 (47,3%) пациентов. Операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, а в последнее время - ультразвуковых ножниц. Интраоперационные осложнения отмечены у 3(5,3%) больных: повреждение кишки (1) и диатермокоагуляционный некроз кишки (2). Послеоперационные осложнения выявлены у 6(9,6%) больных: рецидив ОСТКН (1), неразрешенная не-

проходимость (2), парез 2), перфорация кишки в зоне странгуляции (1). Все больные с осложнениями были оперированы традиционным способом, с выздоровлением. Летальный исход от острого инфаркта миокарда отмечен в одном случае.

Заключение: ЭВХ при ОСТКН является эффективным методом инвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз ОСТКН у 98,8% пациентов и определить характер, вид, уровень непроходимости, а также оценить состояние тонкой кишки. Лапароскопическое оперативное лечение ОСТКН успешно выполнено у 32 (84,2%) больных, что позволяет рассматривать лапароскопию как метод выбора оперативного лечения данной нозологии, у определенного контингента больных. Успех ЭВХ при ОСТКН в первую очередь определяется правильным выбором показаний и противопоказаний на до- и интраоперационном этапах и неукоснительным соблюдением техники оперативного вмешательства с соблюдением "законов" традиционной и лапароскопической хирургии.

3. ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ПОЛИАКРИЛАМИДНЫМ ГЕЛЕМ

Шулутко А.М., Османов Э.Г., Чочия С.Л., Середин В.П., Мачарадзе А.Д.

Москва

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

Актуальность проблемы: в 90-х годах прошлого века большой популярностью среди женщин в нашей стране пользовалась методика увеличения (аугментация) покровных тканей путем инъекции полиакриламидного геля (ПААГ). Последствия бесконтрольного применения ПААГ нам, хирургам, приходится пожинать до сих пор. Через 5-10 лет после порочной процедуры, наряду с эстетическими дефектами, начинают развиваться тяжелые воспалительно-гнойные осложнения.

Материал и методы: с 2005 по 2015гг. в клинике факультетской хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова проведено лечение 26 пациенток с поздними септическими осложнениями после пластических вмешательств с использованием ПААГ. Возраст больных варьировал от 36 до 67 лет, в среднем 54,2 года. Все женщины госпитализированы по каналу «03». Подавляющее большинство (23 наблюдения) составляли женщины после неудачной аугментации молочных желез. Площадь поражения мягких тканей - от 67 до 250см². Основой тактики была хирургическая обработка гнойного очага, максимально возможное удале-



ние ПААГ с плазменно-физической вапоризацией остаточных некрозов, гелиом в тканях (установка «PlasmaJet»). В конце операции устанавливали активную дренажную систему. В большинстве случаев сразу накладывали швы на кожу (n=22), либо рану несколько дней лечили открытым способом с последующим наложением ранних вторичных швов (n=4). В послеоперационном периоде на фоне системной антибактериальной и противовоспалительной терапии осуществляли комбинированную плазмадинамическую санацию раневой зоны - дистанционное воздействие охлажденной (до 380С) ионизированной аргоно-плазменной струей в режиме стимуляции.

Результаты и выводы: После плазменно-физической обработки в режиме резки-коагуляции видимых глазу скоплений ПААГ в тканях воспалительно-гнойного очага не визуализировали. Вследствие асептичности и сорбционной способности обугленного тканевого слоя достоверно уменьшалась раневая экссудация. Регулярная плазмадинамическая санация благотворно влияла на репаративные процессы, оказывая физиотерапевтический эффект. При сравнении с контрольной группой из 15 пациенток, оперированных по поводу гнойного лактационного мастита, нами отмечено снижение объема интраоперационной кровопотери; средняя продолжительность лихорадочного периода и болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде также сокращалась примерно в 1,5-1,6 раза.

4. ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Ясногородский О.О., Шулутко А.М., Пинчук Т.П., Качикин А.С., Гандыбина Е.Г.

Москва

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,
кафедра факультетской хирургии № 2 лечебного
факультета, Университетская клиническая
больница №4

В основе исследования – результаты лечения 5115 больных с неспецифической эмпиемой плевры (НЭП), госпитализированных в торакальное отделение УКБ №4 за последние 39 лет (1977 – 2015 г. г.). Возраст от 15 до 87 лет. Мужчин было 3978 (77,8%), женщин – 1137 (22,2%). Дренаживание, фракционная санация и аспирация явились единственным и окончательным методом лечения для 4691 больных (91,7%), тем или иным хирургиче-

ским вмешательствам подвергнуты 424 (8,3 %). Из 424 оперированных больных, традиционная операция выполнена 118 больным (27,8%), плеврэктомия с декортикацией легкого из мини-доступа с видеоассистенцией 72 (17,0%), торакоскопическая санация, плеврэктомия осуществлена 234 (55,2%). Прослеживаются существенные изменения структуры методов лечения НЭП. Так, в период с 1977 по 1996 (20 лет) дренирование с последующей санацией и аспирацией осуществлено 1738 больным (92,4 %), 102 выполнены традиционные операции (плеврэктомия с декортикацией, плеврэктомия и др.) и 42 – плеврэктомия с декортикацией из минидоступа с VA. В период с 1997 по 2015 (19 лет) дренирование полости эмпиемы с последующей санацией явилось основным методом лечения уже у 2953 больных (91,4%), традиционные операции выполнены лишь 16 больным, 30 – операции выполнены из минидоступа с VA и 72 – видеоторакоскопическая санация полости эмпиемы (ВТС), плеврэктомия. Прослеживается определенная эволюция и выбора тактики хирургического лечения НЭП. Так, если в период с 1977 по 1996 г. выполняли лишь традиционные вмешательства (102) и операции из минидоступа с VA (42), то в период с 1977 по 2015 г. выполнено лишь 16 традиционных операций, операций из минидоступа с VA – 30. Общая летальность снизилась с 4,9%, в период с 1977 по 1996 г., до 3,2% в период с 1997 – 2015 г. Если в период с 1977 г. по 1996 г., когда применялись только высокотравматичные «традиционные» вмешательства, послеоперационная летальность достигала 19,5%, то после малоинвазивных ВТС-санаций летальных исходов не наблюдали.

5. ПРИМЕНЕНИЕ «ВЫСОКИХ» ЭНЕРГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХВН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шулутко А.М., Османов Э.Г., Анчиков Г.Ю.

Москва

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

Актуальность. Эра традиционных вмешательств постепенно уходит в прошлое, уступая место малоинвазивным хирургическим технологиям, когда желаемый конечный эффект и качество жизни реально достижимы при минимальных функциональных, эстетических, временных и экономических потерях. Вышесказанное в полной мере можно отнести к флебологии. Материал и методы. Мы анализировали результаты комплексного лечения 36 пациентов с тяжелой хронической венозной не-



достаточности (ХВН), пролеченных в УКБ №4 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова и клинике «Л-МЕД» г.Тулы за период с 2013 по 2016гг. Все лица госпитализированы в плановом порядке, тяжесть основного заболевания соответствовала клиническому классу 6 по СЕАР («открытая» язва), средний возраст 47,6 лет (от 35 до 72). Площадь трофической язвы (ТЯ) голени не превышала 20 см². Операции выполнялись под спинальной анестезией - в день госпитализации. Периоперационная антибиотикотерапия и профилактика тромбоэмболических осложнений в соответствии с международными стандартами была обязательной. После предварительной ультразвуковой маркировки зоны интервенции приступали к вмешательству. При недостаточности БПВ (МПВ) выполняли их эндоваскулярную лазерную коагуляцию (ЭВЛК). Дина волны – 906нм, мощность излучения в зависимости от калибра сосуда 15-30 Вт, режим – постоянный. Аналогично поступали с расширенными (более 5мм) прямыми перфорантными венами голени. Варикозно измененные притоки на бедре удаляли только методом минифлебэктомии, а на голени – путем флебосклерозирующей терапии по методике «foam-form» спустя 1 мес. Интраоперационный дебридмент ТЯ включал поверхностную некрэктомию, воздушно-плазменную обработку в режиме щадящей коагуляции (аппарат «Плазон») с наложением повязки с мазью офломелид. Эластическая компрессия осуществлялась с применением компрессионных чулок 2-го класса («Сигварис»). Результаты. Все пациенты выписаны из стационара через 2 суток после вмешательства. Состояние их расценивали как удовлетворительное. Выраженность послеоперационных болей по 10-балльной визуально-аналоговой шкале не превышала 3 баллов – в течение первых 3-х суток. Консервативная терапия (детралекс, диклофенак в ректальных свечах) проводилась в течение двух недель. При контрольном дуплексном сканировании – полная окклюзия магистральных венозных стволов зоне воздействия высоких энергий. Паравенозный воспалительный инфильтрат после ЭВЛК разрешался в течение 8-10 суток. В подавляющем большинстве случаев ТЯ быстро очищалась к 4-м суткам, далее заполнялись яркими сонными грануляциями с последующей эпителизацией. Устранение вертикальных и горизонтальных вено-венозных сбросов способствовало ускоренной редукции отека и подкожной венозной гипертензии, на фоне постоянной флеботропной и компрессионной терапии благотворно влияло на регенераторные процессы в ТЯ. Все послеоперационные процедуры осуществляли в формате амбулаторных визитов.

6.АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Гумаров Р.Ф., Мухаметов И.Р., Бозырев А.Е.

Альметьевск, Республика Татарстан
ГАУЗ «Альметьевская центральная районная больница» Республика Татарстан

Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде встречается у 0,6 – 4,6% пациентов. Наиболее частыми причинами возникновения и факторами развития острого послеоперационного панкреатита (ОПП) считается интраоперационная травма поджелудочной железы, острые воспалительные процессы в зоне большого дуоденального (фатерова) сосочка. Эти причины и факторы нарушают отток желчи, и как следствие, ведут к внутривисцеральной гипертензии. В хирургическом отделении Альметьевской ЦРБ за период с 2013г. по 2015 годы выполнено 252 холецистэктомии по поводу острого холецистита. Нами проанализированы результаты оперативных вмешательств выполненных лапароскопическим методом (ЛХЭ) - у 192 (76,1%) пациентов 1-я группа, и открытым (ОХ) - у 60 (23,9%) 2-я группа. Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) в послеоперационном периоде в обеих группах развился через 12-24 часов после операции и даже на 3-и сутки. Диагноз ОПП устанавливался и основывался на клинической симптоматике, показателях амилазы крови, диастазы мочи, биохимических анализах крови. Из дополнительных методов исследования были применены УЗИ, РКТ, ФГДС. После лапароскопической холецистэктомии (1-я группа), острый послеоперационный панкреатит (ОПП) диагностирован у 4(15,9%) пациентов, а после открытой лапаротомной холецистэктомии (2-я группа) – у 14(43,7%) пациентов. Обтурационный ОПП характеризовался симптомами гипертензии одновременно в желчных и панкреатических протоках. В 1-й группе он выявлен - у 1 пациента, во 2-й группе – у 7. Рефлекторный ОПП дифференцировался по слабовыраженным клиническим симптомам и изменениям панкреатических ферментов в крови. В 1-й группе он выявлен - у 1 пациента, во 2-й группе – у 3. Дисрегуляторный ОПП характеризовался симптомами рецидива хронического панкреатита, часто совпадающего с началом кормления пациентов, в 1-й группе он обнаружен - у 2 пациентов, во 2-й группе – у 4. Проведенное эффективное консервативное лечение отмечалось с положительной динамикой и без осложнений. Летальных исходов не было.



Выводы: 1. Лапароскопическая холецистэктомия характеризуется меньшей травматичностью в сравнении с открытой лапаротомной, и в 2,5 раза реже осложняет развитие острого послеоперационного панкреатита (ОПП). 2. После лапароскопической холецистэктомии, вследствие более раннего кормления больных, чаще встречается дисрегуляторная форма ОПП, а после лапаротомной холецистэктомии, чаще встречается обтурационная форма ОПП.

7. ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Костырной А.В.

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского, Медицинская академия имени С.И.Геогиевского

Цель: оптимизировать заключительный этап оперативного вмешательства (дренирования гнойно-некротической полости) при инфицированных формах панкреонекроза.

Методы: 154 пациента с различными формами инфицированного панкреонекроза. Лабораторные, ультразвуковые, 3-D моделирование, КТ, рентгенологические методики.

Результаты: Острый деструктивный панкреатит одно из самых сложных, тяжелых, затратных заболеваний органов брюшной полости. В середине XX века было описано не более 350 случаев заболевания, которые 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 пациентов, равное потерям при ДТП. Присоединении инфекции в изначально асептические очаги некроза, как в самой железе, так и в парапанкреатические ткани сопровождается высокой летальностью 40-75%. История развития тактико-технических подходов при остром панкреатите пережила ряд противоположных взглядов – от ранних вмешательств сопровождающихся высокой летальностью, до полного запрета на любые операции. И только в конце XX столетия, когда была обобщена классификация предложенная Н.Вегер (1992), существенно изменилась тактика ведения данной патологии и показания к выполнению оперативного пособия. Сложность своевременной диагностики некротических форм панкреатита и момент присоединения инфекции крайне важен для принятия решения о показании к оперативному вмешательству, что напрямую сказывается на конечных результатах. 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 методикам. 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 инфицированных формах предъявляются определенные жесткие требования, они должны выполнять каркасную, дренажную, гемостатическую и одновременно лечебную функции. Нами разработаны ряд дренажных конструкций с использованием лапароскопической технологии и водорастворимых мазевых композиций обладающих некролитическим действием. Запатентованные в Российской Федерации и на Украине (патент № 2134069, № 2127551, № 2127132, 1999 РФ, декларационный патент Украины № 3292, 2004, № 6293, № 12799, № 30614). Разработанные и внедренные в практику способы лечения и дренирования гнойно-некротических полостей при инфицированном панкреонекрозе позволило добиться снижения послеоперационной летальности до 17%. Выводы: 1. Применение более современных методик дренирования- сочетающих в себе прежде всего каркасную, дренирующую, лечебную функции при гнойно-некротических осложнениях инфицированного панкреонекроза позволило нам добиться снижения послеоперационной летальности до 17%.

8. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Костырной А.В., Воронов Н.В., Воронов А.Н.

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского, Медицинская академия имени С.И.Геогиевского

Цель: диагностика хронического панкреатита (ХП) у оперированных больных с инфицированным панкреонекрозом (ИПН) Обследовано 22 пациен-



та. Принципиальное значение в инструментальных и лабораторных диагностических методах были те, которые позволяют оценить функцию поджелудочной железы (ПЖ) после перенесенного оперативного лечения ИПН. С целью изучения экзокринной функции применяли ¹³C-амилазный дыхательный тест и копрограмму. Амилазный дыхательный тест выполнен 16 пациентам. Нормальная продукция фермента регистрировалась лишь у 2 (12,5%) больных. У 14 (87,5%) пациентов выработка фермента была в разной степени снижена. В среднем кумулятивная доза на 210 минуте у пациентов со сниженной продукцией амилазы составляла $1,72 \pm 2,73\%$, с минимумом - 24,2‰ и максимумом - 9,4‰. Кумулятивная доза на 360 минуте у больных со сниженной продукцией амилазы была еще ниже, в среднем составляя $0,25 \pm 5,72\%$ при минимальном значении - 33,8‰ и максимальном - 18,4‰. У 10 больных выполнен триглицеридный дыхательный тест, направленный на непрямоое определение секреции липазы ПЖ. Кумулятивная доза ¹³CO₂ на 210 мин в среднем составила $2,2 \pm 7,93\%$, что свидетельствовало о недостаточной выработке липазы. Результаты копрограммы - нейтральный жир был обнаружен у 2 пациентов, непереваренные мышечные волокна - у 6, переваренные - у 11, причем в 2 случаях они присутствовали в большом количестве. Растительная клетчатка определялась в 13 случаях, из них в 2 в большом количестве. Зерна крахмала были выявлены у 7 пациентов, всё это свидетельствовало о развитии ХП. Тест толерантности к глюкозе был выполнен всем больным. Его применяли после проведения гликемического профиля, стремясь избежать срыва компенсаторных механизмов регуляции уровня глюкозы в крови. При нормальных и слегка повышенных значениях гликемического профиля выполнялся описываемый тест. По результатам исследований сахарный диабет был выявлен у 1 больного - II тип. У остальных 4 больных, диагноз сахарного диабета I типа в одном случае и II в трех был установлен до курса обследования. Лишь у одного больного компенсация состояния достигалась применением таблетированных сахароснижающих препаратов. У остальных требовалась инсулинотерапия. Нарушенная толерантность к глюкозе наблюдалась у 4 пациентов, у остальных 13 эндокринная функция ПЖ сохранилась в пределах нормы. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнено всем 22 пациентам. Следует отметить, что более чем у 30% пациентов выявлено увеличение ПЖ, причем у всех за счет головки органа. Наличие кальцинатов в наших исследованиях всегда сочеталось с расширением вирсунгова протока свыше 5 мм. Выводы: Диагноз ХП установлен у 15 (68,2%) больных. Хронический рецидивирующий панкреатит, болевая форма с

сохраненной внутри- и внешнесекреторной функцией ПЖ имел место в 2 (13,3%) случаях. Аналогичная форма, но с сохраненной внутри- и сниженной внешнесекреторной функцией была установлена у 6 (40%) пациентов. Та же форма, но со сниженной внутрисекреторной функцией - сахарный диабет II типа, инсулинпотребный вариант, и с сохраненной внешнесекреторной функцией отмечался у 1 (6,6%) пациента.

9. ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Костырной А.В., Воронов Н.В., Воронов А.Н.

Симферополь

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

Цель: Провести оценку качества жизни (КЖ) пациентов оперированных по поводу инфицированного панкреонекроза. Исследование охватывало 47 пациентов в сроки от 3 месяцев до 11 лет после операции по поводу инфицированного панкреонекроза. Показатель качества жизни пациента должны быть неотъемлемой частью оценки результатов лечения. Данный показатель должен учитываться наряду со стандартными критериями оценки лечения - полное или частичное выздоровление, отсутствие рецидивов заболевания, восстановление функции органа. КЖ исследовано по общему опроснику здоровья SF-36 у 47 больных. Курс обследования, включавшего УЗИ ОБП, тест толерантности к глюкозе, амилазный дыхательный тест, копрограмму у 22 пациентов. Учитывались также жалобы пациентов: болевой синдром, связанный с приемом пищи, тошнота, рвота, поносы, наличие патологических примесей в кале, похудание. Кроме того, мы обращали внимание на трудоспособность, наличие рецидивов заболевания, требовавших госпитализации и купированных самостоятельно, соблюдение диеты, прием специфических препаратов - ферменты, спазмолитики, антисекреторные средства. С целью формирования группы сравнения для оценки КЖ произведен опрос 110 «относительно здоровых» лиц. Респонденты двух групп сравнения были сопоставимы по возрастно-половому составу. Проведенные исследования показали, что в отдаленном периоде после оперативного лечения ИПН и его осложнений показатели КЖ несколько снижаются. При этом психический компонент КЖ не отличается от показателей нормы. В то же время для отдельных шкал, отражающих физический компонент КЖ - общее здоровье, физическое



функционирование, ролевое физическое функционирование, отмечены достоверно более низкие значения, чем у «относительно здоровых» лиц в среднем на 7,7%, 6,6% и 19,4%, соответственно.

Выводы: Показатель КЖ, несмотря на указанные нарушения, страдает малозначительно, характеризуясь снижением, прежде всего физического компонента. Указанное позволяет преобладающему большинству пациентов восстановить трудоспособность и вернуться к нормальной повседневной жизни при условии соблюдения диетических рекомендаций.

10. РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В СЛЕДСТВИЕ ОТРЫВА СФОРМИРОВАННОГО ЭНТЕРОЛИТА НА КАРКАСНОМ ДРЕНАЖЕ ПОСЛЕ ПРОИЗВЕДЕННОЙ ОПЕРАЦИИ – ГЕПАТИКОЕЮНОСТОМИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Костырной А.В., Керимов Э.Я., Усеинов Э.Б., Косенко А.В.

Симферополь

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

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) – наиболее часто встречаемое хирургическое заболевание органов брюшной полости. Её частота в структуре патологии гепато-панкреато-дуоденальной области составляет до 17%. Наиболее распространённым хирургическим вмешательством в последнее время является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполняемая у 72-95% пациентов. В тоже время, отмечается значительная частота интра- (0,3-0,6%) и послеоперационных осложнений, которые требуют конверсии до 7%. Из 4850 пациентов с ЖКБ – ЛХЭ выполнены у 3322 (68,5%) больных с хроническим калькулёзным холециститом и 1528 (31,5%) - острым калькулёзным холециститом. Из группы пациентов раннее оперированных на органах брюшной полости конверсия была необходима у 7 (1,6%) больных в виду выраженности спаечного процесса. В одном случае при входе в брюшную полость была травмирована тонкая кишка, которая была ушита через минидоступ с последующим продолжением лапароскопической операции. При наличии механической желтухи на фоне холедохолитиаза у 57 (1,2%) больных, у 20 (35,1%) – первым этапом выполнена эндоскопическая папилотомия с экстракцией конкрементов и вторым этапом ЛХЭ. А у 37 (64,9%) пациентов

выполнено одноэтапное оперативное пособие ЛХЭ в сочетании с холедохотомией, извлечением конкрементов с помощью холедохоскопа, зонда Фогарти, ушиванием последнего и наружным дренированием холедоха. В 4-х случаях в раннем послеоперационном периоде отмечалось желчеистечение, которое самостоятельно прекратилось. У 59 (3,8%) больных при остром деструктивном холецистите и наличия плотного инфильтрата, использовали тупое препарирование с помощью диссектора, лопатки Чугунова, электроотсоса и марлевого тупфера, с детальной верификацией структурных анатомических элементов в воротах печени и гепатодуоденальной связке. Приводим клиническое наблюдение больной Г. 63 лет - при выполнении ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита, ятрогенно произошло полное пересечение холедоха, которое не было замечено во время операции. На 2-е сутки из-за желчного перитонита больная повторно оперирована – произведена пластика холедоха и наружное его дренирование. Больная выписана через 14 дней в удовлетворительном состоянии. Повторная госпитализация через 2,5 месяца на фоне механической желтухи – произведена МР-холангиография, на которой установлено, что имеет место стриктура в области наложенных швов на общий желчный проток. Выполнена операция – наложение гепатикоюностомии по Ру на транспечёночном каркасном дренаже, больная была выписана на амбулаторное лечение. Через 6 месяцев осмотрена хирургом и обнаружено, что наружная часть дренажа, «как-будто бы с силой втягивается» в брюшную полость. Попытка извлечения каркасного дренажа выполнялась с некоторым усилием, при этом было ощущение его отрыва от «чего-то», после чего он свободно вышел наружу. Но через сутки у больной развилась клиническая картина острой тонкокишечной непроходимости, причиной которой на операции оказался оторванный от каркасного дренажа сформированный и фиксированный энтеролит. Произведена энтеротомия, камень удален. Послеоперационный период без осложнений.

Выводы: Индивидуальный подход к лечению ЖКБ позволил нам уменьшить частоту интра- и послеоперационных осложнений до 1,68%, частоту конверсии до 0,61%, снизить летальность – 0,58%. При этом, существенно не отмечено снижение летальности от сердечно-сосудистых послеоперационных осложнений – 0,14%.



11. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ

Белов С.А. (1), Шульга И.В. (2), Григорюк А.А. (3)

Владивосток

1) ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер» 2) ГБУЗ «Приморская краевая клиническая больница №1» 3) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»

В статье отражен первый опыт применения видеоторакоскопического метода лечения релаксации диафрагмы с использованием синтетической сетки. Актуальность. Изменения анатомии и функциональных возможностей диафрагмы приводит к значительным нарушениям вентиляции легких. Восстановление функции этого органа является одной из нелегких задач торакальных хирургов в виду истончения мышечно-апоневротических тканей грудобрюшной перегородки. Видеоторакоскопия в хирургии диафрагмы считается методом выбора, так как воздействие традиционной торакотомии выполняемой открытым способом во многих случаях значительно превышает травму вмешательства на самой диафрагме. Цель исследования - подтвердить преимущества выполнения пластики диафрагмы с применением сетчатого трансплантата видеоторакоскопическим доступом над открытым способом вмешательства. Материалы и методы. В период 2013 по 2015 г. нами выполнено 8 пластик диафрагмы по поводу ее релаксации. Трем пациентам хирургическое лечение проведено открытым способом – через боковую торакотомию, 5 – торакоскопическим доступом. Основные жалобы пациенты предъявляли на затрудненное дыхание, одышку, кашель, ощущение сердцебиения и потерю массы тела. Клинические проявления релаксации возникли у пяти больных после травматического повреждения у трех из-за нарушения иннервации диафрагмы. Всем пациентам проведено клиническое обследование, компьютерная томография органов грудной полости, рентгеноскопия желудка, ЭКГ, ФЭГДС, изучение функции внешнего дыхания (ФВД). Основными показаниями к плановому хирургическому лечению служило наличие релаксации со сдавлением и уменьшением объема легкого с нарушениями функции дыхания, смещением средостения, с нарушениями сердечно-сосудистой деятельности, высоким стоянием органов желудочно-кишечного тракта, с нарушениями пищеварения и потерей массы тела. При выполнении хирургического вмешательства, после выделения диафрагмы и

паренхимы легкого от спаек, выполняли дубликационную пластику купола диафрагмы узловыми нерассасывающимися швами. Для укрепления зоны пластики применяли эндопротез из синтетической сетки Surgipro – SPMM-149. Моделирование трансплантата проводилось интраоперационно в соответствии с размерами шва диафрагмы и прибавкой 3-4 см сетки на каждую сторону. Сетка фиксировалась по периметру узловыми швами, стежками через 1,5–2,0 см полипропиленовой ниткой. Результаты и обсуждение. Анализ историй болезни пациентов с релаксацией диафрагмы, установил, что во всех восьми случаях релаксация диафрагмы была слева, купол диафрагмы располагался на уровне передних отрезков III–IV ребер. Средний возраст пациентов составил $57,6 \pm 6,4$ года. Мужчин 3 (37,5%), женщин 5 (62,5%). Нарушение ритма отмечалась у трех пациентов, признаки эзофагита – у одного, компримированная нижняя доля легкого – у 4-х, снижение ЖЕЛ ниже 80% – у трех, и бессимптомное течение – у одного больного. Операции проводили под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией главных бронхов. Основным недостатком пластики диафрагмы открытым способом явились обширная травма тканей в зоне операции, интенсивный послеоперационный болевой синдром (применение наркотических анальгетиков до трех суток после вмешательства), длительное восстановление дыхательной функции. При измерении ФВД к 3-м суткам ОФВ1 составил $63 \pm 5,6\%$. Продолжительность открытого способа лечения составила $81,6 \pm 4,4$ мин. Преимуществом торакоскопического способа заключалось в меньшей интенсивности и длительности болевого синдрома (отказ от наркотических анальгетиков через сутки после вмешательства), косметический эффект, быстрая послеоперационная реабилитация. При измерении ФВД к 3-м суткам ОФВ1 составил $78 \pm 8,8\%$. Продолжительность видеоторакоскопической операции составила $93 \pm 5,3$ мин. Дубликационный способ пластики диафрагмы с применением трансплантата из синтетической сетки обеспечивает равномерное распределение нагрузки на всю площадь имплантата, устраняет чрезмерное натяжения в области шва истонченной ткани диафрагмы, формирует плотно-эластичный рубец, уменьшает вероятность рецидива. Различия показателей продолжительности хирургического вмешательства в обеих группах статистически не значимы ($p > 0.05$). На контрольных рентгенограммах выполненных после операции купол диафрагмы находился на уровне переднего отрезка VII–VIII ребра. Различия показателей ФВД на 3-и сутки после операции статистически значимы (p



12. МОНИТОРИНГ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

*Костырной А.В., Каракурсаков Н.Э.,
Косенко А.В., Каминский И.В.*

Симферополь

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

Цель: улучшение результатов лечения больных с распространенным перитонитом путем коррекции внутрибрюшного давления. Под нашим наблюдением находилось 12 больных оперированных по поводу распространенного перитонита, в зависимости от этиологии перитонита, больные были разделены следующим образом: острый аппендицит – 4 (33,3%); осложнения гастродуоденальных язв – 3 (25%); панкреонекроз – 1 (8,3%); острое нарушение мезентериального кровообращения – 2 (16,7%); обтурационная кишечная непроходимость – 2 (16,7%). Женщин было 8 (67%), мужчин 4 (33%). 75% больных были старше 60 лет. Всем больным до операции производилось измерение внутрибрюшного давления по общепринятой методике. По завершению оперативно-го пособия устанавливалась специальная система для мониторинга внутрибрюшного давления, позволяющая фиксировать колебания давления в брюшной полости в любой момент течения послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде повышение внутрибрюшного давления до 10-15 мм рт.ст./13-20 см.вод.ст. (1-я степень интраабдоминальной гипертензии) было 7 (58,4%) больных; у 3 (25%) оперированных внутрибрюшное давление составило от 16 до 25 мм рт.ст./21-33 см.вод.ст. (2-я степень гипертензии); у 1 (8,3%) больного внутрибрюшное давление колебалось от 25 до 30 мм рт.ст./34-40 см.вод.ст. (что соответствует 3-й степени интраабдоминальной гипертензии); у 1 (8,3%) оперированного уровень внутрибрюшного давления был выше 35 мм.рт.ст./46 см.вод.ст. (4-я степень интраабдоминальной гипертензии). У 10 (83,4%) больных в раннем послеоперационном периоде, в течение первых 3-х суток отмечали снижение уровня внутрибрюшного давления в среднем на 3-4 мм рт.ст./4-5 см.вод.ст. ежедневно. Такая тенденция понижения внутрибрюшного давления считалась благоприятной и свидетельствовала о купировании воспалительного процесса. У 2 (16,6%) больных наблюдалась тенденция к повышению внутрибрюшного давления, была выполнена релапаротомия в связи с развитием внутрибрюшных осложнений — несостоятельностью швов анастомозов, ранней спаечной

кишечной непроходимостью. При этом релапаротомия, помимо устранения причин осложнения, выполняла роль декомпрессии брюшной полости. У 1 (8,3%) больного, показатели внутрибрюшного давления были > 35 мм рт.ст./46 см.вод.ст, все проводимые мероприятия оказались неэффективными в развитии полиорганной недостаточности.

Выводы: 1. Прогрессивное снижение внутрибрюшного давления в течение первых 3-5 суток послеоперационного периода является прогностически благоприятным фактором, свидетельствующий о купировании перитонита. 2. Быстрое нарастание интраабдоминальной гипертензии является показанием для релапаротомии.

13. ПРОБЛЕМА ПЕРИТОНИТА – ЕЩЁ ДАЛЕКА ОТ РАЗРЕШЕНИЯ.

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

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени С.И.ГЕОРГИЕВСКОГО

Цель: определить перспективные направления в проблеме распространенного перитонита. В настоящее время проблема перитонита не стала менее актуальной. Оптимизм, навеянный эрой антибиотиков, экстракорпоральные методики детоксикации не оправдали себя. Различные методы дренирования в значительной части наблюдений не предотвращают тяжелых послеоперационных осложнений. В современных условиях распространенный гнойный перитонит, не отделим от проблемы абдоминального сепсиса. Особенностью абдоминального сепсиса являются: а) наличие множественных или резидуальных очагов инфекции; б) быстрое включение механизмов эндогенной транслокации микроорганизмов и токсинов; в) быстрое развитие инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности; г) полимикробная инфекция; д) высокая летальность; е) необходимость строгого соблюдения 3-х основных принципов терапии (адекватная хирургическая санация, оптимизированная антимикробная терапия, стандартизированная корректирующая интенсивная терапия). В последние годы все большее внимание уделяют активным методам хирургического лечения абдоминального сепсиса. Программируемые санационные релапаротомии или лапаростомии, сочетаются с различными способами декомпрессии, детоксикации и деконтаминации желудочно-кишечного тракта. В современных условиях метод санационных релапаротомий,



являясь достаточно эффективным средством ликвидации распространенного перитонита, позволяет предупредить развитие гнойно-септических осложнений вторичного плана. Показания к программируемым санационным релапаротомиям, оментобурсостомиям при абдоминальном сепсисе: 1. Распространенный гнойный каловый перитонит, признаки анаэробного инфицирования. 2. Неустраненный на первой операции источник абдоминального сепсиса. 3. Сомнительная жизнеспособность участка кишечника. 4. Послеоперационный перитонит. 5. Гнойно-некротические формы панкреонекроза и панкреатогенного перитонита. 6. Шкала SAPS—20-25 баллов. Адаптированная собственная шкала— 35-45 баллов. Не выработаны критерии, определяющие целесообразность дренирования брюшной полости при перитоните. Интересен исторический факт, в 1887 г. Lawson Teit высказал афоризм « когда спорно - дренируй ». Парадоксальным является и то, что, сколько существует метод дренирования брюшной полости, столько же предпринималось попыток отказаться от него. Опыт применения дренажей и тампонов создал иллюзию об относительной безопасности дренирования брюшной полости. Но осложнения связанные с дренированием многообразны: выведение дренажей и тампонов через лапаротомную рану нарушает ее заживление, способствует нагноению; применение дренажей и тампонов увеличивает риск развития вторичных гнойно-септических осложнений со стороны брюшной полости и клетчаточных пространств. Выводы: 1. Распространенные формы гнойного перитонита должны рассматриваться с позиций абдоминального сепсиса. 2. В прошлом веке считалось, что дренаж является признанием несовершенства хирургии, то задачей современной хирургии создать необходимые условия для эффективной работы дренажа в каждом конкретном случае.

14. СТРАТЕГИЯ ЭТАПНОЙ ОПЕРАЦИИ – ПРИ УЩЕМЛЁННОЙ ГРЫЖЕ, МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ, МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ.

Костырной А.В., Поленок П.В.

Симферополь

КФУ им. В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени С.И.ГЕОРГИЕВСКОГО

Цель: обосновать адекватность этапной операции у пациентов находящихся в критическом состоянии. В исследование включены - 7 пациентов с тромбозом в системе верхней брыжеечной арте-

рии, ущемленная грыжа, минно-взрывная травма. Пациенты госпитализируемые с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости с имеющимися сопутствующими патологиями в стадии суб- и декомпенсации требуют не стандартного, общепринятого подхода. В первую очередь это касается сосудистой непроходимости кишечника – когда определение распространенности уже имеющихся ишемических повреждений и зон некроза в большинстве случаев не прерывается в своём течении. На этом фоне уже имеющееся критическое состояние гиповолемического шока выставляет перед хирургом дополнительную задачу требующую решения. Без устранения хирургической патологии (резекция кишечной трубки) достичь компенсации шока невозможно. Но имеющаяся патология не позволяет выполнить хирургическое вмешательство в «полном объеме». Одним из перспективных направлений в современной абдоминальной хирургии взят принцип основанный на «damage control» - или этапной операции. Прервать-разбить оперативное вмешательство на несколько этапов с целью проведения необходимых мероприятий направленных на компенсацию гиповолемического шока, коррекцию сопутствующей патологии и купирования воспалительных проявлений в брюшной полости. Стратегия «этапной» операции использована при лечении у 6 пациентов. Из них у 4-х с сосудистой патологией – острым тромбозом мезентериальных сосудов; у 1-го с ущемленной грыжей, некрозом петель кишечника в грыжевом мешке; 1 больной – с острой странгуляционной кишечной непроходимостью; 1 пациент – с минно-взрывной травмой кишечника; 5 пациентам выполнена резекция нежизнеспособной кишечной трубки без восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта. При этом культи 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. Следует отметить, что такая минимальная по объему и непродолжительная по времени операция была не переносима в 2-х случаях. Больные умерли через 4 и 7 часов. 2-м больным – 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). У всех пациентов передняя брюшная стенка привентивно ушивалась спиралевидным с захватом только кожного слоя. После стабилизации гемодинамики больные повторно оперирова-



ны через 12-24 часов. Объем операции – в одних случаях заключался в восстановление кишечной трубки, в других при подтвержденной визуальной оценки жизнеспособности кишечной трубки операция заканчивалась ушиванием лапаротомной раны и при грыжах пластикой с использованием полипропиленовой сеткой. Выводы: 1. Сделанный первый шаг в коррекции патологических процессов брюшной полости, осложненных декомпенсированным гиповолемическим шоком основанных на понимании патофизиологии данных процессов продемонстрировал обоснованность стратегии «этапной» тактики имеющей все основания быть альтернативой стандартным тактико-техническим приемам в критических ситуациях абдоминальной хирургии.

15.ЛЕЧЕНИЕ НИЖНЕ-БОКОВЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА.

*Костырной А.В., Воронов Н.В., Воронов А.Н.,
Гривенко С.Г.*

Симферополь

КФУ им. В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени С.И.Георгиевского

Боковые грыжи различных локализаций составляют от 1,6 до 33% послеоперационных грыж. При оперативном лечении ниже-боковых послеоперационных грыж малых размерах большинство хирургов применяют способ послойного ушивания грыжевых ворот, который включает восстановление как мышечного, так и апоневротического дефекта. При больших ниже-боковых грыжах, когда у больного развиваются атрофия и мышечная контрактура ранее пересечённых внутренней косой и поперечной мышц, это не удаётся—рецидивы развиваются в 29,1% случаев. Аллопротезированию в боковых отделах живота препятствует отсутствие тканевых элементов, позволяющих надёжно фиксировать синтетические эндопротезы к грыжевым воротам, в связи с чем не удаchi отмечают в 7,3–19,3% случаев. На ретроспективном анализе хирургического лечения 103 пациентов с ниже-боковыми послеоперационными грыжами живота. Было установлено, что у 81 (78,6%) больных – грыжа возникла в течение 6-12 месяцев после операции, у остальных 22 (21,4%) пациентов > года. В возрасте 20-40 лет было 11 пациентов, 41-60 лет – 67, старше 60 лет – 24. Один больной был в возрасте 18 лет. Мужчин было 37 (36%), женщин – 66 (64%). У 27 (27,8%) больных грыжи были рецидивными, из них у 6 пациентов рецидив был 2 раза и у

3 – 3 раза. В двух случаях это осложнение возникло через 37 и 38 лет после операции. По классификации Тоскина-Жебровского малые грыжи наблюдались у 30 больных, средние – у 45, обширные – у 20 и у 8 – гигантские. По SWR classification больные распределены следующим образом: CLW1 – 30 пациентов, CLW 2 – 45, CLW3 – 20, CLW4 – 8. У 90 больных грыжевой мешок располагался в подкожной клетчатке, у 2 – субапоневротически. У 3 пациентов грыжа имела релаксационный характер. Этиологическими факторами развития грыж у 55 (53,4%) больных было нагноение раны в раннем послеоперационном периоде, у 10 (9,7%) – чрезмерная физическая нагрузка, у остальных 38 (36,9%) больных причина была в использовании «не пригодных» к пластике собственных тканей. Грыжевые ворота имели различные размеры, локализацию и форму. У 30 больных грыжевые ворота были небольших размеров от точечных в апоневротической части послеоперационного рубца до 5 см (CLW 1). Из них у 4-х сочетались с лигатурными свищами. Оперативное вмешательство у этой группы больных проводилось путем послойного ушивания мышц внутренней косой и поперечной с дубликатурой апоневроза наружной косой по Сапежко. У 45 (43,7%) больных согласно классификации Тоскина-Жебровского были средние грыжи, занимали правую подвздошную область. Размеры грыжевых ворот в этой группе больных были от 5 до 10 см. Грыжевые ворота имели овально-треугольную форму у 5 больных - с вершиной в виде угла в латеральном направлении и овалом к прямой мышце живота с фиброзно-истонченным краем грыжевых ворот. После разделения сращений (24 больных) произведена пластика грыжевых ворот путем послойного ушивания внутренней косой и поперечной с дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы живота по Сапежко (фасциально-апоневротическая пластика – 26 больных), ушивание грыжевых ворот всей толщиной брюшной стенки с дубликатурой по Сапежко (19) – мышечно-апоневротическая пластика. У 10 больных в дополнение была произведена аллопластика с размещением аллотрансплантата субапоневротически (sublay) у 7 и над апоневрозом у 3 (onlay). У 28 больных грыжи были обширными (20) и гигантскими (8) CLW3 и W4 из них у 25 пациентов они носили рецидивный характер, дважды - у 6 и трижды - у 3. Грыжевые ворота были в пределах 10 и более 15 см, занимали правую половину живота, резко деформируя его форму. Во всех случаях они были невосприимчивыми, с явлениями частичной кишечной непроходимости у 11. Грыжевые ворота в большинстве случаев (22) имели треугольную форму, основанием которых был край прямой мышцы живота, а вершина достигала spinae iliaca anterior superior. Учитывая размеры и форму грыжевых во-



рот ушивание дефекта передней брюшной стенки сопровождалось значительными трудностями при аутопластических операциях (8 случаев): мышечно-апоневротическая по Сапезко (6), рубцово-мышечно-апоневротическая (2). Остальным 20 больным грыжесечение проведено с использованием аллопластических материалов: аутокожа (1), капрон (4), полипропилен (15). 16 больным произведена паллиативная «ненатяжная пластика» аутокожей (1) и полипропиленовой сеткой (15) без сближения краев грыжевого дефекта. Трансплантат располагался на брюшине или частично иссеченном и ушитом грыжевом мешке. Выводы: Таким образом, улучшение результатов хирургического лечения нижебоковых послеоперационных грыж требует индивидуального подхода. Комбинированные способы пластики грыж являются эффективным способом лечения данной патологии.

16. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: РОЛЬ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА

Дарвин В.В.

Сургут

БУ ВО ХМАО-Югры Сур ГУ, БУ Сургутская ОКБ

Цель – оценить влияние применения шовного материала с покрытием из триклозана (ШМТ) на частоту местной послеоперационной инфекции при экстренных абдоминальных хирургических операциях. Проведён анализ оперированных в экстренном порядке 678 абдоминальных хирургических больных: 386 (2005 год, 1 А группа – контроль) и 292 больных (2015 г, 1 Б группа – основная). Лечебно-диагностический алгоритм в обеих группах идентичен, за исключением применения у больных 1 Б группы на всех этапах операции только ШМТ. Средний возраст пациентов 1 А группы составил 39,8+ 9,4 года, в 1 Б – 40,0 + 8,5 лет, распределение по возрастным группам статистически значимо не различается ($\chi^2=0.85$, $p=0.356$, $\log(\text{odd})=-0.13$ (s.e.=0.14)). Сопутствующую патологию имели 126 пациентов 1 А группы (32,6%) и 92 (31,5%) 1 Б группы, доли которых статистически значимо не отличаются ($\chi^2=0.10$, $p=0.754$, $\log(\text{odd})=-0.05$ (s.e.=0.17)). При изучении длительности анамнеза заболевания в обеих группах преобладали пациенты с длительность заболевания до 24 час, доли которых статистически достоверно не различаются ($\chi^2=0.28$, $p=0.595$, $\log(\text{odd})=0.10$ (s.e.=0.19)).

При анализе времени от момента постановки диагноза до операции: в 1 А группе до 2 часов - 180 больных (46,7%), от 2 до 6 час – 175 (45,3%), более 6 час – 31 (8%); в 1 Б группе, соответственно, 148 (50,7%), 112 (38,4%) и 32 (10,9%). По доле больных, оперированных в отмеченные интервалы времени, группы не отличаются. При объективном анализе течения послеоперационного периода установлено: в 1 А группе температура тела нормализовалась через 1 сутки – у 176 больных (45,6%), через 1-3 суток – у 136 (35,2%), позже 3 суток – у 74 (19,2%); в 1 Б группе, соответственно – у 194 (66,4%), 44 (15,1%) и 54 (18,5%). Распределение долей людей со стабилизацией температуры статистически значимо отличается ($\chi^2=18.6$, p

17. КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Салахов Е.К., Юлдашев Б.В., Минигулов Л.М., Сатдаров Б.М.

Набережные Челны, Татарстан

ГАУЗ" Менделеевская ЦРБ"

Актуальность. Наиболее частым и опасным осложнением острых хирургических заболеваний, повреждений органов брюшной полости и оперативных вмешательств на них является распространённый гнойный перитонит. Несмотря на достижения хирургии и реаниматологии, позволившие значительно улучшить результаты лечения больных с распространённым перитонитом, достаточно высокой остается летальность данной патологии. Согласно литературным данным, летальность при перитоните составляет 30%, а в случае развития полиорганной недостаточности, включающей респираторный дистресс-синдром, коагулопатию, образование стрессовых язв, почечную недостаточность, поражение центральной нервной системы, и бактериально-токсического шока – 80-90%. В комплексе нарушений, обусловленных распространённым перитонитом, особое место принадлежит энтеральной недостаточности, которая служит одним из главных пусковых механизмов эндотоксикоза. Синдром энтеральной недостаточности, включающий острые нарушения двигательной, барьерной, всасывательной и секреторной функции кишечника, зачастую возникает еще на дооперационном этапе, а затем приобретает самостоятельное значение, отягощая течение основного заболевания и приводя к значительному снижению эффективности хирургического лече-



ния. Под влиянием воспалительного процесса, развивающегося в париетальной и висцеральной брюшине, рефлекторно угнетается способность к проявлению «пищеварительной» перистальтики, которая регулируется центральными нейроэндокринными механизмами. Функция водителя ритма при этом сохраняется, но индукция мигрирующего миоэлектрического комплекса угнетается. В этот момент парез кишечника может быть остановлен включением в комплексное лечение распространенного перитонита различных блокад с местными анестетиками — блокады корня брыжейки, эпидуральной или сакроспинальной блокады [4]. Естественное течение патологического процесса сопровождается паретическим расширением кишечных петель и переполнением их содержимым, что приводит к ишемии кишечной стенки и гипоксическому повреждению её интрамурального метасимпатического нервного аппарата. Таким образом, он теряет способность передавать импульсы, а затем, вследствие выраженного нарушения клеточного метаболизма, и сами мышечные клетки становятся неспособными их воспринимать. Тяжелый парез кишечника развивается у 85-90 % больных перитонитом. Наиболее важным прогностическим признаком благоприятного исхода является нормализация перистальтики кишечника в послеоперационном периоде, а ее отсутствие ее расценивается хирургами как один из кардинальных симптомов прогрессирующей катастрофы. Наряду с парезом кишечника, свойственного для данной патологии, существует вероятность развития абдоминального компартмент синдрома, для которого характерно развитие полиорганной недостаточности вследствие повышения внутрибрюшного давления. У половины больных с острыми хирургическими заболеваниями наблюдается повышенное внутрибрюшное давление и абдоминальный компартмент синдром. Развитие абдоминального компартмент синдрома приводит к увеличению летальных исходов до 68%. При повышении внутрибрюшного давления в результате пареза кишечника при перитоните, создаются условия для развития дыхательной недостаточности, которая приводит к снижению артериальной оксигенации, а уменьшение притока крови из нижней полой вены в результате ее компрессии снижает сердечный выброс, способствуя развитию дисфункции почек. Таким образом, своевременное снижение внутрибрюшного давления является актуальным вопросом современной хирургии и представляет особый интерес. Устранение источника развития распространенного перитонита, а также эффективная санация брюшной полости являются ключевыми элементами комплексного лечения данной патологии. На сегодняшний день известно большое

количество разнообразных методов воздействия на брюшину, базирующихся на применении ультразвуковых технологий, лазерного облучения гидропрессивных обработок, электро- импульсного воздействия, озонотерапии и др. Эффективность вышеперечисленных методов позволяет существенно повысить эффективность лечения пациентов с перитонитом. Тем не менее, по сей день не решенными остается ряд вопросов, касающихся санации брюшной полости и снижения уровня бактериальной обсемененности брюшины. Это обусловлено, во-первых, тем, что не всегда есть возможность полностью удалить патогенную микрофлору во время однократной интраоперационной санации, а во-вторых, купировать гнойно-воспалительный процесс в брюшной полости. На сегодняшний день применение этапных санаций с перитонеальным лаважем остается основным методом лечения распространенного гнойного перитонита, а проведение декомпрессионной лапаротомии позволяет снизить летальность при развитии абдоминального компартмент синдрома. В источниках литературы последнее время все чаще появляются публикации об успешном применении лапароскопии при распространенном перитоните. Однако, несмотря на значительное количество послеоперационных осложнений и высокую смертность, все же подавляющее большинство хирургов в своей практике продолжают придерживаться активной тактики, полагая, что лапаротомия имеет меньше негативных последствий. Возможно, причиной этому является отсутствие единого лечебно-диагностического алгоритма с позиции неинвазивных и минихирургических технологий, методических разработок в данном направлении и малочисленность сообщений в литературе о выборе малотравматичных методов операции. Все это требует изменения и совершенствования диагностики и выбора адекватного объема оперативного вмешательства с позиции миниинвазивных технологий, которые могут значительным образом влиять на результат лечения данной категории пострадавшим.

Для устранения моторно-звакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде используются такие лечебные мероприятия как зондовая декомпрессия верхних отделов ЖКТ, медикаментозная или электрическая стимуляция кишечника, проведение различных новокаиновых блокад, перидуральной анестезии, раннее энтеральное зондовое питание растворами электролитов. Однако исследования в этой области носят разрозненный характер, часто выполнены в экспериментальных условиях или на небольших группах больных, что не позволяет широко использовать полученные данные в клинической практике. Целью нашего исследования



явилось улучшение результатов лечения пациентов с энтеральной недостаточностью вследствие распространенного перитонита путем лапароскопической санации брюшной полости растворами антисептиков с помощью ирригационно-аспирационных устройств, электростимуляции двенадцатиперстной кишки и внутрикишечного введения препарата Ремаксол в послеоперационном периоде. Материал и методы. Нами выполнено исследование, включающее обследование и лечение 110 пациентов с распространенным перитонитом. Возраст обследуемых составил 29-54 года (в среднем $47,4 \pm 1,8$ лет), количество женщин незначительно преобладало над количеством мужчин (56% и 44% соответственно). У большинства пациентов (72,7%) имел место вторичный перитонит, вызванный заболеваниями органов брюшной полости: кишечной непроходимостью, панкреонекрозом, перфорацией полых органов, деструктивным аппендицитом. У остальных пациентов был диагностирован послеоперационный перитонит. Для оценки степени тяжести перитонита и прогнозирования летальности нами использовался Мангеймский индекс перитонита (Mannheim Peritonitis Index, МПИ). По совокупности баллов вторую степень тяжести имели 80,9% пациентов, третью – 19,1%. Всем пациентам выполнялось оперативное вмешательство как метод лечения основного заболевания. В послеоперационном периоде по тактике ведения пациенты были разделены на две группы: основную (48 человек) и контрольную (62 человека), которые были сопоставимы по возрасту, полу, нозологии патологического процесса, характеру и тяжести перитонита, особенностям течения заболевания, выраженности энтеральной недостаточности. В связи с прогрессированием перитонита и развитием интраабдоминальных осложнений всем пациентам контрольной группы выполнялись этапные лапаротомические санации брюшной полости: 77,4% - 1-2 релапаротомии, 22,6% - 3-4, интервал между которыми в среднем составлял 24-36 часа. Показаниями к неотложной релапаротомии явились: ухудшение общего состояния больного; резкая тахикардия и тахипноэ; нарастание выраженности симптомов распространенного перитонита; прогрессирование пареза желудка и кишечника; увеличение количества лейкоцитов в крови за счет нейтрофильных гранулоцитов. Пациентам основной группы проводилась лапароскопическая санация растворами антисептиков (водный раствор хлоргексидина или фурацилина, изотонический раствор натрия хлорида с добавлением антибиотиков широкого спектра действия) посредством ирригационно-аспирационных устройств (Брюсан Малкова). Также пациентам этой группы во время операции был установлен кишечный зонд оригинальной кон-

струкции (патент №156337 заявка № 2015109228 от 16.03.2015), который представлял собой зонд для назоинтестинальной интубации тонкого кишечника с манжетой на дистальном конце, соединенной с тонкой трубкой, которая располагается на мерной ленте. После установки зонда манжета находилась в желудке и позволяла контролировать внутрибрюшное давление. Ниже манжеты располагались электроды из тонкой проволоки, присоединенные к аппарату Амплипульс, которые позволяли проводить электростимуляцию двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде. Так же в послеоперационном периоде после промывания застойного содержимого зонда, вводили в него препарат Ремаксол 2 раза в день. Препарат Ремаксол содержит следующие активные вещества: янтарная кислота - 5,280 г; N-метилглюкамин (меглумин) - 8,725 г; рибоксин (инозин) - 2,0 г; метионин - 0,75 г; никотинамид — 0,25 и обладает выраженным гепатопротекторным действием за счет ускорения перехода анаэробных процессов в аэробные, увеличения синтеза макроэргов, улучшения энергетического обеспечения гепатоцитов, повышения устойчивости мембран гепатоцитов к перекисному окислению липидов, восстановления активности ферментов антиоксидантной защиты, снижения цитолиза, билирубина и его фракций, снижения активности экскреторных ферментов гепатоцитов. Пациенты обеих групп также получали общепринятое лечение, включающее инфузионную терапию кристаллоидами и коллоидами, дезинтоксикацию, стабилизацию гемодинамики и других витальных функций, антибиотикотерапию. Для оценки эффективности лечебных мероприятий проводили инструментальные и лабораторные исследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрогастроэнтерографию, биохимический анализ крови. Заключение ультразвукового исследования включало описание печени с определением ее размеров, состояния паренхимы, внутриспеченочных желчных протоков. Осмотр поджелудочной железы подразумевал определение ее размеров, консистенции, состояния сальниковой сумки. Дополнительно визуализировались подпеченочное и поддиафрагмальное пространства, боковые каналы брюшной полости и малый таз, плевральные синусы на предмет наличия свободной жидкости. В конце исследования проводилась оценка состояния кишечника с определением характера перистальтики, диаметра кишки, толщины ее стенок и содержимого. С целью выявления изменений электрической активности органов желудочно-кишечного тракта выполняли периферическую компьютерную электрогастроэнтерографию с помощью аппарата «Гастроскан ГЭМ-01». В основе метода лежит регистрация биоэлектрических



изменений различных органов, что позволяет выявить ранние двигательные и метаболические нарушения желудочно-кишечного тракта [5, 13]. Электрогастроэнтерографию выполняли на первые и третьи сутки послеоперационного периода. Анализировали абсолютную (P_i) и относительную (P_i/P_s) электрическую мощности, коэффициент соотношения ($P_i/P_{(i+1)}$), коэффициент ритмичности (K_{ritm}). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows. Учитывая распределение, отличающееся от нормального, вычисляли медиану (нижний квартиль; верхний квартиль). Выявляли значимость различий (p) полученных данных в сравниваемых выборках по критерию Манна-Уитни (для независимых выборок) и Вилкоксона (для зависимых выборок).

18. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБОСНОВАНИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Гаус А.А., Климова Н.В., Дарвин В.В.

Сургут

Кафедра госпитальной хирургии БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский Государственный Университет

Актуальность исследования заключается в ежегодном увеличении обращений больных с терминальной стадией ВИЧ-инфекции в различные лечебные учреждения за медицинской помощью. На фоне большого количества оппортунистических инфекций у этой категории больных острая хирургическая патология, в том числе и абсцессы печени, протекает атипично, что является критерием интенсивного обследования больного с целью активного поиска ее. Цель исследования. Объективизировать критерии выбора оптимальной хирургической тактики лечения абсцессов печени у больных с терминальной стадией ВИЧ-инфекции на основании данных МСКТ и МРТ. **Материалы и методы.** В хирургическом отделении Сургутской окружной клинической больницы с 2008 по 2016 год находились на лечении 53 пациента с абсцессами печени на фоне терминальной стадии ВИЧ-инфекции в возрасте от 27 до 52 лет (из которых мужчин 41, женщин – 12). Всем пациентам была проведена мультиспиральная компьютерная томография органов (МСКТ) брюшной полости с контрастным болюсным усилением на Toshiba Aquilion 64 (Япония) при стандартных

условиях сканирования. 9 пациентам выполнялась магнитно-резонансная томография (МРТ) с использованием гепатоспецифического контрастного вещества (примовист). Результаты. По нашим данным у больных СПИДом абсцессы печени встречаются довольно часто (в 12,5 % случаев от всех острых хирургических патологий). При этом размеры воспалительных очагов варьируют от 1 до 10 см, более чем у половины обследованных – множественные. Диагностика абсцессов печени не представляет особой сложности при условии проведения комплексной лучевой диагностики с использованием МСКТ и МРТ. Возможности МСКТ были ограничены визуализацией гнойником менее 1 см, а также четкой визуализацией формирующейся капсулы в первую неделю заболевания. На МРТ визуализируемая зона инфильтрации в печени значительно превышала выявленную на МСКТ, четко выявлялась капсула абсцесса, ее толщина и структура, даже без контрастного усиления. Топическое соотношение абсцесса с сосудами печени определялось при контрастном болюсном усилении гепатоспецифическим препаратом в аортальную и портальную фазы, в гепатобилиарную фазу четко выявляются гепатобилиарные свищи. При этом чувствительность МСКТ составила 96 %, специфичность – 82 %. Чувствительность МРТ с контрастным усилением гепатоспецифическим препаратом составила 99,5 %, специфичность для выявления гепатобилиарных свищей – 97 %. Для планирования объема и характера оперативного вмешательства у больных с абсцессами печени на фоне терминальной стадии ВИЧ-инфекции нами были выделены 3 группы. I группа (17 человек – 32%) – больные с мелкими до 1-2 см абсцессами. Клиническая картина не отличалась особой тяжестью. Явления печеночной недостаточности не выявлялись. Общая интоксикация была выражена умеренно. Этой категории больных вне зависимости от количества абсцессов хирургическое лечение не требовалось. Хорошие результаты были получены при адекватной антибактериальной терапии. II группа (9 больных – 17%) – больные с абсцессами размером от 3 до 4 см. Данной категории больных требовалось дообследование МРТ с примовистом для активного поиска гепатобилиарных свищей. У 4 (8%) пациентов они были выявлены, что свидетельствовало о благоприятном течении местного инфекционного процесса. Им хирургическое лечение не потребовалось. У оставшихся 5 (9%) человек явных признаков наличия гепатобилиарных свищей выявлено не было. Этим больным потребовалось хирургическое лечение в виде наружного дренирования под КТ-контролем, или при его невозможности или неэффективности – лапаротомия и санация патологического очага. III группа (27 больных – 51%) – больные с крупными абсцессами от



5 до 10 см. Клиническая картина отличалась особой тяжестью с явлениями полиорганной недостаточности. Этим больным выполнялось хирургическое лечение в виде наружного дренирования под КТ-контролем, или при его невозможности или неэффективности – лапаротомия и санация патологического очага. Таким образом, применение комплексной лучевой диагностики с использованием высокоинформативных МСКТ и МРТ методов позволяет объективизировать показания к выбору оптимальной хирургической тактики у больных с абсцессами печени на фоне терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

19. ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОГРАММЫ «FAST - TRACK» В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОТОРНО- ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

*Михайличенко В.Ю., Баснаев У.И.,
Каракурсаков Н.Э., Шестопапов Д.В.*

Симферополь, Республика Крым
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Актуальность: Длительные клинические наблюдения хирургов показывают, что, несмотря на применение новых технологий в операционной технике, анестезиологической и реанимационной службах, уровень летальных исходов при перитонитах остаётся достаточно высоким. Летальность при распространенном перитоните, по данным разных авторов, колеблется от 10% до 60%, а при госпитальном перитоните может достигать 90%. Это требует пересмотра устоявшихся догм в ведении больных с перитонитом. В последние годы отмечается тенденция к существенному изменению в тактике ведения пациентов в периоперационном периоде с распространенным перитонитом. Актуальным направлением в современной хирургии является изучение роли программы «Fast - track» в восстановлении моторно-эвакуаторной функции кишечника при острой хирургической патологии, осложненной распространенным перитонитом. Изначально данная концепция была предложена анестезиологом – реаниматологом Kehlet в 90-х годах. как мульти-модальный комплекс мер направленных на снижение стрессовой реакции организма на оперативное вмешательство. И применялась в плановой хирургии. В общих чертах он включает рациональную предоперационную подготовку, малоинвазивную хирургию, регионарную анестезию и применение анестетиков короткого действия. Что приводит к уменьшению количе-

ства осложнений в послеоперационном периоде, ранней реабилитации и соответственно сроки пребывания больного в стационаре. Цель работы: Оценка роли применения элементов программы «Fast - track» в процессе восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника у больных прооперированных по поводу острой хирургической патологии, осложненной распространенным перитонитом. Методы исследования: В основе нашей работы положен ретроспективный сравнительный анализ результатов лечения 70 больных прооперированных по поводу распространенного перитонита в хирургическом отделении ГКБ № 7 г. Симферополь. Среди причин перитонита были следующие нозологические единицы: перфоративная язва желудка у 10 больных; перфоративная язва ДПК у 16 больных, острая перфорация тонкой кишки различного генеза у 4 больных, ущемленная, грыжа у 8 больных, гангренозно - перфоративный аппендицит у 6 больных, острая кишечная непроходимость, деструктивная форма калькулезного холецистита. Для достижения поставленных целей все больные были разделены на две группы. К первой (контрольной) отнесены 35 пациентов, лечение включало - оперативное вмешательство, антибактериальная терапия, общепринятая инфузионная терапия, анальгетики. Лечение второй группы пациентов (основной) – 35 больных, дополнялась элементами программы «Fast - track». Нами использовали следующие: продленная эпидуральная анальгезия с постоянным введением препаратов в течение 2-х суток после операции с помощью инфузионных насосов. Отказ от использования наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде. Для этого мы прибегали к использованию комбинации НПВС по схеме: р-р парацетамола 100,0 -1 г в/в в первый час после операции, р-р кеторолака 1,0 -30 мг/мл в/м через 1 часа, затем 3 р/д. Так же интраоперационно производилась установка микроирригатора в брыжейку тонкого кишечника, что позволяло введение 0,25 % раствора новокаина в послеоперационном периоде. Всем больным второй группы энтеральную поддержку начинали через 6 часов после оперативного пособия. Активация больных из основной группы начиналась сразу после возобновления ориентации в собственной личности, пространстве и времени, восстановления способности выполнять активные движения телом и конечностями и отсутствии признаков нарушения дыхания и кровообращения. Эффективность проводимой терапии мы оценивали по клиническим данным, динамике системного эндотоксикоза, по данным электрогастроэнтерографического исследования работы различных отделов желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, а так же по наличию и частоте осложнений в



послеоперационном периоде. Эффективность купирования болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале «ВАШ». Учитывалась необходимость стимуляции кишечника медикаментозными средствами, в послеоперационном периоде. Также произведена сравнительная оценка частоты осложнений в послеоперационном периоде. Результаты и их обсуждение: Через 2, 4 и 8 часов после операции, а так же на 2-е сутки послеоперационного периода у 100% больных из основной группы уровень болей по шкале «ВАШ» не превышал 2-5 баллов, что не требовало использования наркотических анальгетиков. Тогда как у 45% больных контрольной группы уровень болей по шкале «ВАШ» в первые 2 суток достигал 7-9 баллов, что требовало использование наркотических анальгетиков. Данные анализа электрогастроэктографии свидетельствуют о том, что восстановление нормальной работы желудочно-кишечного тракта (начало перистальтики и отхождение газов) в основной группе происходило в 1,8 раза быстрее, чем в контрольной. На 3-6 сутки у больных контрольной группы уровень общего белка, альбумина увеличился на 8 и 14% соответственно, тогда как в основной группе эти показатели возросли в большей степени – на 22 и 30% соответственно. ЛИИ в контрольной группе к 7 суткам уменьшился в 1,7 раза, а в основной в 2,3 раза. Рвота у больных из контрольной группы на 3-е сутки послеоперационного периода отмечалась в 2 раза чаще. Медикаментозная стимуляция кишечника у больных в группе контроля была в 3,3 раз чаще, чем в основной группе. На 3 сутки у 7 (20%) больных из контрольной группы были зарегистрированы случаи нагноения послеоперационной раны. В основной группе случаи нагноения были зарегистрированы у 4 (11,42%) больных на 6 сутки послеоперационного периода. В контрольной группе было зарегистрировано 8 (22%) летальных исходов за первую неделю. Тогда как в основной группе было зарегистрировано у 4 (11,4%). На 3 – 4 сутки послеоперационного периода у 4 (11,4%) больных развилась эвентерация органов брюшной полости. В основной группе случаи эвентерации зарегистрированы не были. На 6 сутки у 5 (14,2%) больных из контрольной группы развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость. В основной группе спаечная кишечная непроходимость зарегистрирована не была. Средняя продолжительность нахождения в стационаре больных из основной группы составила 10 - 15 суток (в среднем 12 ± 1 сутки). Тогда как средняя продолжительность нахождения больных из контрольной группы составила 14 - 17 суток (в среднем $15,5 \pm 1$ сутки). Выводы: Применение элементов программы «Fast-track» хирургии в лечении больных с распространенным перитонитом: снижению частоты использования

наркотических анальгетиков, ранней нормализации белкового обмена, снижает выраженность синдрома эндогенной интоксикации. Раннему восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника, а так же снижает риск развития послеоперационных осложнений, что в свою очередь способствует ранней реабилитации больных и снижению сроков пребывания больных в стационаре. Полученные результаты, поднимают вопрос о необходимости пересмотра традиционной метод ведения больных с острой хирургической патологией, осложненной распространенным перитонитом, для улучшения послеоперационных результатов и последующего изучения каждого из компонентов программы.

20. ПЕРИАРТЕРИАЛЬНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С АКРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Михайличенко В.Ю.(1), Орлов А.Г.(2),
Иваненко А.А.(2)*

Симферополь, 2). Донецк, ДНР

1) Медицинская академия им. С.И.

Георгиевского, 2) Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

Одним из распространенных хирургических методов лечения окклюзионных заболеваний артерий конечностей, вызывающим множество споров о его эффективности на протяжении многих лет, является симпатэктомия, проводимая на различных уровнях симпатического ствола. Материал и методы: В период с 2001 по 2015 года в институте оперировано 31 пациента с хронической ишемией дистальных отделов верхних конечностей. Мужчин – 22, женщин – 9. Возраст колебался от 26 до 92 лет, средний возраст составил 49,09 лет. Пациенты вошли в исследование, в связи с тяжестью ишемии и отсутствием положительного эффекта от консервативной терапии. Операцию выполняли по следующей методике. После обработки операционного поля 10% раствором Бетадина на ладонной поверхности правой кисти С-образным разрезом по линии Шевкуненко рассечены мягкие ткани, выделена поверхностная артериальная дуга и общие пальцевые артерии. Артерии диаметром около 1 мм, пульсация резко ослаблена, мягкие. При помощи операционного микроскопа Leica артерии скелетизированы, выполнена периартериальная дигитальная симпатэктомия по Леришу. Пульсация артерий удовл. Гемостаз. Рана дренирована, кожа ушита по Донати нитью Викрил 4/0, края раны обработаны 10% раствором



Бетадина, асептическая повязка. У всех больных, подвергшихся вмешательству на ладонной артериальной дуге, был восстановлен магистральный кровоток. Данные триплексного сканирования артериальной дуги кисти и пальцевых артерий и транскutánной оксиметрии свидетельствуют о увеличении линейной скорости кровотока и снижении индексов периферического сосудистого сопротивления во всех случаях. Линейная скорость кровотока у больных с облитерирующим тромбангиитом после выполнения дигитальной периаптериальной симпатэктомии в среднем увеличивалась на 64 %, у больных с синдромом Рейно – на 100 %, у больных с облитерирующим атеросклерозом – на 135 % (табл.1). Таким образом мы видим, что наиболее эффективной, по изучаемым параметрам, симпатэктомия оказалась при синдроме Рейно и облитерирующем атеросклерозе, менее эффективная при облитерирующем тромбангиите. Причем следует отметить, что дигитальная периаптериальная симпатэктомия имеет ряд преимуществ перед грудной. Больным с наличием некрозов после восстановления кровотока производили ампутации пальцев (дистальных фаланг пальцев) либо некрэктомии в пределах здоровых тканей. У всех больных раны после некрэктомии зажили первичным натяжением, швы были сняты на 10-12 сутки от момента операции. Летальных исходов не было. Выводы. Дигитальная периаптериальная симпатэктомия является эффективным методом коррекции ишемии верхних конечностей, подтвержденная субъективными ощущениями пациентов, улучшением клинической картины и дополнительными методами исследования (УЗДГ, лазерной доплерографией и оксиметрией).

21. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПО ДАННЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Михайличенко В.Ю.(1), Маслов Я.Я.(2)

Симферополь

2) Луганск, ЛНР

- 1) Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
- 2) Луганский государственный медицинский университет

По данным авторов, развитие несостоятельности анастомоза при перитоните, наряду с другими причинами, связано с нарушением микрогемодинамики в стенке тонкой кишки именно в зоне

анастомоза, что приводит к релапаротомиям. Материалы и методы исследования. В исследование включено 32 пациента с разлитым перитонитом различной этиологии, находящихся на стационарном лечении в ГКБ№7 г. Симферополя. Первую группу составили 18 больных с благоприятным клиническим исходом, у которых сформированный энтероанастомоз был состоятелен. Во вторую группу (14 больных) составили пациенты с несостоятельностью анастомоза. По показаниям им была выполнена релапаротомия с последующими программными санациями. При этом выполнялась резекция участка кишки с несостоятельным анастомозом и реанастомозирование тонкой кишки. В клинике у больных II группы наблюдалась выраженная интоксикация, декомпенсированный метаболический ацидоз и полиорганная недостаточность. Группы пациентов были сопоставимы по количеству, полу, возрасту ($p \leq 0,005$). Результаты и их обсуждения. Результаты морфологического и морфометрического исследования энтероанастомоза, сформированного в условиях перитонита у больных I группы, свидетельствуют о том, что воспалительная реакция и сосудистые нарушения не привели к несостоятельности анастомоза, клиническое течение благоприятное. Оптическая сила двойного лучепреломления коллагеновых волокон составляет $3,1087 \pm 0,1413$. Параллельно со снижением оптической силы двойного лучепреломления происходит снижение фенольного индекса (фенольный индекс не превышает $1,2938 \pm 0,0264$) и повышение индексов накопления нейтральных мукополисахаридов (индекс содержания нейтральных мукополисахаридов - $1,4932 \pm 0,0115$) и несультатированных гликозаминогликанов (индекс содержания несультатированных гликозаминогликанов - $1,5137 \pm 0,113$) в результате их накопления в участках выраженной деструкции коллагеновых волокон. Таким образом, в результате проведенного морфологического исследования энтероанастомоза, сформированного в условиях перитонита у больных II группы, установлены выраженные структурные изменения, которые привели к его несостоятельности и неблагоприятному клиническому исходу. Выводы. Установлено, что степень двойного лучепреломления коллагеновых волокон значительно снижается у больных II группы. Исходная оптическая сила двойного лучепреломления в 1,56 раза меньше, чем в I группе ($p \leq 0,05$). Параллельно со снижением оптической силы двойного лучепреломления снижается фенольный индекс до $1,2938 \pm 0,0264$ и повышается индекс накопления гликозаминогликанов до $1,5137 \pm 0,113$, в меньшей степени – нейтральных мукополисахаридов ($1,4932 \pm 0,0115$). Эти показатели служат проявлением дезорганизации соединительной ткани и отображением развития



белковой мезенхимальной дистрофии, которая варьирует по интенсивности от мукоидного набухания до фибриноидных изменений и значительных очагов некроза.

22. НИЗКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Салахов Е.К., Юлдашев Б.В., Сатдаров Б.М.,
Минигулов Л.М.*

Набережные Челны, Татарстан
ГАУЗ " Менделеевская ЦРБ"

Актуальность. Проблема релапаротомии в современной хирургии не теряет своей актуальности в связи с её достаточно частой встречаемостью и высокой летальностью, достигающей по данным разных авторов 40%-50%. Современный лечебный алгоритм при релапаротомии остается предметом споров и обсуждений. Именно поэтому усилия хирургов направлены на поиск оптимальной тактики ведения таких пациентов с тем, чтобы минимально снизить возможные осложнения и смертность. Целью нашего исследования стало улучшение результатов релапаротомий путем совершенствования санации брюшной полости. Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 72 пациентов с послеоперационным перитонитом в возрасте от 19 до 76 лет, находившихся на лечении в РКБ№3, г. Саранск и «Менделеевская ЦРБ» г.Менделеевск в период с 2010 по 2015 г. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от способа обработки брюшной полости. Основную группу составили 42 пациента, которым в ходе релапаротомии после промывания брюшной полости растворами антисептика перед ушиванием брюшной стенки вводили препарат «Мексидол» и проводили ультразвуковую низкочастотную обработку при помощи аппарата «УРСКН7-22». Так же осуществляли энтеральный лаваж гипотоническим раствором натрия до светлых вод с последующим введением 400 мл «Мексидола» в просвет тонкого кишечника. В контрольную группу вошли 30 пациентов, которым проводилось лишь промывание брюшной полости раствором антисептика. В послеоперационном периоде оценивали сроки появления перистальтики кишечника, функцию печени, проводили расчет койко-дней и показателей послеоперационной летальности. Анализ полученных данных базировался на принципах доказательной медицины. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа

Microsoft Excel 2007 и статистический пакет SPSS 11.5. При расчетах использовались такие показатели, как, выборочная средняя (M), средняя квадратическая ошибка ($M \pm m$), критерий Хи-квадрат (χ^2). Достоверными считались результаты при $p < 0,05$. Оценка Мангеймского перитонеального индекса показала, что средний показатель в обеих группах практически не отличался – и был равен $19,7 \pm 2,4$ и $18,9 \pm 2,6$ в основной и контрольной соответственно, $p > 0,05$. Таким образом, пациенты в группах были сопоставимы по полу, возрасту и Мангеймскому перитонеальному индексу. Исследование причин, повлекших за собой повторное оперативное вмешательство, показало, что в обеих группах преобладала несостоятельность швов анастомозов желудочно-кишечного тракта и швов толстой и тонкой кишки, $p > 0,05$. Реже встречались ранняя спаечная кишечная непроходимость, абсцессы брюшной полости, прогрессирование первичного перитонита, послеоперационные кровотечения, перфорация стресс-язв органов желудочно-кишечного тракта, эвентрация органов брюшной полости и послеоперационный панкреатит, при этом достоверных различий между группами выявлено не было. При изучении патогенеза состояний, ставших причиной релапаротомии, нельзя не отметить тот факт, что печень является первым барьером на пути токсических веществ из брюшной полости. Соответственно весьма важно нормальное функционирование этого органа. При оценке печеночной функции нами выявлены лучшие результаты у пациентов основной группы. Поскольку нарушение моторной деятельности желудочно-кишечного тракта сопровождается практически каждое оперативное вмешательство на органах брюшной полости, нами так же были оценены сроки восстановления моторики кишечника. Несмотря на отсутствие достоверных различий, была выявлена тенденция к снижению этих сроков у пациентов основной группы – $2,6 \pm 0,8$ дней против $3,2 \pm 0,7$ дней у больных контрольной группы, $p > 0,05$. Ещё одним несомненным преимуществом предложенного нами способа, являлось то, что необходимость проведения повторных релапаротомий у пациентов основной группы возникла в несколько раз реже, чем в контрольной группе – у 6 человек (14,3%) и 12 человек (40,05%) соответственно ($\chi^2 = 6,171$, $p = 0,013$). Ниже так же был показатель послеоперационной летальности. У пациентов основной группы он составил 19,0% (умерло 8 больных), в контрольной группе – 43,3% (13 человек) ($\chi^2 = 4,996$, $p = 0,025$). Достоверные различия числа повторных релапаротомий и цифр летальности у пациентов разных групп позволяют заключить, что предложенный нами вариант ведения больных способствует наилучшим результатам в послеоперационном периоде. Это подтверждает



ет и оценка количества койко-дней проведенных пациентами в стационаре – у больных основной и контрольной группы их количество составило $18,9 \pm 2,4$ и $25,3 \pm 1,9$ дня соответственно.

23. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОЩАДЯЩИХ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Воронов Н.В., Костырной А.В., Воронов А.Н.,
Мещеряков В.В.*

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени С.И.Геогиевского

Резекция желудка и ваготомия сегодня остаются радикальными методами лечения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). Появление теории, связанной с Нр, не привело к новым, патогенетически обоснованным оперативным вмешательствам. Целью настоящего исследования явилось изучение непосредственных результатов органощадящих и органосохраняющих операций ЯБЖ и ЯБ ДПК. Проанализированы результаты лечения 602 больных. Мужчин – 520, женщин – 82. С ЯБЖ было 222 больных, из них с: медиагастральными язвами – 91 (41%); сочетанными – 12 (5,4%), пилорическими (ПЯ) и препилорическими (ППЯ) – 119 (53,6%). При ЯБ ДПК оперировано 380 больных: запилорическое расположение (на 0,5 см дистальнее привратника) отмечалось у 89 (23,4%), луковичное – 157 (41,3%), бульбодуоденального перехода – 134 (35,3%). При медиагастральной локализации 87 пациентам произвели анатомическую антрэктомия (ААЭ) без ваготомии с наложением гастродуоденального (84) и гастрогастрального анастомоза с сохранением привратника по Маки-Шалимову (3). Четверым больным произвели иссечение интермедиарной зоны желудка, дополнив ваготомией и наложением корпороантрального анастомоза. При сочетанном типе ЯБЖ (12), произведена ААЭ: без ваготомии – 3, с иссечением язвы – 5, с иссечением язвы и стволовой ваготомией – 4. Всем больным наложен гастродуоденальный анастомоз: «конец-в-конец» – 7, «конец-в-бок» – 5. Анализированы 99 оперированных пациентов с ПЯ и 20 – с ППЯ. СПВ произведено 101 больному. 48 больным удалось сохранить привратник, из них у 27 СПВ выполнено в изолированном варианте, у 3 – сочеталась с ушиванием перфоративной язвы по Опелю-Поликарпову, у 5 с дуоденолизом, у 4 – с циркулярным иссечением половины привратника – геми-

пилорэктомия, у 9 – с рассечением связки Трейца. СПВ с разрушением привратника по Финею (3) или исключением его (по Жабулею) выполнено 32 пациентам. СПВ с удалением язвы произведено 21 больному: иссечение по Джаду (2), по Финею (5), и путем циркулярной резекции антральнодуоденального сегмента – 14. При такой локализации желудочных язв 12 пациентам произведена СВ (3) и СтВ (9) ваготомии в сочетании с иссечением, прошиванием язвы и дренирующими операциями. ААЭ без ваготомии произведена 6 больным с нормальной и пониженной кислотностью. При локализации язвы в ДПК (380 больных) всем произведена СПВ: 45 – изолированная, 120 – в сочетании с различными вариантами дуоденопластики, 30 – циркулярная резекция ДПК с наложением междуоденального анастомоза с сохранением привратника, 6 – циркулярная гемипилорэктомия с наложением пилородуоденального анастомоза. 147 ГДА по Жабулею и 32 – ПП по Финнею и Гейнеке-Микуличу. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 33 больных, у 7 – внутрибрюшное кровотечение, у 9 – гастроплегия, у 10 – анастомозит, у 3 – кардиоспазм, у 2 – диарея, и у 2 – демпинг-синдром. Умер 1 больной после СтВ с иссечением язвы при массивном кровотечении на фоне цирроза печени, 4 – от перитонита при несостоятельности швов, дренирующих желудок соустьей (2) и перфорации оставленной язвы (2). Вывод. Индивидуально рациональный подход к лечению осложненных форм ЯБЖ и ДПК в 42% случаев позволяет произвести органосохраняющую операцию, сохранив основные функции желудка: резервуарную, антральногормональную и привратниковую. Органощадящие операции – с исключением привратника у 38% и утратой антральногормональной, сохранив резервуарную функцию до 2/3 объема желудка у 20% больных. Осложнения отмечались у 5,5% больных, летальность составила 0,8%.



24. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АКСИАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕФЛЮКС - ЭЗОФАГИТОМ, В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

*Костырной А.В., Косенко А.В., Каминский И.В.,
Барановский Ю.Г., Сеницын М.В.*

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени.С.И.Георгиевского

Под нашим наблюдением в ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко находилось 338 пациентов с АГПОД, сочетающейся с другими заболеваниями органов брюшной полости. Всем больным были проведены общеклинические методы исследования. Эзофагогастродуоденоскопия выполнялась фиброскопами фирмы «Olympus» GIFP-30 (Япония). Внутривенная рН-метрия осуществлялась с помощью ацидогастромонитора АГМ-24МП «Гастроскан - 24». Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта проводилось на диагностическом комплексе «РУМ-20 М» (Германия). Для выполнения УЗИ органов брюшной полости использовался аппарат «Esaote» (Франция). У 200 (59,2%) больных проводилась консервативная терапия, имевшая положительный эффект. У 138 (40,8%) пациентов страдающих эрозивным и эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом, сочетающимся с другими заболеваниями органов брюшной полости, проведено оперативное лечение. Средний возраст больных составил $48,35 \pm 3,26$ лет. Мужчин было 58 (42%), женщин - 80 (58%). Наиболее часто (АГПОД) сочеталось с желчекаменной болезнью (ЖКБ) – 57 (41,3%) случаев, с дуоденальными язвами (ДЯ) 32 (23,2%) и вентральными грыжами – 12 (8,7%). Следует отметить, что у 8 (5,8%) больных АГПОД сочеталась с 3 заболеваниями: у 4 пациентов диагностирована триада Сента (АГПОД, ЖКБ, Дивертикулёз толстой кишки), у 2 – триада Кастена (АГПОД, ЖКБ, ДЯ), в 2 случаях триада Вилка (АГПОД, ЖКБ, хрон. аппендицит). У 7 (5,1%) больных на фоне РЭ развились пептические стриктуры пищевода, требующие дополнительного бужирования. У 29 (21%) больных выполнена традиционная лапароскопическая коррекция АГПОД, включавшая в себя эзофагофундопликацию по Ниссену и переднюю крурорафию. Однако следует отметить, что в 2 наблюдениях, в связи с техническими трудностями, мы были вынуждены произвести конверсию. Коррекция АГПОД с холецистэктомией (ХЭ) лапаротомным

способом была выполнена в 47 случаях, из них у 12 (ХЭ) была дополнена холедохолитотомией и дренированием холедоха по Пиковскому, а у 5- холедоходуоденоанастомозом. Лапароскопическая операция выполнена 30 (21,7%) пациентам. В 30 наблюдениях корригирующая операция по поводу АГПОД в сочетании с СПВ и иссечением язвы с последующей дуоденопластикой была выполнена лапаротомным способом и в 2 случаях изолированная СПВ с корригирующей грыжу операцией - лапароскопически. В 12 случаях коррекция АГПОД сочеталась с герниопластикой, в 6 наблюдениях с висцеролизом и в 2 - с аппендэктомией.

Выводы. Ранняя диагностика, своевременная консервативная терапия позволила выделить группу пациентов для хирургической коррекции АГПОД и имеющих сопутствующую патологию. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались в 4 (2,9%) случаях. Летальных исходов не было.

25. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Михайличенко В.Ю., Старых А.А.,
Каракурсаков Н.Э., Шестопалов Д.В.,
Кисляков В.В.*

Симферополь

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Актуальность: панкреонекроз - одно из самых опасных заболеваний в хирургии, которое, по данным разных авторов, возникает у 8-12% пациентов с панкреатитом и у 70% больных с некротическим панкреатитом. При отсутствии вмешательства летальность достигает 100%. Однако, несмотря на агрессивную хирургическую тактику, до сих пор не удается снизить летальность менее 25%. Также проблемным остается вопрос, касательно тактики лечения панкреонекроза: выжидательная тактика до момента развития инфицирования либо раннее оперативное вмешательство с дренированием сальниковой сумки. Цель: оптимизировать тактику лечения панкреонекроза с первичным поражением головки поджелудочной железы. Методы: под нашим наблюдением находилось 32 пациента инфицированным панкреонекрозом с первичным поражением головки поджелудочной железы, подтвержденным по данным КТ и УЗИ. Все больные были разделены на 2 группы. 1-ая группа: 16 больных, которым производилась оментобурсо-



стомя с дренированием сальниковой сумки на 2-4 сутки после начала заболевания. 2-ая группа: 16 больных, оперативное вмешательство которым производилось на 14-16 сутки. В послеоперационный период больным проводилась адекватная антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия. Результаты: Осложнения возникли в обеих представленных группах пациентов. У пациентов, которым выполнено раннее оперативное вмешательство, возникло одно осложнение – респираторный дистресс-синдром, тогда как у пациентов, операция которым произведена на 14-16 сутки, наблюдалось 2 грозных осложнения – аррозивное кровотечение. В первой группе умер один пациент, что составило 6,25 %, тогда как во 2-ой группе пациентов летальность составила 4 (25 %). Среднее пребывание пациента 1-ой группы в стационаре составило 21+7 к\дней, тогда как средний показатель нахождения в стационаре пациентов 2-ой группы составил 45+12 дней. Выводы: при лечении инфицированного панкреонекроза с первичным поражением головки поджелудочной железы выжидательная тактика ведения больных оказалась неэффективной по сравнению с ранним оперативным вмешательством. Это отражается более высокой летальностью, количеством и тяжестью осложнений, а также увеличением сроков пребывания пациентов в стационаре.

26. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Костырной А.В., Воронов Н.В., Косенко А.В.

Симферополь

КФУ им. В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени С.И.Георгиевского

За 40 лет проанализирован опыт наблюдения и лечения 4630 больных с острым панкреатитом. С целью диагностики использованы общеклинические методы исследования, УЗИ, КТ, рентгенологические. Об оценке степени распространения воспалительного процесса разработана 3-D модель воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих её тканях позволяющая своевременно вносить коррективы в лечебно-тактическую программу при панкреонекрозе. Консервативная терапия давшая положительный эффект была у 3966 (85,7%) пациентов. Оперативному вмешательству подвержены 664 (14,3%) больных. В случаях вынужденных лапаротомий при отечной форме и асептическом некрозе острого панкреатита

преимущества имеют закрытое ведение больных, а вмешательства в этих стадиях панкреатита – это прежде всего диагностическая и тактическая ошибки и должны быть «исключением, а не правилом». Установлено, что при отечных формах панкреатита закрытые методики обеспечивают лучшие результаты, количество послеоперационных осложнений на 17% меньше, чем в группе, где использованы открытые методики. Закрытые методики имеют преимущество перед открытыми и при асептическом панкреонекрозе – количество послеоперационных осложнений были меньше на 22%. Методика активного постоянного лаважа более эффективна при лечении локализованных форм гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. Распространенные формы в виде флегмон с гнойными затеками по параколическим клетчаточным пространствам остаются вне воздействия активного дренирования, что может привести к развитию новых гнойно-некротических очагов и манифестировать септический процесс. Наиболее оптимальным оперативным пособием при распространенных формах процесса является программированная некрсеквестрэктомия. Пассивное дренирование с последующими секвестрэктомиями по необходимости имеют одинаковые неэффективные результаты вне зависимости от степени распространения процесса. Программированные релапаротомии выполнены у 63 пациентов, задачей которых было выполнение этапных секвестрэктомий, которые показаны при формировании ранних интраабдоминальных абсцессов. Методика закрытого лаважа выполнена у 81 больного при локализованных формах гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. Методика открытого лечения путем управляемой лапаротомии выполнена у 49 пациентов и показана при инфицированном панкреонекрозе осложненной прогрессирующей флегмоной брюшинного пространства. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода у больных с пассивным и активным дренированием показал, что необходимость в повторном вмешательстве среди пациентов с пассивным дренажем возникла у 225 (88,8%) из 253 наблюдений. При постоянном активном дренировании сальниковой сумки повторные вмешательства выполнены 39 (48,2%) из 81 больного. После стандартных хирургических вмешательств, завершаемых пассивным дренированием и использование марлевых тампонов в гнойно-некротическом очаге, и выполнение повторных некрсеквестрэктомий «по необходимости» от разного рода осложнений умерло 101 (39,9%) из 253 пациентов. В группе 218 больных, которым этапная некрсеквестрэктомия выполнена с использованием современных методик от осложнений в послеоперационном периоде умерло 34 (15,6%).



Выводы: Вариант завершения оперативного пособия при инфицированных формах панкреонекроза зависит от степени распространения гнойно-некротического процесса и наших взглядов на данную проблему. Надо отметить, к сожалению, что единого подхода даже в 21 веке пока ещё нет.

27. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Костырной А.В., Воронов Н.В., Косенко А.В.

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени С.И.Георгиевского

За 40 лет проанализирован опыт наблюдения и лечения 4630 больных с острым панкреатитом. С целью диагностики использованы общеклинические методы исследования, УЗИ, КТ, рентгенологические. Об оценке степени распространения воспалительного процесса разработана 3-D модель воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих её тканях позволяющая своевременно вносить коррективы в лечебно-тактическую программу при панкреонекрозе. Консервативная терапия давшая положительный эффект была у 3966 (85,7%) пациентов. Оперативному вмешательству подвержены 664 (14,3%) больных. В случаях вынужденных лапаротомий при отечной форме и асептическом некрозе острого панкреатита преимущества имеют закрытое ведение больных, а вмешательства в этих стадиях панкреатита – это прежде всего диагностическая и тактическая ошибки и должны быть «исключением, а не правилом». Установлено, что при отечных формах панкреатита закрытые методики обеспечивают лучшие результаты, количество послеоперационных осложнений на 17% меньше, чем в группе, где использованы открытые методики. Закрытые методики имеют преимущество перед открытыми и при асептическом панкреонекрозе – количество послеоперационных осложнений были меньше на 22%. Методика активного постоянного лаважа более эффективна при лечении локализованных форм гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. Распространенные формы в виде флегмон с гнойными затеками по параколическим клетчаточным пространствам остаются вне воздействия активного дренирования, что может привести к развитию новых гнойно-некротических очагов и манифестировать септический процесс. Наиболее оптимальным оперативным пособием при распространенных формах процесса

является программированная некрсеквестрэктомия. Пассивное дренирование с последующими секвестрэктомиями по необходимости имеют одинаковые неэффективные результаты вне зависимости от степени распространения процесса. Программированные релапаротомии выполнены у 63 пациентов, задачей которых было выполнение этапных секвестрэктомий, которые показаны при формировании ранних интраабдоминальных абсцессов. Методика закрытого лаважа выполнена у 81 больного при локализованных формах гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. Методика открытого лечения путем управляемой лапаростомии выполнена у 49 пациентов и показана при инфицированном панкреонекрозе осложненной прогрессирующей флегмоной брюшинного пространства. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода у больных с пассивным и активным дренированием показал, что необходимость в повторном вмешательстве среди пациентов с пассивным дренажем возникла у 225 (88,8%) из 253 наблюдений. При постоянном активном дренировании сальниковой сумки повторные вмешательства выполнены 39 (48,2%) из 81 больного. После стандартных хирургических вмешательств, завершённых пассивным дренированием и использование марлевых тампонов в гнойно-некротическом очаге, и выполнение повторных некрсеквестрэктомий «по необходимости» от разного рода осложнений умерло 101 (39,9%) из 253 пациентов. В группе 218 больных, которым этапная некрсеквестрэктомия выполнена с использованием современных методик от осложнений в послеоперационном периоде умерло 34 (15,6%).

Выводы: Вариант завершения оперативного пособия при инфицированных формах панкреонекроза зависит от степени распространения гнойно-некротического процесса и наших взглядов на данную проблему. Надо отметить, к сожалению, что единого подхода даже в 21 веке пока ещё нет.

28. ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ДЕТЕЙ

*Аксельров М.А., Мальчевский В.А.,
Кокоталкин А.А.*

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

За период с февраля 2012 по ноябрь 2016 г. в детском хирургическом отделении №1, ГБУЗ ТО ОКБ №2, 34 больным с калькулезным холециститом



операция по удалению желчного пузыря проведена с применением единого лапароскопического доступа. Для выполнения вмешательства использовали специальный многоразовый порт X-CONETM Karl Storz, который заводился через пупок, инструменты разной длины, трех-чиповую камеру HD с удлинённой оптикой. Холецистэктомия проводилась стандартно с клипированием пузырного протока и клипированием или коагуляцией пузырной артерии. Продолжительность операции составила $43 \pm 9,8$ минут. Обезболивающие препараты требовались пациентам в течении 1-2 суток после вмешательства. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Особо можно отметить легкость извлечения желчного пузыря из брюшной полости через монопорт. Выводы. Длительность операции и течение послеоперационного периода при использовании единого лапароскопического доступа через пупок сопоставим с классической лапароскопией. Однако косметический эффект после операций из единого лапароскопического доступа оценен пациентами выше, а это ведет к улучшению качества их жизни.

29. НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕРНИОРАФИИ У ДЕТЕЙ

Аксельров М.А., Мальчевский В.А., Столяр А.В.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

За период с июня 2012 года по январь 2016 года по методике видеоассистированной экстракорпоральной герниорафии в клинике детской хирургии Тюменского ГМУ прооперировано 369 детей с врожденной паховой грыжей. Для удобства выполнения высокой перевязки влагалищного отростка нами разработано устройство для ушивания внутреннего пахового кольца (Патент на полезную модель RU 153074 U1 «Устройство для ушивания внутреннего пахового кольца»). Устройство представляет собой иглу 100 мм с проводником. Внешний диаметр иглы 3 мм, внутренний 2 мм. На проксимальном конце иглы - канюля пригодная для подсоединения стандартного шприца 5 мл. Дистальный конец имеет форму эллипса. В просвет иглы помещаются две нити: первая - основная, дистальный конец загибается в обратную сторону. Длина нити не менее 150-200 мм. Материал не рассасывающийся. Диаметр нити 4/0. Вторая нить - вспомогательная формирует «лассо». Длина ее около 300 мм. Материал - пролен. Диаметр

3/0. Средняя длительность экстракорпоральной герниорафии при односторонней грыже составила $16,3 \pm 5$ мин., при двухсторонней 24 ± 3 мин. При применении разработанного устройства длительность операции сократилась на 5 ± 3 мин. Метод видеоассистированной экстраперитонеальной паховой герниорафии при врожденной паховой грыже у детей с использованием разработанного устройства для ушивания внутреннего пахового кольца зарекомендовал себя как быстрый, надежный и дающий превосходный косметический эффект.

30. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э., Мирошник К.А., шестопалов Д.В.

Симферополь

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского

При существующих современных терапевтических методах лечения необходимость в ПТЭ возникает в 5–10% после 10–15 лет ХПН и возрастает до 20% после 16–20 лет ХПН. паратиреоидэктомия может стать более клинически эффективной и экономически оправданной по сравнению с консервативной терапией, обеспечивая более полную коррекцию параметров минеральных и костных нарушений и лучшую выживаемость пациентов на диализе.

Цель исследования — изучить эффективность комплексного хирургического и медикаментозного методов лечения вторичного гиперпаратиреоза, рефрактерного к терапии активными метаболитами витамина D, у пациентов с ХБП 5-й ст., получающих лечение программным гемодиализом.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7» за 2014-2016 оперативному лечению было подвергнуто 26 больных, длительность ХПН у которых составляла от 1 до 9 лет, а продолжительность лечения гемодиализом от 12 до 74 месяцев. Нами было сформировано 2 группы: в 1 группе применялось только оперативное лечение, во второй оперативное лечение и с первого послеоперационного дня назначали Мимпару в дозе 30-60 мг в сутки. Группу контроля составили пациенты с аденомами паращитовидных желез (№24), которые отказывались от оперативного лечения, принимали Мимпару в дозе 30-90 мг в сутки на протяжении 6-18 месяцев. Показанием к оперативному лечению считали: рентгенологическую картину фиброосте-



оклазии, возможно в сочетании с остеомалацией, резистентной к лечению витамином Д3; гиперкальцемию выше 2,6 ммоль/л; нарастание активности щелочной фосфатазы; повышенный продукт Са х Р в сочетании с эктопической кальцификацией; прогрессирование клинических симптомов вторичного гиперпаратиреоза (боли в костях и суставах) при повышении уровня паратгормона свыше 800 пмоль/л; упорный кожный зуд в сочетании с гиперкальцемией и (или) гиперпаратиреоидинемией выше 600 пмоль/л. Цель исследования — изучить эффективность комплексного хирургического и медикаментозного методов лечения вторичного гиперпаратиреоза, рефрактерного к терапии активными метаболитами витамина D, у пациентов с ХБП 5-й ст., получающих лечение программным гемодиализом. Материал и методы исследования. В отделении хирургии ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7» за 2014-2016 оперативному лечению было подвергнуто 26 больных, длительность ХПН у которых составляла от 1 до 9 лет, а продолжительность лечения гемодиализом от 12 до 74 месяцев. Нами было сформировано 2 группы: в 1 группе применялось только оперативное лечение, во второй оперативное лечение и с первого послеоперационного дня назначали Мимпару в дозе 30-60 мг в сутки. Группу контроля составили пациенты с аденомами паращитовидных желез (№24), которые отказывались от оперативного лечения, принимали Мимпару в дозе 30-90 мг в сутки на протяжении 6-18 месяцев. Показанием к оперативному лечению считали: рентгенологическую картину фиброостеоклазии, возможно в сочетании с остеомалацией, резистентной к лечению витамином Д3; гиперкальцемию выше 2,6 ммоль/л; нарастание активности щелочной фосфатазы; повышенный продукт Са х Р в сочетании с эктопической кальцификацией; прогрессирование клинических симптомов вторичного гиперпаратиреоза (боли в костях и суставах) при повышении уровня паратгормона свыше 800 пмоль/л; упорный кожный зуд в сочетании с гиперкальцемией и (или) гиперпаратиреоидинемией выше 600 пмоль/л. Выводы. Паратиреоидэктомия является эффективным методом коррекции вторичного гиперпаратиреоза у больных с хронической почечной недостаточностью. В ряде случаев при оперативном лечении запущенной стадии вторичного гиперпаратиреоза мы не наблюдали снижение паратгормона, но четко пациенты отмечали исчезновение и/или уменьшение болей в костях и суставах, а так же нормализацию кальций-фосфорного обмена. Мы придерживаемся хирургической тактики, заключающейся в удалении увеличенных паращитовидных желез с последующим консервативной терапией цинакальцетом, что позволяет избежать послеоперационного гипопаратиреоза и улучшить

качество жизни больных. Применение цинакальцета при показателях ПТГ выше 600 пг/мл является неэффективно клинически и экономически обоснованно.

31. РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ГЕРНИОЛОГИИ: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Шестаков Е.В., Быстров С.А., Каторкин С.Е.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Профилактика и ранняя диагностика раневых осложнений при хирургическом лечении больных с ущемленными грыжами брюшной стенки на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем герниологии, частота которых по литературным данным варьирует от 11% до 67%. Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки путем использования комплекса мероприятий по профилактике и диагностике раневых осложнений. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 265 пациентов с ущемленными паховыми, пупочными и послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии с 2008 по 2015 г., которые были разделены на основную (n=138) и контрольную (n=127) группы. Пациентам основной группы применялось низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) и устройство для профилактики эвентрации (УДПЭ), внедренные в работу хирургического отделения с 2010 года. В контрольной группе НИЛИ и данное устройство не применялись. В свою очередь пациенты основной и контрольной групп, в зависимости от способа пластики были условно разделены на две подгруппы. Подгруппу «А» составили больные, которым выполнялись ненапряжные способы пластики, подгруппу «В» - традиционные. В исследованных группах преобладали пациенты с ущемленной паховой грыжей – 112 (42,3%) и ПВГ – 87 (32,8%). Группы по основному заболеванию, полу и возрасту статистически сопоставимы. Для оценки микроциркуляции в зоне пластики, выявления и прогнозирования развития в послеоперационном периоде (п/о) раневых гнойно-септических осложнений нами применялась компьютерная термография (КТГ). Эффективность применения НИЛИ



подтверждалась цитологическими методами исследования раневого отделяемого на 1, 3, 5 сутки с помощью мазков-отпечатков по методике М. Покровского с окраской по Романовскому – Гимза. Интраоперационно нами выявлено, что преобладали пациенты – 150 (56,6%) с нежизнеспособным органом в грыжевом мешке, что явилось основанием для применения НИЛИ в качестве способа профилактики раневых осложнений. Пациентам без дренирования подкожно - жировой клетчатки использовали чрескожный метод воздействия лазерного облучения, а при дренировании зоны пластики – дистантный, посредством гибкого моноволоконного световода с расфокусированным пучком световой энергией. Использовали аппарат «Креолка-32». Длина волны 630 нм, мощность 3мВт/см², экспозиция 4-7 мин. Режим непрерывный. Курс лечения в среднем составил 6,0±2,0 суток. НИЛИ обладает проникающей способностью в ткани, улучшает лимфо- и гемоциркуляцию. Это усиливает репаративные процессы и ускоряет регенерацию тканей в зоне пластики. С целью уменьшения остаточной полости, уменьшения количества раневых п/о осложнений и профилактики рецидива грыжеобразования - у 30 (21,7%) пациентов основной группы нами применено устройство для профилактики эвентрации (патент РФ на полезную модель № 103462 от 28.04.2010), которое содержит: пластину из полимерного материала с отверстиями, препятствующая прорезыванию швов, съемную крышку с фиксаторами, позволяющая следить за состоянием раны. Через отверстия по краям пластины пропускаются концы П - образных швов, захватывающие наружные кожно – апоневротические слои брюшной стенки. Данное устройство снимали на 10– 12 сутки. Полученные результаты. Применение НИЛИ и УДПЭ у пациентов основной группы позволило снизить частоту развития местных инфекционных осложнений в зоне пластики, по сравнению с таковыми в контрольной группе, что составило 12,3% и 42,5%, соответственно (р

32. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НА НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ ДОЛЕВОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

Гильметдинов А.Ф. (1), Потанин В.П. (2)

Набережные Челны, 2) Казань

1) ГАУЗ РТ "Больница скорой медицинской помощи", 2) ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ»

Цель. Исследование значимости ипсилатеральной долевого лимфатической диссекции при условии поражения регионарных лимфатических узлов. **Материалы и методы.** Анализу подвергнуты стационарные и амбулаторные медицинские карты пациентов, находившихся под наблюдением ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» и оперированных в торакальном отделении №1 в 2000-2009гг. Выделены группы согласно стадии (IB, IIB, IIIA), клинко-анатомической форме (периферический или центральный), объему операции (лобэктомия и пульмонэктомия) и символов ТхNх (Т2N0 , Т2N1 , Т3N0 , Т2N2). Общее количество пациентов – 803. Согласно выставленным положениям подсчитано количество пациентов и рассчитана пятилетняя выживаемость в каждой группе методом оценки Каплан-Майер. Проведен ретроспективный анализ пятилетней выживаемости пациентов в зависимости от объема хирургического лечения (лобэктомия, пульмонэктомия) и состояния регионарных лимфатических узлов (N1, N2), исследование влияния на этот показатель факта ипсилатеральной долевого лимфодиссекции, заведомо выполняемой при пульмонэктомии.

Результаты. При периферическом раке изменение состояния регионарных лимфоузлов (N1-2) отражается на динамике показателей выживаемости лобэктомия/пульмонэктомия, что свидетельствует об отсутствии влияния факта удаления ипсилатеральной долевого группы лимфоузлов на выживаемость в данной группе пациентов. При центральном раке изменение состояния регионарных лимфоузлов уровня N1 не ухудшает динамику показателей выживаемости лобэктомия/пульмонэктомия, что свидетельствует о влиянии факта удаления ипсилатеральной долевого группы лимфоузлов на выживаемость в данной группе пациентов. При центральном раке изменение состояния регионарных лимфоузлов уровня N2 отражается на динамике показателей выживаемости лобэктомия/пульмонэктомия, что свидетельствует об отсутствии влияния факта удаления ипсилатеральной долевого группы лимфоузлов на выживаемость в данной группе пациентов.

Вывод. При периферическом раке, при условии морфологического подтверждения поражения регионарных лимфоузлов N1-2, а также при центральном раке, при условии морфологического подтверждения поражения регионарных лимфоузлов уровня N2, нецелесообразна ипсилатеральная долевого лимфодиссекция. Во всех других случаях (центральный рак N0-1 или периферический рак N0) ипсилатеральная долевого лимфодиссекция целесообразна.



33. ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ АОРТЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Тулупов А.Н., Бабич А.И.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Несмотря на низкую частоту проникающих ранений и разрывов аорты при сочетанной травме груди актуальность данной проблемы весьма велика. Это обусловлено, прежде всего, трудностями диагностики из-за тяжелого состояния пострадавших и быстрого развития жизнеугрожающей ситуации, большим дефицитом времени для установления диагноза и проведения оперативного лечения, необходимостью принятия быстрых, как правило, нестандартных тактических решений. Повреждения расположенных в грудной полости частей аорты с формированием напряженных гематом средостения и интенсивных внутриплевральных кровотечений всегда являются доминирующими и требующими экстренных оперативных вмешательств в первую очередь. Материалы и методы. В основе работы находится анализ 4 рандомизированных клинических наблюдений, имевших место в СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе как травмоцентре I уровня в течение последних 3 лет. Все четверо пациентов были мужчинами в возрасте от 18 до 63 лет. 2 из них имели сочетанные колотые ранения груди, 3 других — тяжелую закрытую сочетанную травму вследствие ДТП. Все были доставлены в противошоковую операционную института выездными бригадами скорой медицинской помощи реанимационного профиля в течение «золотого» часа. Четверым до операции выполнялись цифровая рентгенография и СКТ груди, троим — УЗИ плевральных синусов, троим — дренирование плевральных полостей, одному — диагностическая видеоторакоскопия. Время от момента поступления в стационар до большого оперативного вмешательства составило от 10 до 60 мин. В качестве операционного доступа у двух раненых с колотыми ранениями использованы стернотомия, у двух пострадавших с сочетанной закрытой травмой груди — левосторонняя переднебоковая торакотомия. У обоих раненых с колотыми ранениями груди после стернотомии выявлены напряженные гематомы средостения и кровоточащие раны диаметром около 3 мм восходящего отдела аорты. Эти раны без больших технических трудностей ушиты «на струе» (рис. 2). У одного из них с множественными ранениями груди и признаками продолжающегося внутриплеврального

кровотечения стернотомия была дополнена торакотомией в V межреберье слева по типу «Door Open», ушиванием кровоточащей межреберной артерии и раны нижней доли легкого. Кровопотеря у этих пациентов составила соответственно 1 л и 1,5 л. Более тяжелая клиническая ситуация констатирована при сочетанной закрытой травме груди у двух других пострадавших. У них экстренная левосторонняя торакотомия производилась по поводу профузного внутриплеврального кровотечения, констатированного после закрытого дренирования плевральной полости. У обоих диагностирован разрыв перешейка аорты с вскрывшейся в плевральную полость напряженной гематомой средостения (рис.1). Длина дефектов стенки аорты составляла около 1 см, в связи с чем их зашивание (рис.2) сопровождалось техническими трудностями и массивной кровопотерей (3 л и 6 л). Для возмещения последней использованы интраоперационная аппаратная Cell Saver реинфузия, донорские эритроциты и плазма, плазмозаменители. Одному пострадавшему с разрывом перешейка аорты, диагностированным при помощи СКТ с ангиоконтрастированием (рис.3), через 8 часов после травмы бедренным доступом был установлен стент-графт (рис.4). У этого пациента имелась напряженная гематома средостения без прорыва в плевральную полость. Результаты. У обоих пациентов с колотыми ранениями послеоперационный период протекал благоприятно, и они были выписаны через неделю после травмы. У двух других, которые помимо закрытой травмы груди с разрывом нисходящего отдела аорты имели потребовавшие проведения других срочных и отсроченных оперативных вмешательств тяжелые повреждения еще в 5 и 3 частях тела соответственно, травматическая болезнь протекала крайне тяжело с пневмонией и тяжелым сепсисом. Один из этих пострадавших выписан из стационара через 1,5 месяцев после травмы с признаками инвалидности, а второй умер от гнойно-септических осложнений через месяц после начала лечения. Третий пострадавший с тяжелой закрытой сочетанной травмой груди, которому кровотечение удалось успешно остановить путем стентирования, скончался через 9 суток после травмы из-за прогрессирования двусторонней пневмонии и тяжелого сепсиса в результате тяжелых ушибов и разрывов обоих легких. По критерию χ^2 исходы открытых повреждений грудной аорты существенно.



34. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

*Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Синенченко Г.И.,
Таня С.Ш.*

Санкт-Петербург

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

Крайне тяжелые повреждения диагностируются приблизительно у 30% пациентов с сочетанной травмой, сопровождающейся шоком III степени. Особенности данной патологии являются наибольшая тяжесть сочетанных повреждений (около 35 баллов по ISS), массивная кровопотеря, необходимость применения тактик Damage control surgery и Damage control orthopedics, неизбежность развития тяжелого реперфузионного синдрома, вторичного иммунодефицита и не менее 3 системных и локальных гнойно-инфекционных осложнений (у отдельных пострадавших - до 10). До недавнего времени при такой патологии в остром периоде травматической болезни по жизненным показаниям производили только экстренные оперативные вмешательства на внутренних органах груди и живота, голове и сосудах, а при переломах длинных трубчатых костей предпочтение отдавали консервативным методам лечения. Однако при таком подходе продолжительность и стоимость лечения были чрезвычайно велики, а эффективность низкой. Разработанная нами более совершенная стратегия оказания помощи пострадавшим с прогнозируемым летальным исходом включает следующие принципы: 1. Полноценность, перманентность и преемственность проводимых лечебно-диагностических мероприятий на всех этапах ведения пациентов: реанимационно-хирургическая бригада скорой помощи, противошоковая операционная, отделение хирургической реанимации, отделение сочетанной травмы травмоцентра. 2. Проведение всех оперативных вмешательств в строгом соответствии со схемой лечебно-тактического прогнозирования их исходов по критерию $\pm T$ и тактикой Damage control. Вначале производятся неотложные операции для устранения доминирующих и конкурирующих угрожающих жизни повреждений и используются упрощенные методы фиксации переломов костей. После стабилизации витальных функций и расчета показателей динамического прогноза характер и объем вмешательств расширяются. 3. Широкое использование современных лучевых (УЗИ, СКТ, С-дуга) и малоинвазивных лечебно-диагностических методов. 4. Профилактическая терапия сепсиса с

использованием комплекса антибиотиков и иммуномодулирующих препаратов, современная антибактериальная химиотерапия развившегося сепсиса. 5. Нутриционно-метаболическая терапия. 6. Проведение ранних восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате при благоприятном прогнозе через 24 часа после травмы, отсутствии необходимости инотропной поддержки, тяжести состояния по шкале SOFA – 0 баллов и уровне прокальцитонина $\leq 0,5$ нг/мл, поздних – приблизительно через месяц после травмы (после полного купирования инфекционных и неинфекционных осложнений) в условиях анаболического фона. Данная стратегия успешно апробирована при лечении более 300 пациентов. Благодаря ей в последние годы частоту гнойных осложнений при проведении ранних восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате удалось снизить с 23% до 5,6% ($p < 0,001$), а летальность при крайне тяжелой сочетанной травме – с 92,7% до 68,4% ($p < 0,01$).

35. ПОЛИП ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ, КАК ПРИЧИНА ГЕМОБИЛИИ

Шамсиев Р.Э., Бакиров С.Х., Хасанов А.Г.

Уфа

БГМУ

Гемобилия-кровотечение в просвет кишечника из желчевыводящих путей. Это осложнение впервые введено в медицинскую терминологию шведским хирургом Ph.Sandblom в 1948 г. [3] В литературе данная патология освещена недостаточно, большинство авторов располагает единичными наблюдениями. В 1962 г. Ph. Detrie собрал по данным литературы и опубликовал уже 28 подобных случаев [2] Гемобилия встречается в 5-9% случаев всех ЖКК. Причинами гемобилии могут быть: травмы печени и поджелудочной железы, кисты и опухоли печени и желчных протоков, воспалительные заболевания, в том числе и абсцессы печени, желчно-каменная болезнь, холангит, геморрагический холецистит; ятрогенные повреждения печени после выполнения диагностических и лечебных манипуляций. [1] Гемобилия очень трудный в диагностическом плане вид желудочно-кишечного кровотечения, клиническая картина которого имеет поливалентную форму. Это связано с манифестацией клинических проявлений основного заболевания, по отношению к которому гемобилия вторична. Как любое кровотечение, гемобилия



имеет общие и местные признаки, а клиническая картина будет соответствовать острой постгеморрагической или хронической анемии неясного генеза. Наиболее ранними признаками гемобилии являются тахикардия, мелена, головокружение, нарастающая анемия, гипотония, желтушная бледность кожных покровов. Может пальпироваться напряженный, увеличенный в размерах ЖП как результат накопления крови в ВЖП и нарушения желчеоттока. К характерным проявлениям гемобилии относится рвота со сгустками крови в виде длинных узких полосок как результат формирования тромбов в просвете желчных протоков. При этом эпизоды геморрагии могут возникать с недельными перерывами как результат лизиса или отхождения тромбов из билиарного тракта. При интенсивном и длительном кровотечении клиническая картина будет определяться объемом, скоростью кровопотери и степенью геморрагического шока. Следует помнить, что симптоматическая картина включает проявления основного заболевания и динамику его развития. Однако самостоятельно гемобилия крайне редко является причиной острой постгеморрагической анемии и шока. Клиническим признаком гемобилии является желтуха. Малый диаметр и длина желчных протоков способствуют быстрому образованию кровяных сгустков, которые обтурируют просвет протоков, и возникает механическая желтуха. Как правило, желтуха носит транзиторный характер, так как высокая фибринолитическая активность желчи обуславливает лизис тромба и освобождение просвета билиарного тракта. Этим объясняется периодичность симптомов при гемобилии, что является частой причиной диагностических ошибок. Независимо от причины, возникновение гемобилии обусловлено формированием артериобилиарной, реже портобилиарной, фистулы. От момента ее возникновения до первых клинических проявлений проходит от нескольких часов до 2- 4 нед. Клинически гемобилия характеризуется симптомокомплексом, именуемым триадой Грове. При этом у больного возникают приступы коликообразных болей в правом подреберье, признаки гастродуоденального кровотечения и гипербилирубинемия вплоть до желтухи. Боль обусловлена заполнением кровью желчного пузыря и желчной гипертензией. Гипербилирубинемия связана с затрудненным желчеотделением в просвет двенадцатиперстной кишки из-за наличия сгустков крови в билиарном дереве. Но основным манифестирующим признаком гемобилии является гастродуоденальное кровотечение при неясном источнике последнего и наличии травмы или вмешательства на печени в анамнезе[1]. В качестве клинического примера приводим одно из наших наблюдений.

Результаты и обсуждение: Больная Л., 73 лет(12.02.1943) ИБ№2528 поступила в экстренном порядке в 1-е хирургическое отделение МБУЗ ГКБ №8 г. Уфы 23.08.2016 через двое суток от начала заболевания с жалобами на общую слабость, боли в животе, кал черного цвета. Состояние при поступлении средней степени тяжести, кожные покровы бледные. ЧСС 84 уд. В мин., АД100/60 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации болезнен в правом подреберье и эпигастральной области. Перитонеальных симптомов нет. Ректально- кал черного цвета. На основании жалоб и клиники установлен предварительный диагноз: Желудочно-кишечное кровотечение? ЖКБ. Острый холецистит. Назначено обследование. ОАК при поступлении: Эр.2,96Х10,Нв-89 г/л, гематокрит 22,5%,общий билирубин 8,0 мкмоль/л, общий белок 59 ммоль/л, глюкоза 13,8 ммоль/л альфа-амилаза крови 40 ед/л .УЗИ органов брюшной полости:выявлены камни желчного пузыря и явления хронического калькулезного холецистита и диффузные изменения печени.При фиброгастроскопии выявлены признаки поверхностного гастрита вне обострения и косвенные признаки анемии. Источника кровотечения на момент осмотра не выявлено.Назначена интенсивная инфузионная терапия, гемостатическая терапия. Ввиду наличия признаков желудочно-кишечного кровотечения (периодически наблюдающиеся мелена, низкие показатели красной крови) 7.09.2016 проведена повторная ФГДС во время которой обнаружены признаки кровотечения из желчных путей (в проекции большого дуоденального сосочка(БДС) определяется свежий сгусток крови при отмывании которого отмечается незначительное подтекание крови с примесью желчи из устья БДС. Ирригография: Долихосигма. Гипомоторная дискинезия. Единичный дивертикул ободочной кишки.Компьютерная томография ОБП: Признаки хронического калькулезного холецистита. Холедохолитиаз? После предоперационной подготовки под наркозом выполнена трансректальная лапаротомия в правом подреберье. При интраоперационной ревизии выявлен заполненный свернувшейся кровью желчный пузырь, который удален, как предполагаемый источник кровотечения. В просвете желчного пузыря множество (10) Конкрементов различного диаметра от 0,5 до 2,5 см.,полип на широком основании 1х3 см с признаками состоявшегося кровотечения и гематома стенки желчного пузыря в области дна 3х4 см. Выполнена холецистэктомия, интраоперационная холедохоскопия, дренирование желчных путей по Вишневскому, дренирование подпеченочного пространства. Гистологическое заключение- железистый полип желчного пузыря. Послеоперационный период протекал гладко,без осложнений.



Дренаж из подпеченочного пространства удален на 4 сутки, дренаж из холедоха на 12 сутки после проведения фистулографии. Швы сняты на 10 сутки после операции. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. ОАК при выписке: Эр.3,55X10¹², Hb-102 г/л, гематокрит 26,6%, Выводы: 1.В данном клиническом случае причиной гемобилии явился кровотокающий полип желчного пузыря, который кроме признаков гемобилии сопровождался и симптомами острого обтурационного холецистита, обусловленный кровотечением в просвет и наличием гематомы в стенке желчного пузыря. 2.В диагностике данного осложнения фиброгастродуоденоскопия является высокоинформативным методом диагностики.

36. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Исаев Г.Б., Казимов И. Л., Гусейнзаде А.Г.

Баку , Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии им. М.А.Топчубашова

Цель исследования: изучить качества жизни пациентов оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки в отдаленном периоде. Материал и методы: выполнено комплексное исследование 95 пациентов (82 мужчин и 13 женщин), оперированных по поводу язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки и желудка с 2005 г. по 2010 г.включительно. Лица старше 40 лет (83 пациентов) составили 87,4% всех обследованных. Качества жизни определяли на основе разработанной японскими авторами анкета-опросника (Kurihara M. Et al., 1990). Результаты исследования: после резекции желудка, все оперированные пациенты оценили качество жизни как «хорошее» (через 1 год - 11 лет после операции): 4,0 балла у оперированных по Бильрот-1, и 3,9 балла - у оперированных по Бильрот-2. Пациенты, оперированные по Бильрот-2, оценивали качество жизни ниже, чем оперированные по Бильрот-1. Работоспособность в обе группы пациентов оценили как отличную. Таким образом, наблюдения показывают, что мнение о «калечащем» и инвалидизирующем характере многих операций на желудке, в частности, резекций желудка, утвердившееся среди гастроэнтерологов, преувеличено. Выводы: Оценка качества жизни больным после резекции желудка по поводу язвенной болезни может рассматриваться в качестве одного из основных критериев успешности лечения. Предложенная нами

методика определения качества жизни пациентов с язвенной болезнью проста, достоверна, коррелирует с данными эндоскопического и рентгенологического исследования, и может быть рекомендована к широкому применению.

37. 1060 АМПУТАЦИЙ ЗА ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА: ЧЕМУ НАУЧИЛИСЬ, ГДЕ ОШИБЛИСЬ, КАК СДЕЛАТЬ ЛУЧШЕ

Степанов Н.Г.

Н.Новгород

Городская клиническая больница №5

Актуальность. Летальность при больших ампутациях сохраняется высокой, послеоперационные осложнения возникают у каждого второго больного, новые технологии в сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии не дали желаемого результата по сокращению выполняемых ампутаций голени и бедра. Материал. В отделении гнойной хирургии ГКБ № 5 лечилось 1060 больных с необратимой ишемией нижних конечностей в период 1992-2016гг. Причинами высоких ампутаций были атеросклероз-57%, осложнения диабетической стопы- 26%, атеросклероз в сочетании с СД - 8%,гноино-некротические поражения нижних конечностей - 7%, отморожения - 2%.В предоперационном периоде больным проводилось клиническое обследование,выполнялись клинико-биохимические анализы, ангиография, дуплексное сканирование, КТ АГ.Часть больных была оперирована сосудистыми хирургами и рентгенхирургами. Ампутаций на уровне бедра выполнено у 760 больных, на уровне голени - у 300 больных.Послеоперационные осложнения наблюдались у 56.5%, летальность составила 17.7%. Результаты.Анализ показал, что рационально выделить 6 клинических групп, которые имеют особенности в тактике хирургического лечения, отличаются по уровню летальности. Это больные с первичной ампутацией,реампутацией, ампутацией при ОАН, ампутацией единственной нижней конечности, ампутацией обеих ног, экзартикуляцией в тазобедренном суставе. Наш опыт показал, что стратегическими вопросами в ампутационной хирургии являются:1) определить показания к высокой ампутации,2) обосновать показания к ампутации голени или бедра,3)адекватное послеоперационное лечение.

Выводы. Факторами,приводящими к уменьшению летальности могут быть - сокращение сроков предоперационного периода у больных с ОАН, расширение показаний на уровне голени, рациональное лечение сердечно-сосудистой недостаточности.



38. ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ С ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИЕЙ ПРИ АБСЦЕССАХ БРОДИ

*Пантелеев В.С.(1;2), Заварухин В.А.(1),
Дорофеев В.Д.(1)*

Уфа

1)ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова2)ФГБОУ ВО
Башкирский государственный медицинский
университет

Обоснование и цель – улучшить результаты лечения больных с абсцессами Броди путем мини-инвазивного хирургического вмешательства и лазерной вапоризации гнойного очага. Материал и методы Под нашим наблюдением в период 2006-2016 годы находилось на лечении 17 пациентов с абсцессом Броди. У 11 больных гнойный очаг локализовался в большеберцовой кости; у 3 – в лонной кости; у 2 – в бедренной, и у 1 в плечевой кости. Размеры гнойников составили от 1,5 до 5,0 см в диаметре. Диагноз устанавливался на основании клиники заболевания, рентгеновских снимков и компьютерной томографии (КТ). Все больные были оперированы по разработанной нами методике оперативного вмешательства под различными видами регионарной анестезии. После того, как больной укладывался на стол компьютерного томографа, производилась пункция гнойного очага толстой хирургической иглой под КТ наведением, а полученный при этом гной аспирировался. Затем проводилось повторное КТ исследование зоны пункции с целью уточнения места нахождения иглы внутри полости, и если требовалось, то производилась коррекция ее установки. После этого через установленную иглу в гнойную полость подводился световод для доставки лазерного излучения генерируемого полупроводниковым лазером мощностью 5-10 Вт в непрерывном режиме с экспозицией 2-4 минуты. При лазерировании иглу со световодом плавно наклоняли в разных направлениях для максимально возможной обработки поверхности гнойной полости изнутри. Закончив лазерную обработку полости гнойника световод из нее удалялся, а установленная игла оставлялась еще на 2-3 суток для промывания полости растворами антисептиков, и после чего тоже удалялась. Результаты Из 17 прооперированных пациентов у 12(71%) больных удалось добиться радикального излечения за одно оперативное вмешательство. У остальных 5(29%) пролеченных пришлось прибегнуть к повторной операции из широкого доступа в связи рецидивом заболевания в различные сроки после лазерной вапоризации.

Заключение. Пункционно-дренирующие операции с лазерной вапоризацией при абсцессах Броди показали свою высокую эффективность. Однако на наш взгляд эти операции должны иметь ограничения, а именно размеры гнойной полости не должны превышать более 3,0 см в диаметре.

39. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Хасанов А.Г., Бакиров С.Х., Бадретдинов А.Ф.,
Шамсиев Р.Э., Бадретдинова Ю. А*

Уфа

г. Уфа, БГМУ, кафедра хирургических болезней,
ГБУЗ РБ ГКБ №8

Абдоминальные повреждения продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем в хирургии, травматологии и реаниматологии. Основопологающим моментом успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями паренхиматозных органов является рациональное использование набора диагностических исследований, для выработки четких показаний к определенному виду оперативного пособия. Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения больных с повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости. Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 60 больных, которые находились на лечении в 1-м хирургическом отделении МБУЗ ГКБ № 8 г. Уфы за период с 2010 по 2015 г. Из данной категории больных, у 11 (18,3%) имелись сочетанные травмы торакоабдоминального характера. По характеру повреждения криминальными явились 52 (86,6%), бытовые 3 (5%), автодорожные 5 (8,3%) случаев. Объем кровопотери определяли по формуле Моого и с помощью шокового индекса Альговера. Анализ определения тяжести состояния больного, объема и скорости кровотечения позволил нам получить алгоритмы диагностики и хирургической тактики. При повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости при легкой, средней и тяжелой степени кровопотери применялась следующая тактика: 1. рациональное использование набора диагностических исследований с целью диагностики доминирующего повреждения, объема кровопотери и скорости кровопотери, что позволяет в кратчайшие сроки выработать четкие показания к определенному виду оперативного пособия. 2. Показания к экс-



тренной первичной видео лапароскопии с возможным переходом на широкую лапаротомию, при проникающих ранениях живота, закрытая травма живота при потере крови до 20% ОЦК. 3. Показанием к лапаротомии служит обнаружение при ЛПС разможжение паренхиматозных органов. 4. При легкой и средней тяжести состояния предпочтительнее следует отдавать лечебной ЛПС с органосохраняющими оперативными вмешательствами. 5. При тяжелой степени состояния больного показана традиционная лапаротомия.

40. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Хасанов А.Г., Бакиров С.Х., Журавлев И.А., Шамсиев Р.Э., Бадретдинов А.Ф.,

Уфа

г. Уфа, БГМУ, кафедра хирургических болезней,
ГБУЗ РБ ГKB №8

Актуальность: Сочетание беременности острым аппендицитом является одним из самых сложных пограничных акушерско-хирургических вопросов. Лечение аппендицита у беременных включает две проблемы: хирургическую и акушерскую. Более чем в 50% наблюдений аппендицита у беременных допускается диагностическая ошибка, непрофильная госпитализация больных. В связи с трудностями клинической диагностики острого аппендицита, у каждой третьей беременной аппендэктомия выполняется более чем через сутки от начала заболевания. По данным Рихтера и Грабнера в 2/3 случаев при ранней беременности производится напрасная аппендэктомия. Летальность при остром аппендиците у беременных в 10 и более раз выше, чем вне беременности, и составляет 2,5-3,0%. В послеоперационном периоде отмечается значительное число случаев преждевременного прерывания беременности, которое доходит до 14-28%. О целесообразности применения лапароскопической диагностики при беременности однозначного мнения нет.

Материалы и методы: За 2010-2015 г.г. в хирургические отделения МБУЗ ГKB №8 г. Уфы с диагнозом острого аппендицита было доставлено 67 беременных. Средний возраст пациенток - 24 ± 6,7 лет. При клинко-лабораторном исследовании и динамическом наблюдении у 27 из них диагноз аппендицита не подтвердился. У 4 оказалась внематочная беременность, у 16 - псевдоаппендикулярный синдром первого триместра беременности, а у остальных угроза прерывания беременности. Диагностическая лапароскопия проведена -10 бере-

менным у которых клинические проявления и результаты УЗИ были сомнительны. В 4 случаях при диагностической лапароскопии острый аппендицит исключен, выявлен псевдоаппендикулярный синдром. Из них оперированы 40 пациенток, в 34 случаях с использованием традиционного доступа по Волковичу-Дьяконову, в 6 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия при первой половине беременности. У 8 женщин при поздних сроках беременности выполнены кесарево сечение в нижнем сегменте и аппендэктомия из срединного доступа. При гистологическом исследовании у 26 выявлен острый аппендицит, а у 14 – по типу обострения хронического процесса. Послеоперационный период у всех оперированных протекал без осложнений. У 25 (78,1%) женщин оперированных в первой половине беременности по поводу острого аппендицита беременность завершились срочными родами, у 7- наблюдались преждевременные роды при 35-37 недель беременности. При совместном анализе этих случаев с акушер-гинекологом установлено, что причиной преждевременных родов явились неустранимая рубцовая деформация шейки матки и истмико-цервикальная недостаточность.

Выводы: Беременность в случаях развития острой хирургической патологии не является противопоказанием для видеолапароскопических вмешательств. Показаниями для диагностической лапароскопии являются случаи, когда исключить острый аппендицит клиническими, лабораторными и УЗ-методами не представляется возможным в течение 2-4 часов. Осложнений связанных с выполнением видеолапароскопии со стороны матери и плода не наблюдались.

41. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ДИАСТАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Синенченко Г.И., Перегудов С.И., Пирогов А.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М.
Кирова

Осложнённые формы колоректального рака среди впервые выявленных больных достигают 70-90%. Наибольшие дифференциально-диагностические трудности вызывают диастатические разрывы толстой кишки, которые возникают примерно у 4% таких пациентов.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений и способов диагностики диастатических разрывов толстой кишки на фоне острой толстокишечной



непроходимости опухолевого генеза. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 таких больных, что составило 10% от всех пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью, находившихся на лечении в клинике с 2000 по 2003 годы. Самой молодой пациентке было 50 лет, самому старому – 92 года. Длительность заболевания составляла от 1,5 часов до 27 суток. Болевой синдром чаще всего был локальным, интенсивность его сильно варьировала от слабых ноющих до «кинжальных» болей. Схваткообразный характер боли имели лишь у 6 больных. У большинства (16) пациентов наблюдалась тошнота, у 13 – неоднократная рвота. Задержка стула до 8 суток наблюдалась у 11 больных, практически у всех перестали отходить газы. Общее состояние большинства пациентов было среднетяжелым, у 9 – тяжелым и у 5 – расценивалось дежурным хирургом как удовлетворительное. Тахикардия отмечалась у 20 (до 120 в минуту), брадикардия – у одной больной. Гипотония (САД \leq 90 мм рт.ст.) при поступлении была у 2, гипертония – у 10 пациентов. При обследовании вздутие живота наблюдалось у 19, в том числе асимметричное – у 2. У 18 больных отмечалась болезненность во всех отделах живота, у 9 – перитонеальные симптомы, у 8 – шум плеска. На обзорной рентгенограмме живота уровни жидкости констатированы у 19, свободный газ в брюшной полости – у 7 пациентов. При УЗИ у 6 больных обнаружена свободная жидкость в брюшной полости. Для дифференциальной диагностики с прободной язвой 4 пациентам выполнена ФГДС. Диагнозы, которые послужили основанием для операции, были следующими: перитонит (13 случаев), острая кишечная непроходимость (12 случаев), перфорация полого органа (7 случаев), перфоративная язва (3 случая), острый аппендицит и ущемленная паховая грыжа (по 1 случаю). Таким образом, диагностика диастатических разрывов толстой кишки на фоне опухолевой толстокишечной непроходимости представляет значительные трудности, так как отсутствуют какие-либо патогномичные симптомы этого осложнения. Заподозрить перфорацию толстой кишки при клинических признаках илеуса позволяют появление резких локальных болей в животе, перитонеальных симптомов и наличие свободного газа в брюшной полости на рентгенограмме.

42. ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ И РАБОТЫ НАЦИОНАЛЬНЫХ РЕГИСТРОВ

Ахметов АД (1), Кащенко ВА (2), Лодыгин АВ (1), Желнинов МГ (1)

Санкт-Петербург

1. НУЗ Дорожная Клиническая Больница ОАО РЖД2. СПбГУ, кафедра факультетской хирургии.

Среди методов доказательной медицины, которые повсеместно используются в научно-практических целях и в разработке национальных клинических рекомендаций, самые эффективными считаются рандомизированные клинические исследования. Мета-анализ и систематический обзор также обладают должной эффективностью, хотя и имеют положительные и отрицательные стороны использования, обобщение данных возможно только при наличии достаточного количества РКИ. Проспективные клинические исследования изучают подчас малое количество переменных, требуют дорогостоящего финансирования, обладают малой мощностью и малым промежутком наблюдения. Одной из альтернатив является использование специализированных регистров. Это могут быть как национальные регистры, входящие в состав единой системы контроля качества (на примере кластера медрегистров в Дании, Швеции, Австралии), так международные регистры, охватывающие несколько регионов и стран. В статистическом плане реестры и РКИ находятся в разных плоскостях. Трудно провести корректное сравнение этих двух методов исследований. Очевидно, что существенное влияние на исход лечения обладает время наблюдения. Регистр позволяет реализовать наблюдение в течении длительного времени, нет ограничения в количестве пациентов, в реестр включаются все группы населения, с учетом всех возможных переменных (заданных разработчиками реестра). Проведенные исследования после обработки данных реестров доказали, что развитие, например, осложнений и рецидивов встречается чаще, чем ожидалось изначально при изучении отдаленных результатов в большой выборке пациентов. В настоящее время отмечается повышенный интерес со стороны различных сообществ к развитию подобных систем регистраций. Существуют национальные регистры — когда осуществляется централизованный сбор информации в рутинном виде в пределах страны, учитывая все нюансы и тонкости лечения пациентов. Международные реестры более универсальны, ввиду необходимости преодоления ряда барьеров, для унификации данных. Реализация поставленных



задач в реестре осуществляется применением мультицентрового подхода, хотя выборки могут являться не сопоставимыми из-за большой географии сбора информации, разных хирургических школ и используемых методик. Анализ результатов работ различных направлений хирургии диктует необходимость внедрения в практику национальных реестров. В настоящее время активно используется реестр бариатрических операций, герниологический реестр, реестр больных с МКБ и др. Имеется ряд спорных вопросов, проблем, связанных с необходимостью внедрения того или иного регистра, определения задач и методологии генерации реестра, форм и вариантов отчетности. Немаловажна роль государственных структур в развитии, популяризации, контроля и финансирования данных типов статистической обработки массивов информации.

43. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ НАГНОЕНИЕМ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Сергацкий К.И.

Пенза

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт, кафедра «Хирургия»

Цель исследования: провести анализ результатов лечения пациентов с нагноительными процессами параректальной клетчатки на фоне рака прямой кишки за 2012-2014 гг. Материал и методы. Всего под наблюдением было 18 случаев нагноительных заболеваний параректальной клетчатки на фоне опухолевого процесса прямой кишки. В 9 (50%) случаях больные поступали за период наблюдения неоднократно: 3 пациента поступали дважды, а 1 больной – трижды. Распределение больных по стадиям рака было следующим: 10 больных (55,6%) имели третью стадию заболевания, 8 (44,4%) – четвертую. Хирургические вмешательства всегда выполняли в экстренном порядке. Антибактериальную терапию начинали периаперационно. Операции проводили под общим обезболиванием: выполняли широкое вскрытие параректального абсцесса (флегмоны промежности), что позволяло провести адекватную ревизию с оценкой объема пораженных тканей. Заканчивали хирургическое вмешательство обильным промыванием раны растворами антисептиков, дренированием. В послеоперационном периоде

- каждодневные перевязки (нередко с участием анестезиолога), во время которых санировали раневую поверхность, выполняли промывание полости по дренажам. При выявлении дополнительных глубоких не дренируемых затеков, выполняли повторные оперативные вмешательства.

Результаты. В 12 (66,7%) случаях пациентам понадобилось одно оперативное вмешательство. В 6 (33,3%) случаях выполнено 2 хирургических вмешательства. В 2 случаях кроме операций, направленных на вскрытие и санацию параректального гнояника (флегмоны промежности), через 3-4 суток выполнено наложение петлевой сигмостомы, учитывая нарастающую острую обтурационную непроходимость. Летальных исходов зафиксировано не было.

Вывод. При лечении пациентов с нагноительными процессами параректальной клетчатки на фоне злокачественных опухолей прямой кишки, нужно учитывать, что выполненная санационная операция позволяет временно купировать гнойный процесс, но не избавляет от основного заболевания. Новая атака воспаления в параректальной клетчатке зачастую повторяется. Поэтому целесообразно рассмотреть вопрос о выполнении таким пациентам санитарных резекционных операций, направленных на ликвидацию первичной злокачественной опухоли, что предотвратит рецидивы воспаления в параректальной клетчатке.

44. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТАНОВКИ РЕЦИДИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПО ЛИНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

Пантелеев В.С.(1;2), Погорелова М.П. (1), Зарипов Ш.А.(2)

Уфа

1) ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова 2) ФГБОУ ВО Башкирский Государственный Медицинский Университет

Обоснование и цель – изучить причины и улучшить результаты лечения больных с рецидивными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта по линии санитарной авиации.

Материал и методы. В период с 2011 по 2016 годы врачами эндоскопистами и абдоминальными хирургами Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова г. Уфа выполнено 338 выездов и вылетов в Центральные районные больницы (ЦРБ) Республики Башкортостан к больным с различными кровотечениями из верхних отделов



желудочно-кишечного тракта. Из всех 338 случаев - 168 (50%) были пациенты с рецидивными кровотечениями. Основными причинами кровотечений были: варикозно-расширенные вены (ВРВ) пищевода – 73; ВРВ желудка – 5; язвенная болезнь желудка – 38; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 26; синдром Меллори-Вейса – 17; синдром Дъелафуа – 9. При кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка врачами ЦРБ устанавливался зонд Блэкмора, при удалении которого возникал рецидив кровотечения, в связи с чем эндоскопистами санитарной авиации проводилось эндолигирование расширенных вен с остановкой кровотечения, а после стабилизации состояния больного он направлялся на дообследование и лечение в Республиканский центр хирургической гепатологии. Основной причиной рецидивных кровотечений из язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки было несоблюдение клинических протоколов лечения и как следствие этого неполноценная патогенетическая лекарственная терапия. Во всех случаях рецидивных язвенных кровотечений эндоскопистами санитарной авиации производилась эндоскопическая остановка кровотечений (обкалывание адреналином; электрокоагуляция; наложение клипсы) с обязательной коррекцией лекарственной терапии, восполнением кровопотери и наблюдением больного абдоминальным борт-хирургом. При возобновлении кровотечения производилась экстренная операция. Синдромы Меллори-Вейса и Дъелафуа, сопровождающиеся кровотечением во всех случаях не диагностировались врачами на местном уровне из-за отсутствия опыта в диагностике и лечения этих заболеваний. Результаты Из 78 больных с рецидивными кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка устойчивого гемостаза удалось добиться в 67 (86%) случаях. В остальных же 11 (14%) случаях отмечались повторные кровотечения, связанные либо с отхождением эндолигатур, либо возникновением кровотечения из рядом расположенных и не лигированных ВРВ. Это осложнение заставило выполнять повторные выезды к этим больным с дополнительным эндолигированием ВРВ. Из 11 пациентов у 8 удалось достигнуть повторного гемостаза, а у 3 прибегнуть к оперативному вмешательству с прошиванием ВРВ. У 64 пациентов с язвенными кровотечениями повторная эндоскопическая остановка кровотечения с назначением адекватной лекарственной терапии позволили добиться устойчивого гемостаза в 56 (88%) случаях. В остальных 8 (12%) пришлось прибегнуть к экстренному оперативному вмешательству. Заключение При возникновении кровотечений из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка в ЦРБ следует сразу же устанавливать зонд Блэкмора, начинать симптоматическую терапию и безотлагательно вызывать на себя вра-

ча-эндоскописта по линии санитарной авиации владеющего техникой эндолигирования. Эндолигатуры следует накладывать таким образом, чтобы не оставалось участков, не спавшихся и набухших ВРВ, из которых в последующем возможно кровотечение. При рецидивах язвенных кровотечений следует проводить повторный эндоскопический гемостаз с оценкой язвенного субстрата и исключением других источников кровотечения с привлечением более опытного врача-эндоскописта по линии санитарной авиации и обязательным назначением адекватной, патогенетической, полноценной лекарственной терапии.

45. ЛОБЭКТОМИИ С ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ.

Агафонов Иван Александрович, Воронов Алексей Андреевич, Конюхов Игорь Александрович, Исайчиков Дмитрий Михайлович

Владимир

ГБУЗ ВО «Областной клинический онкологический диспансер» г. Владимир, Россия.

Актуальность. Фундаментальные экспериментальные исследования по бронхо- и ангиопластическим лобэктомиям проведены в 50-х годах XX века под руководством Б.В. Петровского и М.И. Перельмана. Было выполнено 40 экспериментов на 38 взрослых собаках. Была показана принципиальная возможность выполнения бронхо- и ангиопластических лобэктомий, установлено, что циркулярная резекция легочной артерии не ухудшает течения процессов репарации в области бронхиального анастомоза. Первая ангиопластика у человека при раке легкого выполнена в 1952 г. (P.R. Allison). В 60е- 70е года- первый опыт циркулярной резекции ЛА (М.И. Перельман, Tomas, Gundersen). В настоящее время накоплен значительный мировой опыт. Самый большой опыт циркулярных резекций ЛА в РФ у краснодарской школы (Порханов В.А.): на 2014г.- 43 операции. Появляются сообщения о VATS или робот- ассистированных операциях. Послеоперационные осложнения встречаются в 13- 39% и сопоставимы по частоте с таковыми после пневмонэктомий. Среди них: тромбоз анастомоза, ТЭЛА, послеоперационное кровотечение, пневмония, бронхит. Показатели пятилетней выживаемости в группе органосохраняющих ангиопластических операций на 10- 15% выше, чем в группе пневмонэктомий и достигают до 87%. Эти преимущества стимулируют хирургов к освоению



данной методики. Материалы и методы. В 2016г. на базе Владимирского областного клинического онкологического диспансера выполнено две верхних лобэктомии слева с циркулярной резекцией легочной артерии двоим мужчинам 62 и 59 лет. Структура по нозологии. 1) Периферический рак верхней доли левого легкого с централизацией и вращением в дугу левой легочной артерии, метастазом в ту же долю, T3N0M0, IIb st. Гистологически умереннодифференцированная аденокарцинома (EGFR-, ALK-). 2) Центральный рак верхнедолевого бронха слева с вращением в дугу левой легочной артерии, T2aN0M0, Ib st. Гистологически мелко-клеточный рак. В положении на боку выполнялась боковая торакотомия слева. Мобилизация структур корня легкого по общепринятым правилам. N. vagus брался на держалку. На нижнюю легочную вену накладывался турникет. Пересекалась верхняя легочная вена. Выделялась легочная артерия в аортальном окне и в междолевой щели с мобилизацией её задней стенки. Вращение опухоли в ЛА в обоих случаях было на протяжении от переднего ствола до язычковых артерий, данные структуры не дифференцировались. Верхнедолевой бронх пересекался у устья. Внутривенно вводилось 5000ЕД Гепарина. На проксимальный конец ЛА накладывался зажим Сатинского, нижняя легочная вена временно пережималась турникетом. Выполнялась циркулярная резекция ЛА на протяжении 2 см. Препарат удалялся. Накладывался циркулярный сосудистый анастомоз конец в конец между отрезками ЛА непрерывным швом нитью Prolen 5/0. Разница диаметров отрезков артерии компенсировалась разными расстояниями между стежками нити на проксимальном и дистальном конце. Выявленные дефекты в анастомозе после снятия зажима Сатинского дополнительно прошивались. Между культей верхнедолевого бронха и анастомозом прокладывалась пластина Тахо-комб. Медиастинальная лимфодиссекция в объеме D2 (#5, #6, #7, #8, #9 IASLC 2009). Дренирование плевральной полости двумя дренажами. Результаты. Летальных исходов не было. Время операций составило 4.5 и 3.0 часов. Ни в одном случае значимого натяжения сосудистого анастомоза не было. В первом случае после наложения сосудистого анастомоза возник перегиб нижнедолевого бронха ниже культи верхнедолевого бронха под действием тяги укороченной легочной артерии. При этом ретроспективно замечено, что при накладывании аппарата УБ 40 на верхнедолевой бронх осуществлялась слишком большая тракция за верхнюю долю, что привело к деформации остающегося бронхиального дерева. Попытки расправить легкое, даже с помощью ФБС безуспешны, нижняя доля оставлена в ателектазе. Частично расправить левое легкое удалось на фоне про-

граммных бронхосанаций, попыток стентирования НДБ к 1му месяцу после операции. В дальнейшем происходила самостоятельная реканализация просветов ЛНДБ, разрешение ателектаза. Течение ближайшего п/о периода имело свои отличия от п/о периода после обычной лобэктомии. В обоих случаях возник гнойный эндобронхит и пневмонит оставленной доли, который проявлялся в виде рентгенологического феномена выраженной тканевой реакции. Для разрешения данных осложнений требовались повторные бронхосанации. Время наложения сосудистого анастомоза в наших случаях составило 45 и 30 минут. Сложности наложения сосудистого анастомоза на артерии эластического типа заключаются в прорезывании нитей при их затягивании, что требует дополнительного прошивания кровоточащих мест. Кровопотеря составила 600 и 300мл. В настоящее время оба пациента чувствуют себя удовлетворительно, подлежат адьювантному спец. лечению. Течение отдаленного п/о периода не отличается от такового при выполнении обычной лобэктомии. Выводы. Лобэктомия с циркулярной резекцией легочной артерии- органосохраняющая альтернатива пневмонэктомии. Качество жизни, а также выживаемость пациентов после ангиопластических лобэктомий выше, чем после пневмонэктомий, радикальность же этих операций сопоставима, что позволяет рекомендовать ангиопластическую лобэктомию в широкую клиническую практику. Из нашего скромного опыта можно сформулировать некоторые выводы, которые могут помочь заинтересованным этой проблемой хирургам. 1) Известно, что питание легочной ткани и бронхов преимущественно осуществляется через систему бронхиальных артерий. При этом отток венозной крови на 70% осуществляется в легочные вены и лишь на 30% в систему бронхиальных вен. Таким образом, при пережатии легочной артерии и вены происходит нарушение кровотока по питающим легкие сосудам, преимущественно за счет нарушения оттока. Поэтому при циркулярной резекции ЛА неизбежно возникает ишемия легочной и бронхиальной ткани, и её степень зависит от времени наложения сосудистого анастомоза. Послеоперационные осложнения в виде гнойного эндобронхита и пневмонита, по всей видимости, имели ишемический характер. Их можно было избежать путем минимизации времени наложения анастомоза, что требует тренировок хирурга. 2) При наложении аппарата на верхнедолевой бронх следует избегать избыточной тракции за верхнюю долю. По нашему мнению, именно избыточная тракция в первом клиническом случае привела к слишком проксимальному наложению аппарата на ЛВДБ, что явилось причиной деформации остающегося бронхиального дерева и перегиба ниж-



недолевого бронха под действием тяги укороченной легочной артерии с последующим развитием ателектаза доли. 3) При протяженных резекциях легочной артерии (2см. и более) и возникновении угрозы перегиба бронха или натяжения сосудистого анастомоза следует воспользоваться сосудистой вставкой или дополнительно выполнить циркулярную резекцию бронха (double sleeve resection).

46. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Демьянов Алексей Владимирович

Тамбов

«Тамбовский государственный университет имени Г.Р.Державина» Медицинский институт

В настоящее время рак толстой кишки (РТК) занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости. Наиболее часто РТК выявляется у лиц старше 50 лет, но все чаще эту патологию стали диагностировать в молодом возрасте, особенно его семейные и наследственные формы. Около 50% плановых операций, а еще больше экстренных вмешательств при РТК завершаются формированием колостом на передней брюшной стенке. Неполная социальная реабилитация пациентов с колостомами заставляют хирургов искать и совершенствовать новые подходы к одномоментным или реконструктивным операциям по восстановлению целостности кишечного тракта. Основным условием успешного лечения РТК с первичным анастомозированием является адекватная предоперационная подготовка, всех органов и систем, а самое главное подготовка толстой кишки. Важность изучения новых методов подготовки толстой кишки в лечении РТК и определяет актуальность работы.

Цель исследования: изучение методов подготовки толстой кишки к операции, улучшение результатов лечения РТК и поиски путей их совершенствования. Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ литературы, научных разработок, посвященных различным методам подготовки толстой кишки к проведению операций. Результаты исследований и лечения указывают, что в толстой кишке имеется аэробная и анаэробная микрофлора, представленная сапрофитирующими условно-патогенными, а при воспалениях и патогенными видами бактерий.

Всегда существует реальная опасность внутри- и внебрюшных гнойно-септических осложнений. Тщательная подготовка толстой кишки к операции позволяет снизить ее микробную обсемененность и провести расширенные радикальные операции по основному заболеванию, снизить количество инвалидизирующих вмешательств с наложением колостом на передней брюшной стенке. С целью подготовки толстой кишки к операции в настоящее время применяют следующие методы: 1. Многокомпонентная подготовка, включающая малошлаковую диету, прием слабительных и постановка очистительных клизм; 2. Элементы диеты; 3. Общее промывание желудочно-кишечного тракта (кишечный лаваж) с помощью различных препаратов: а) солевых растворов электролитов; б) раствора маннитола; в) препаратов водорастворимых полимеров; г) комплексных растворов полимеров и электролитов. 4. Местная подготовка толстой кишки. Элементы диеты показаны у пациентов с частичной тонко- и толстокишечной непроходимостью, кишечным кровотечением, инфильтратами, перианальными и колостомическими осложнениями. Подготовка основывается еще и на следующих принципах: 1. Оценка общего состояния больных, особенности клинического течения болезни и коррекция метаболических нарушений с учетом выявленной патологии; 2. Психологическая подготовка пациентов к операции; 3. Непосредственная подготовка толстой кишки к операции и у лиц перенесших ранее операции с сформированными колостомами производится подготовка отключенных и приводящих отделов кишечника. Использование традиционных методов подготовки толстой кишки путем постановки очистительных клизм и приема слабительных, лишь в 29-37% - позволяют достигнуть полного опорожнения кишки от каловых масс, в 34-38% - остаются промывные воды и кишечное содержимое. Кроме того, слабительные средства и очистительные клизмы могут усугубить волевические нарушения у ослабленных больных при осложненных формах РТК. Применение касторового масла может привести к диастатической перфорации стенки кишки над опухолью. Перспективным направлением является метод общего промывания желудочно-кишечного тракта (кишечный лаваж). Преимущество его заключается в значительном уменьшении видового и количественного состава микрофлоры толстой кишки, укорочении периода подготовки, в большом удобстве для больных и медицинского персонала. Способ основан на использовании раствора электролитов в концентрации изотонического (физиологического) раствора. Применяемый состав в практике для лаважа включает: NaCl - 7,0 г, KCl - 0,75 г, NaHCO₃ - 3 г, дистиллированная вода - 1 л. Раствор вводится в желудок через назогастраль-



ный зонд в течение 2—3 ч со скоростью 75 мл в 1 мин. до появления чистых промывных вод из прямой кишки или колостомы. Требуемый объем раствора для промывания - 9-12 л. При ощущении переполнения желудка вливание следует временно прекратить. Через 15-20 мин. после начала процедуры подкожное введение 2 мл метоклопрамида (церукал) для уменьшения рвотного рефлекса. В процессе лаважа происходит механическое вымывание микрофлоры кишечника. Число облигатных анаэробов уменьшается более чем в 7 раз. Факультативно-анаэробные микроорганизмы вымываются более интенсивно; их число снижается более чем в 10000 раз, число анаэробов в 2 раза меньше по сравнению с дооперационным периодом, количества факультативных анаэробов - более чем в 70 раз. Применение лаважа с раствором маннитола приводит к полному удалению каловых масс в 57-72% случаев, но он является хорошей питательной средой для микрофлоры и увеличивает ее количество после подготовки в 1,7 раза, с образованием избыточного газа с содержанием сероводорода. Использование водных растворов полиэтиленоксида (ПЭО-400, ПЭО-1500) ввиду неудовлетворительных органолептических качеств вязкого раствора вызывает тошноту и рвоту. Эти методы в настоящее время не нашли широкого признания в практике. Наиболее универсальным методом подготовки кишки следует считать использование растворов на основе комплексных препаратов полиэтиленгликоля (ПЭГ) молекулярной массой 3000-5000 и электролитов. Концентрация ПЭГ в водном растворе 5-6% сохраняет качество полимера удерживать от всасывания объем воды в кишечнике, а водно-электролитный баланс и компенсация потерь ионов с кишечным секретом полностью корректируется с введением электролитов с осмотическим давлением изотонического раствора (NaCl, KCl, NaHCO₃, KHCO₃, Na₂SO₄, Mg₂SO₄). Питание не ограничено до операции, дополнительных клизм не требуется. Препарат в объеме 2-4 л пациент принимает самостоятельно по 200 мл через 20 мин. С этой целью применяют препараты «Golytely», «Nulytely» фирмы «Brantree Laboratories» (США), препарат «Fortrans» фирмы «Beaufour Ipsen» (Франция) и др. Данным методом удается в 92% случаях добиться полной очистки толстой кишки от содержимого и вымыванием условно-патогенных микроорганизмов с быстрым восстановлением нормальной микрофлоры кишки. Основным противопоказанием к проведению кишечного лаважа являются: кишечная непроходимость, подозрение на перфорацию полого органа, кишечное или внутрибрюшное кровотечение, токсическая дилатация толстой кишки, недостаточность кровоснабжения 3-4 степени.

Выводы: 1. Подготовка толстой кишки к операции

при РТК носит комплексный характер и включает оценку общего состояния пациентов, особенности клинического течения болезни, выраженность метаболических нарушений; 2. Подготовка толстой кишки методом кишечного лаважа значительно снижает патогенную микрофлору в кишечнике, позволяет завершить радикальные операции с первичным анастомозированием кишки, а также проведение реконструктивно-восстановительных операций у лиц ранее оперированных с наложением холостом на передней брюшной стенке; 3. Кишечный лаваж следует рассматривать, как один из альтернативных эффективных методов подготовки толстой кишки к операции, как метод профилактики осложнений и улучшения лечения РТК, но он еще нуждается в поисках усовершенствования методики.

47. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Хасанов А.Г., Бакиров С.Х., Шамсиев Р.Э.,
Бадретдинов А.Ф.*

Уфа

г. Уфа, БГМУ, кафедра хирургических болезней,
ГБУЗ РБ ГКБ №8

Острый панкреатит в настоящее время занимает третье место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости после острого аппендицита и холецистита. В 15-20% наблюдений острый панкреатит носит деструктивный характер. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании патогенетически обоснованной интенсивной терапии, антибиотикотерапии и хирургического лечения, общая летальность при тяжелом панкреатите на протяжении последних 40 лет сохраняется на одном уровне. Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом с использованием миниинвазивных хирургических технологий на основе дифференцированного выбора лечебной тактики в зависимости от стадии и формы патологического процесса в поджелудочной железе (ПЖ). Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 128 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1- и 2-м хирургических отделениях ГКБ№ 8 г. Уфы с 2011 по 2015 г. из, них 53 больных оперированы с применением миниинвазивных технологий. При оперативном лечении были поставлены следующие задачи: 1. подтверждение диагноза острого панкреатита. 2. выявление признаков тяжёлого панкреатита. 3. лечебная



тактика. Лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости выполнены 27(77,1%) пациентам при стерильном и 15 (83,0%) при инфицированном. Лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с наложением холецистомы – у 2 (5,8%) при стерильном и у 3 (20%) при инфицированном панкреонекрозе. Позволяет существенно улучшить результаты хирургического лечения острого панкреатита, за счет уменьшения степени инфицирования стерильных некрозов поджелудочной железы, уменьшения транслокации микроорганизмов из кишечника в брюшную полость и забрюшинное клетчаточное пространство. Выводы: Любая операция при подозрении на острый панкреатит при отсутствии общих противопоказаний должна начинаться с диагностической лапароскопии, которая при подтверждении диагноза может перейти в лечебную. Видеолапароскопия позволяет не только диагностировать послеоперационные осложнения, но и в большинстве случаев выполнить адекватное хирургическое вмешательство. Эндовидеохирургический и традиционный способы оперирования должны взаимно дополняться и не конкурировать.

48. ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ВИДОВ НАВИГАЦИИ ДЛЯ ПУНКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Эктов В.Н.(2), Куркин А.В.(1-2), Лаблюк П.Ф.(1), Соколов А.Н.(1), Мельников Ю.Ю.(1)

Воронеж

1)БУЗ ВО ВОКБ №1,2)ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Пункционные методики, применяемые в хирургии в последние десятилетия, стали новым этапом инвазивной диагностики заболеваний внутренних органов. Пункционная биопсия очаговых образований практически любого органа брюшной полости, забрюшинного пространства, мягких тканей, органов грудной клетки позволяет верифицировать онкологический диагноз с минимальным для больного риском осложнений. Вместе с тем, пункционные методы успешно используются в лечебных целях: для дренирования жидкостных образований или энергетического воздействия на патологический очаг, как этапный или окончательный метод хирургической помощи. Для контроля траектории пункционного доступа применяются различные виды навигации: ультразвуковой, флюороскопический, рентгенотомографический, эндосонографический, которые имеют свои пока-

зания и противопоказания. В 2013-2016 гг. в Воронежской ОКБ №1 выполнено следующее количество пункционных манипуляций с ультразвуковой навигацией: биопсий и лечебно-диагностический пункций – 2538, дренирования жидкостных образований внутренних органов – 1316, интраоперационных ультразвуковых исследований – 1352, холецистохолангиостомий - 1011, эндобилиарных стентирующих манипуляций – 293, радиочастотных абляций очаговых новообразований - 66. Пункционные биопсии и РЧА очагов органов живота, легких и костной ткани под контролем РКТГ выполнены в 212 случаях. Особая актуальность отмечена при использовании пункционных методов при механической желтухе. Дренирующие операции на желчевыводящей системе явились как самостоятельными манипуляциями при инкурабельности опухолевых больных, так и применялись в качестве первого этапа хирургического лечения больных с билиарными блоками. Выбор способа дренирования зависел от уровня препятствия желчеотведению и от наличия или отсутствия желчного пузыря. Подавляющее большинство манипуляций произведено под местной анестезией. Мы выполняли одномоментную чрескожную чреспеченочную холецистостомию или холангиостомию (как правой, так и левой долей печени) по Сельдингеру. Для холецистостомии использовались троакар-катетеры “Pig-tail” с лесочным фиксатором, холангиостомия производилась дренажами 7-10 Fr “Pig-tail” различной конфигурации. Применение дренирующих манипуляций на желчных путях под контролем УЗИ в 98% случаев позволило купировать явления механической желтухи и печеночной недостаточности, подготовить больных к радикальной или паллиативной операции внутреннего желчеотведения и значительно снизить летальность при данной патологии. Поздняя обращаемость пациентов со злокачественными новообразованиями билиопанкреатодуоденальной зоны, распространенность процесса, пожилой возраст и тяжелая сопутствующая патология в большинстве случаев диктовали невозможность радикального хирургического лечения. По данным разных авторов, только у 10-15 % этих пациентов возможны радикальные операции, после которых 5-летний срок переживания отмечен не более чем в 30-40% случаев. При этом ни ближайшие, ни отдаленные результаты открытых паллиативных вмешательств не могут удовлетворить хирургов. В связи с этим у опухолевых больных приобрели значение малоинвазивные методы восстановления естественного пассажа желчи с помощью эндобилиарного протезирования. Существуют различные типы эндобилиарных протезов (стентов):

- Наружно-внутренние пластиковые дренажи, проведенные через холангиостому, опухолевое



препятствие и большой дуоденальный сосок в двенадцатиперстную кишку. Подобные устройства осуществляют естественный пассаж желчи. При этом над кожей остается наружный заглушенный конец дренажа, причиняющий определенные неудобства больному. Однако внешняя часть дренажа обеспечивает возможность ухода за ним, его замены и выполнения повторных контрастных исследований. •Внутренние «скрытые» пластиковые стенты обеспечивают лучшее качество жизни пациентов, но в определенные сроки (не более 3-4 мес) теряют свою проходимость в результате инкрустации желчными солями. Причиной этому служит ограничение диаметра стента (3-4 мм). Однако при условии выстояния кончика устройства через папиллу в двенадцатиперстную кишку такой стент может быть удален или заменен. Поэтому подобный вариант стентирования использовался как временное пособие, в т.ч. при доброкачественных билиарных обструкциях. •Нитиноловые (металлические) сетчатые скрытые саморасширяющиеся стенты с покрытием или без такового. Такие стенты устанавливаются, как правило, пожизненно у радикально неоперабельных больных. В клинической практике для установки устройств в зону билиарной обструкции использовались 2 доступа: антеградный – через наложенную ранее пункционную чрескожную холангиостому по методике Сельдингера или ретроградный эндоскопический, с использованием фибродуоденоскопа. Для доставки стентов применены стандартные устройства и разные виды навигации: ультразвуковая, эндоскопическая и флюороскопическая. При использовании двухэтапного метода лечения билиарной обструкции через имеющуюся холангиостому выполнялась антеградная фистулохолангиография и выяснялся характер и протяженность обструкции, что позволило правильно выбрать конфигурацию устанавливаемого стента для покрытия протяженности пораженного сегмента. Опухоли ворот печени в ряде случаев потребовали установки проксимального конца стента на уровне сегментарных желчных протоков. Манипуляцию завершали повторной установкой наружного билиарного катетера (проксимальнее установленного стента) на срок 3-5 дней с профилактической и страховочной целью. При отсутствии возможных ранних осложнений, этот катетер удалялся. Отдаленные результаты свидетельствовали о том, что металлические стенты функционировали дольше (до 8-12 мес), при этом удалении непокрытых стентов оказалось невыполнимым, поэтому от них пришлось отказаться при ожидаемой значительной продолжительности жизни пациента. Дополнительные расходы на стоимость металлических стентовых систем компенсировались их преимуществами (надежная фиксация и длительный срок службы). В сроки до

6 месяцев нарушение функции пластиковых протезов отмечено у 50% пациентов, а металлических – у 18%. Активный контроль, замена пластиковых дренажей через 2-3 месяца, смена пластиковых на металлические стенты, рестентирование и билобарное стентирование, диатермокоагуляция или лазерная деструкция опухолевых масс в просвете сетчатых протезов – таковы пути продления жизни пациентов с эндобилиарным протезированием. Радиочастотная абляция (РЧА) может выполняться пункционно чрескожно под контролем ультразвука или компьютерной томографии, либо открытым или лапароскопическим доступом. РЧА – эффективный метод, позволивший улучшить результаты локорегионарного лечения пациентов с опухолями паренхиматозных органов, в настоящее время занял лидирующее место среди методов хирургического лечения доброкачественных новообразований, нерезектабельного первичного и метастатического рака печени, почек, предстательной железы, надпочечников, органов грудной клетки и других локализаций. Нагрев ткани во время РЧА снижает резистентность опухоли к химиопрепаратам, усиливая цитотоксическое воздействие и улучшая результаты комбинированного лечения опухолей. Под УЗИ и РКТ-контролем производились РЧА гемангиом и метастазов печени, опухолей почки, новообразований надпочечников, очагов легких небольших размеров. Показания к РЧА у пациентов с опухолями надпочечников (гормонально активными аденомами или метастазами) установили в случаях тяжелого коморбидного состояния. Все новообразования верифицированы посредством пункционной биопсии, в некоторых случаях биопсию с РЧА производили в один сеанс обезболивания. РЧА выполняли в условиях операционной, как правило, под внутривенным наркозом. Две манипуляции по поводу гемангиом печени произведены под местной анестезией. Эндотрахеальный наркоз потребовался только в случаях лапаротомии и видеолапароскопии (двойной навигации). Для проведения РЧА применялся 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 в одном паренхиматозном органе. Чтобы избежать риска повреждения соседних органов, перед РЧА в зоне контакта создавали жидкостную прослойку («подушку безопасности») пункционным введением физиологического раствора под контролем УЗИ. Видеолапароскопический доступ с УЗИ-датчиком имел ряд преимуществ для РЧА печени: хороший визуальный контроль гемостаза позволял вводить рабочую иглу непосредственно через ткань гемангиомы, тракция пораженной части органа допускала обработку большего объема



опухоли (до 7-8 см) из одной точки вкола в брюшную стенку, имелась возможность отведения обрабатываемой зоны от соседних органов. Оценка локального эффекта производилась при помощи различных методик контроля: УЗИ, спиральной компьютерной томографии, МРТ, пункционной биопсии опухоли под контролем УЗИ. Послеоперационной летальности не отмечено. При УЗИ в ранние сроки после операции определялись образования различной эхогенности несколько большего диаметра, чем первичный очаг, что соответствовало размерам зоны деструкции. В дальнейшем эти образования уменьшались на 5-15%. В ряде случаев небольшие опухоли, подвергнутые РЧА, не визуализировались при повторных УЗИ. После РЧА по поводу онкопатологии больные наблюдались с УЗИ контролем ежемесячно, при рецидивах заболевания манипуляция проводилась повторно (до 4 раз). Выводы. РЧА менее травматична по сравнению с лапаротомной и лапароскопической резекцией органа и может дополнить любое паллиативное и циторедуктивное вмешательство. Наилучший локальный эффект достигался при деструкции небольших опухолей, диаметром до 30 мм. При проведении РЧА образований диаметром более 40 мм вероятность полной деструкции опухоли значительно снижалась, при этом риск осложнений, связанных с процедурой возрастал. В такой ситуации в ряде случаев применяли повторное РЧ-воздействие с окклюзией питающего сосуда (ХЭПА или маневр Прингла). УЗИ-навигация пункционных манипуляций технически более проста, занимает меньше времени, требует менее глубокой анестезии и не несет лучевой нагрузки для пациента. Однако, существуют органы и ткани, не доступные УЗ сканированию (воздушная среда, костная ткань). Повреждение соседних с патологическим образованием структур возможно избежать посредством пункционного создания жидкостной прослойки, либо тракцией органа при лапароскопии, последняя позволяет также выполнять РЧА при образованиях относительно больших размеров, используя несколько траекторий введения иглы.

49. ЭНДОСОНОГРАФИЧЕСКАЯ НАВИГАЦИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖКТ

Эктов В.Н.(2), Филипцов А.В.(1), Куркин А.В.(1-2)

Воронеж

БУЗ ВО ВОКБ №1 (1)ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (2)

Метод эндоскопической ультрасонографии (EUS) введен в клиническую практику около 30 лет на-

зад. когда фирма Olympus впервые разместила ультразвуковой датчик на конце эндоскопа. В настоящее время эндоскопическая ультрасонография широко внедряется в клиническую практику и заслуженно считается одним из лучших методов уточняющей и дифференциальной диагностики. Благодаря интеграции двух высокоинформативных методов лучевого и визуального исследования, обеспечивается качественно новый, полноценный и комплексный уровень диагностики, позволяющий детально оценить как характер поражения, так и его распространенность. Большинство производителей выпускают ультразвуковые эндоскопы с боковой оптикой, линейным датчиком и широким (3.8 мм) инструментальным каналом, что позволяет осуществлять различные вмешательства на верхних отделах желудочно-кишечного тракта.

Самые распространенные манипуляции под ультразвуковой навигацией – биопсия, склеротерапия и наложение различных соустьев. Конвексные эхоэндоскопы имеют плоскость ультразвукового сечения параллельную оси аппарата. Это позволяет, благодаря наличию доплерографии и возможности выведения инструментов в плоскость ультразвукового среза, значительно расширить лечебные возможности эндоскопии. Для облегчения доступа к объекту имеется управляемый подъемник в канале аппарата и трассер, обозначающий ход инструмента в плоскости ультразвукового среза. В БУЗ ВОКБ-1 применяются видеоэхоэндоскопы Fujinon с радиальным и конвексным электронными датчиками. Ежегодно выполняется от 500 до 600 исследований. Частота УЗ сканирования 5 – 12.5 обеспечивает высокую разрешающую способность исследования и позволяет дифференцировать структуры стенки пищеварительного канала и прилегающих органов на расстоянии до 4 см, а также различать патологические образования малых размеров (от 2 мм). Как правило, первичное сканирование производилось с частотой 7.5 МГц, для уточнения диагноза применялось переключение на более высокие частоты. В ряде случаев использовалась функция ЦДК. Методика проведения эндоскопии для пациента принципиально аналогична эзофагогастродуоденоскопии, несущественно превышает ее по продолжительности и переносимости для пациента, поэтому может осуществляться под местной анестезией. Сначала производим сканирование радиальным датчиком, что позволяет наиболее широко осмотреть зону предстоящего вмешательства. Ультразвуковое сканирование производится из просвета полого органа, что повышает информативность исследования. Появляется возможность определения распространенности и степени внутристеночной инвазии патологических изменений



слизистой, дифференциальной диагностики подслизистых образований. Эндоскопическое ультразвуковое исследование широко использовали для выявления опухолей поджелудочной железы. Чувствительность эндосонографии значительно превысила чувствительность перкутанного УЗИ, особенно при опухолях небольшого, менее 30 мм, размера, что обеспечило высокую эффективность этого метода исследования в топической диагностике нейроэндокринных опухолей, которые несмотря на яркую клиническую картину, часто имеют малые размеры. Эндосонография позволила с высокой точностью измерить размеры опухоли, оценить ее соотношение с окружающими органами и установить стадию поражения (Т) по системе TNM. Конвексный датчик позволил во многих случаях взять тонкоигольную биопсию из очага. Благодаря широкому использованию транскутанного ультразвукового исследования и КТ часто выявляются кистозные поражения поджелудочной железы, при этом возникает необходимость дифференциальной диагностики этих образований. Благодаря высокой разрешающей способности и непосредственному контакту датчика с пораженным органом, при помощи (EUS) производили оценку характеристик стенки кисты, наличия в кисте перегородок и сосочковых элементов, вовлечение в процесс главного панкреатического протока. Такая детализация позволила выявлять муцинпродуцирующие опухоли, имеющие высокий риск малигнизации и подлежащие обязательному хирургическому лечению. Прицельной пункцией кистозных опухолей осуществляли забор материала для цитологического и гистологического исследования. При выявлении псевдокист поджелудочной железы размерами от 3 до 7 см выполняли наложение цитогастро- и цистодуоденоанастомозов с установкой пластикового стента. Наиболее практичны в использовании оказались стент-системы. Стент ориентировали так, чтобы он был как можно меньше подвержен обтурации пищевыми массами. Как правило, в течение 4-10 недель стент мигрировал в просвет желудочно-кишечного тракта, однако этого времени оказалось достаточно для формирования свищевого хода с адекватным опорожнением кисты в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки. Предоперационная диагностика объемных образований БСДК и терминального отдела холедоха играет значительную роль для определения тактики и объема оперативного лечения. Эндоскопическое ультразвуковое исследование позволило оценить характер роста опухоли, инвазию в окружающие ткани, сосуды и прилегающие органы, поражение лимфатических узлов. Благодаря непосредственному контакту ультразвукового датчика со стенкой двенадцатиперстной кишки достигает-

ся высокое качество визуализации внепеченочных желчных протоков, и особенно терминального отдела холедоха, что позволило уже на ранних стадиях дифференцировать внутрипротоковые опухоли, холедохолитиаз и холангит. Это особенно важно при нерасширенных желчных протоках, когда данные транскутанного ультразвукового исследования сомнительны. Высокая разрешающая способность эндоскопического ультразвука позволяет отчетливо дифференцировать 5 слоев стенки желудочно-кишечного тракта с определением размера образования, характер роста и его точную локализацию в том или ином слое стенки полого органа и предположить возможный характер опухоли. По данным литературы точность метода в диагностике подслизистых образований достигает 80%, возрастая до 90% при использовании аспирационной биопсии. Помимо забора материала для гистологического и цитологического исследования, сонографическая навигация применяется для склеротерапии небольших подслизистых образований, как кистозных, так и солидных. Благодаря улучшению диагностики, чаще выявляли рак верхних отделов желудочно-кишечного тракта на ранних стадиях, что позволило внедрить в клиническую практику органосохраняющие эндоскопические операции, такие как резекции слизистой и диссекции в подслизистом слое при ранних раках пищевода и желудка. В данном случае обязательна адекватная гистологическая оценка удаленного препарата, исключающая рост опухолевой ткани по линии резекции. В дальнейшем ЭУС позволяет наблюдать данную категорию больных, оценивая состояние стенки органа в зоне вмешательства. С другой стороны, при распространенных онкологических поражениях метод позволил расширить границы резектабельности, благодаря более четким представлениям о распространении процесса, вовлечении лимфоузлов и окружающих органов. Имеется возможность навигации пункционной биопсии лимфатических узлов, очаговых образований средостения, в том числе, при злокачественных новообразованиях пищевода, легких, лимфопролиферативных процессах. Диагностическая точность эндосонографии с аспирационной биопсией при злокачественных поражениях средостения по данным различных авторов достигает 97%. Остается дискуссионной методика невролиза чревного сплетения при болевых формах хронического панкреатита и неоперабельных опухолей поджелудочной железы. EUS-контролируемое введение смеси этанола с анестетиками в ряде случаев позволяет значительно снизить интенсивность болевого синдрома практически сразу после инъекции. Однако, высокая стоимость специальных игл, а так же непродолжительность эффекта – от нескольких дней,



до нескольких недель – препятствуют распространению методики. Выводы. Эндосонография является высокоточным диагностическим методом при обследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта, желчевыводящей системы, панкреатодуоденальной зоны и открывает широкие перспективы для проведения транслюминальных лечебных вмешательств. Эндосонография не должна служить методом скрининга объемных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, не заменяет перкутанное УЗИ, ЭГДС, томографию, а дополняет их. В данном контексте большие, направляемые для проведения эндоскопического ультразвукового исследования, должны иметь протоколы фиброгастродуоденоскопии, перкутанного ультразвука, а при возможности – КТомограммы с описанием. Дальнейшее совершенствование методики в сочетании с развитием материальной базы может позволить осуществить следующие манипуляции и операции под контролем эндоскопического ультразвука: 1. Деструкция этанолом кист, цистаденом и нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы 2. Радиочастотная абляция 3. Криодеструкция опухолей 4. Фотодинамическая терапия 5. Местная химиотерапия 7. Холедоходуоденостомия при радикальной неоперабельности опухолей БДС, а так же при наличие протяженных доброкачественных стриктур дистального отдела холедоха.

50. ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА С СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ

Шаповалов А.С.(1), Полежаев А.А.(2), Белов С.А.(1)

Владивосток

1) ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулёзный диспансер», 2) ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»

До начала 60-х годов XX столетия торакопластика являлась единственной операцией выполняемой при туберкулезе легких. С внедрением в практику резекции легкого торакопластика, впрочем, как и вся коллапсотерапия, утратила ведущую роль в хирургии туберкулеза легких. Ряд авторов считают торакопластику в основном операцией резерва при противопоказаниях к радикальным операциям. Из огромного разнообразия видов экстраплевральной торакопластики наиболее часто применяется верхнезадняя торакопластика по Л.К. Богушу. Данный вид торакопластики в большинстве случаев приводит к нарушениям гемодинамики и легочной вентиляции. Так

же имеется выраженный косметический дефект, проявляющийся деформацией грудной клетки на стороне операции. Потеря костного каркаса грудной стенки постепенно приводит к деколлабированию легкого, тем самым снижая эффективность торакопластики. В 1956 В. Бьерк для предупреждения указанных недостатков предложил остеопластическую торакопластику, предусматривающую сохранение ребер. Операция заключается в поднадкостничной резекции паравертебральных отрезков верхних четырех или пяти ребер. Затем свободные концы ребер перфорируют, низводят и подшивают к нижнему не удаленному ребру, создавая таким образом «новый» плевральный купол. В. Бьерк предложил базовый принцип выполнения операции, все дальнейшие авторы только пытались ее усовершенствовать или доработать разными способами. Все ранее известные модификации приводят к формированию парамедиастенального канала, куда происходит выпячивание части легкого и формируется так называемая «легочная грыжа», что так же приводит к деколлабированию легкого, как и в случае с торакопластикой по Л.К. Богушу Для борьбы с этим осложнением нами предложен способ фиксации легкого сетчатым имплантом. Суть операции заключается в том, что торакопластику реализуют в остеопластическом варианте, для чего паравертебральным разрезом обнажают задние отрезки с первого по пятое ребер, после чего их пересекают у позвоночника, второе-пятое ребра резецируют, соответственно, второе ребро на 3 см, третье ребро на 5 см, четвертое ребро – до задней подмышечной линии, пятое ребро – до передней подмышечной линии, при этом стягивающий элемент выкраивают в виде ленты шириной от 2 до 5 см из готовой мелкоячеистой сетки, выполненной из нерассасывающегося, биосовместимого синтетического материала, длиной, обеспечивающей возможность фиксации концов ленты к соответствующим ребрам, при этом первый конец ленты фиксируют к первому грудино-реберному сочленению или, при размерах каверн более 4 см, ко второму грудино-реберному сочленению, после чего свободный конец ленты перебрасывают через купол легкого, удерживая один край в плотную к средостению, по завершении чего осуществляют натяжение ленты, сохраняя которое фиксируют ее свободный конец, после чего формируют костно-реберный каркас из задних отрезков первого-третьего ребер, для чего их поочередно низводят и фиксируют нерассасывающимися лигатурами к шестому ребру. Данным способом в нашем отделении в период с 2010 по 2015 года было прооперированно 62 пациента. Большая часть пациентов была трудоспособного возраста 54 человека (87,1%). Мужчины было 55 человек,



что составило 88,7%, женщин 7 человек или 11,3%. 17 (27,4%) пациентам операция выполнялась с целью уменьшения плевральной полости после ранее перенесенной операции различного объема (лобэктомия, лобэктомия с анатомической резекцией, полисегментарной комбинированной анатомической резекции), из них 11 с лекарственно устойчивым туберкулезом. В качестве первой (паллиативной) операции при наличии каверн торакопластика выполнена 41 (66,1%) пациенту, в этой группе устойчивость к тротивотуберкулезным препаратам была выявлена у 25 пациентов. Для борьбы с послеоперационными осложнениями данная операция выполнена 4 (6,5%) пациентам один из которых прошел лечение по поводу лекарственно устойчивой формы туберкулеза (по два случая длительного просачивания воздуха из паренхимы легкого и формирования остаточной полости). Туберкулезные процессы с устойчивыми формами микобактерии составили 59,7% (37 пациентов). Все пациенты перенесли операцию удовлетворительно. Обезболивание наркотическими анальгетиками прекращалось на 2-3 сутки и продолжалось ненаркотическими анальгетиками максимум до 7-го дня после операции. На контрольных рентгенограммах на следующий день после операции и через месяц признаков формирования, а тем более появления парамедиастенальных выпячиваний выявлено не было. У всех пациентов удалось достичь желаемого эффекта (уменьшение объема плевральной полости, уменьшение размеров каверн, прекращение воздушотечения и ликвидации остаточной плевральной полости). Нам удалось отследить 12 пациентов в течение года, пятеро из которых имели лекарственную устойчивость микобактерии. На контрольных рентгенограммах, во время всего периода наблюдения, “легочной грыжи” выявлено не было, у части произошло полное закрытие или значительное уменьшение размеров каверн. Обострений туберкулезного процесса не произошло. Из вышеизложенного можно сделать вывод, что торакопластика является хорошим самостоятельным и вспомогательным (этапным) методом коллапсохирургии. Однако показания к ее применению должны быть четко обоснованы, так как ведут к необратимым изменениям костного каркаса грудной клетки и ее умеренной деформации.

51. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО»

Применение хирургических лазеров, генерирующих различные длины волн во время оперативного вмешательства по поводу патологий анального канала, в сравнении с традиционными хирургическими способами, позволяет сократить время выполнения операции, значительно уменьшает операционную кровопотерю и обеспечивает условия прецизионного выполнения операций в условиях «сухого» операционного поля. Лазерные технологии лечения обеспечивают, более комфортные условия в послеоперационном периоде, за счет снижения выраженности послеоперационного болевого синдрома, снижение числа случаев развития послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания и сокращает сроки реабилитации больных.

Методы. Выполнен анализ лечения 123 пациентов, прооперированных с помощью аппарата лазерного хирургического фотодинамического и гипертермического режимов воздействия, программируемого «ЛАХТА МИЛОН» (ООО «Квалитек»), с января 2016 по октябрь 2016. Женщин 72 (58,2%), мужчин 51 (41,7%), средний возраст 43,2 года. Виды вмешательств: удаление анальных бахромок 51 (41,4%), иссечение анальных трещин 22 (17,8%), геморроидэктомия 20 (16,2%), лазерная деструкция геморроидальных узлов 9 (7,3%), тромбэктомия 7 (5,7%), иссечение параректальных свищей 7 (5,7%), удаление гипертрофированных анальных сосочков 6 (4,8%), удаление кондилом анального канала 1 (0,8%). Все операции проводились под местной анестезией, при удалении образований анального канала использовался торцевой световод и непрерывным режимом воздействия, мощностью 18-20 ватт, а при лазерной деструкции геморроидальных узлов – радиальный световод, непрерывно-импульсный режим, мощность 9-10 ватт. В послеоперационном периоде оценивалась интенсивность болевого синдрома, а также сроки заживления ран. Результаты: в первые трое суток после проведенных вмешательств интенсивность болевого синдрома не превышала 4 баллов по визуально-аналоговой шкале (VAS) (от 2 до 4). Средние сроки заживления послеоперационных ран – 17 дней (от 14 до 21).

Выводы. Основными преимуществами использования лазерных технологий являются: 1. Минимальный болевой синдром 2. Решение множества



задач в оперативной проктологии 3. Использование при сочетанных патологиях анального канала 4. Возможность как одноэтапного так и многоэтапного лечения

52. ПРИМЕНЕНИЕ ПНЕВМОПИРЕТОНЕУМА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Шаповалов А.С.

Владивосток

ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулёзный диспансер»

Более 70 лет, до появления противотуберкулёзных антибиотиков, коллапсотерапия оставалась чуть ли не единственным эффективным средством лечения больных туберкулёзом. В 1950-х годах с появлением в клинической практике противотуберкулёзных препаратов и получения от них хорошего клинического эффекта коллапсотерапия начала стремительно терять свои лидирующие позиции. В дальнейшем, к концу 70-х годов, благодаря широкой пропаганде длительных курсов терапии туберкулеза легких более эффективными препаратами, этот ценный метод коллапсотерапии начал применяться все реже и реже, и прекратил свое применение почти полностью. Все же некоторые клиницисты заметив появления лекарственно устойчивых форм туберкулеза, особенно за последние три десятилетия, и на основании явной клинической неэффективности применяемых схем лечения туберкулеза, начали применять искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум. Однако частота его применения колебалась в широких пределах: от 14 до 61%. Так же существовали противоречия в показаниях и противопоказаниях, в сроках и длительности их наложения, а также в значимости каждого метода и их совместного применения. В клинике хирургии туберкулеза пневмоперитонеум применялся как до, так и в послеоперационном периоде в случаях, когда имелись очаговые обсеменения в нижних отделах легких, а также при обширных резекциях, когда было необходимо добиться быстрого расправления оставшихся отделов легкого, в профилактике различных осложнений, таких как бронхиальный свищ, эмпиема плевры и др. При послеоперационно наложенном пневмоперитонеуме, значительно уменьшалась потребность применения торакопластики как первого по значимости метода коллапсохирургии. В нашем отделении в период с 2010 по 2015 года с целью достижения аэрозаза и

профилактики формирования остаточной полости у оперированных на легких больных пневмоперитонеум был наложен 218 пациентам, что составило около 13% от общего числа оперированных больных за этот период. Из общего числа пациентов с наложенным пневмоперитонеумом мужчин было 157 (72%) человек, женщин – 61 (28%) человек. 87 (39,9%) человек имели в анамнезе множественную лекарственную устойчивость, у остальных лекарственной устойчивости к противотуберкулёзным препаратам выявлено не было. Манипуляция проводилась следующим образом: в окологречной области в брюшную полость вводилась игла, затем к игле подключался аппарат для наложения пневмоперитонеума. При первичном пневмоперитонеуме вводилось 1200-1600мл воздуха с формированием воздушного пузыря под куполом диафрагмы со стороны операции и рекомендациями больным максимально возможное количество времени находиться на здоровом боку, в дальнейшем, при необходимости, вводилось 800-1200мл воздуха через 2-3 дня до прекращения сброса газа по дренажам и отсутствию остаточной полости на R-контроле. У 47 (21,6%) пациентов пневмоперитонеум был наложен в условиях операционной или в течении первых часов после операции в палате интенсивной терапии. Это было обусловлено в основном массивным спаечным процессом в плевральной полости, что требовало во время операции выполнения плеврэктомии и декорткации легкого и заведомо вело к длительному воздухотечению. В 132 (60,6%) случаях пневмоперитонеум накладывали в первые трое суток после операции, когда интенсивность поступления воздуха не уменьшалась за время наблюдения. И в 39 (17,8%) случаях пневмоперитонеум применялся у пациентов с длительно вялопоступающим воздухом вследствие формирования микрофистул или дефектов легочной паренхимы. Для достижения стойкого аэрозаза в 92 (42,2%) случаев было достаточно однократного применения данной манипуляции, в 119 (54,6%) случаях потребовалось повторить процедуру от 2-х до 4-х раз и лишь 7 (3,2%) случаях пневмоперитонеум наложили 5 и более раз. Негерметичность паренхимы легкого следует считать осложнением, если поступление воздуха по дренажам не прекращается в течение первых 7 суток после операции. Некоторые авторы дают и более длительные сроки воздухотечения, считающиеся послеоперационным осложнением, до 10 суток. Учитывая эти данные, мы начинали активно бороться с длительным воздухотечением на 7-10 сутки. В 3-х случаях пневмоперитонеум не оказал должного эффекта в течении длительного времени, что вынудило нас выбрать более агрессивную тактику дальнейшего ведения пациентов. Во всех случаях источники длительного поступле-



ния воздуха были обнаружены и ликвидированы. Формирование остаточных полостей выявлено не было. При анализе выполненных процедур в нашем отделении видно, что пневмоперитонеум является эффективным вспомогательным методом коллапсотерапии для профилактики и прекращения длительного воздухотечения и формирования остаточных полостей у оперированных в торакальном отделении больных. Также данный метод сокращает продолжительность пребывания больного с дренажами в плевральной полости, что снижает вероятность развития осложнений нагноительного характера и улучшает общий прогноз заболевания. Наложение лечебного пневмоперитонеума на операционном столе и в течение первых суток после операции является целесообразным и эффективным методом.

53. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО»

Обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) – аутологичный продукт, полученный из цельной крови путем центрифугирования. Использование аутологичной OTP безопасно и эффективно ускоряет естественные процессы заживления, восстановления мягких тканей, обладает кровоостанавливающим действием, ускоряет эндотелиальную, эпителиальную, эпидермальную регенерацию, способствует синтезу коллагена. Для получения OTP использовались пробирки марки YCELLBIO-KIT и последующее центрифугирование 3200 об/мин в течение 4 минут. В основную группу вошли 44 пациента с хроническими анальными трещинами, которым после иссечения трещины интраоперационно вводилось по 2 мл аутологичной OTP, в контрольной группе 30 человек, которым было проведено только иссечение анальной трещины. Операции проводились под инфильтрационной анестезией. Группы были сравнимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии. Не было осложнений и рецидивов в обеих группах. Мы оценили интенсивность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ (визуальной аналоговой шкале), а также сроки эпителизации раневого дефекта. В ближайший послеоперационный период уровень болевого синдрома в основной группе составил 3 ± 1 по ВАШ, в контрольной 5 ± 1 . Оценка эпители-

зации проводилась на 4 неделе путем аноскопии: в основной группе 35 пациентов (78%) имели полную заживление раневого дефекта, в контрольной 18 (61 %), после 6 недель результаты были сравнимы в обеих группах. Использование обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении больных с хроническими анальными трещинами требует дальнейшего изучения. Ближайшие результаты показывают уменьшение болевого синдрома при использовании OTP и ускорение процессов эпителизации по сравнению с традиционным иссечением.

54. О НЕКОТОРЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА

Ащев А.В, Маслов А.И.

Ростов-на-Дону

ГБОУ ВПО РостГМУ

Цель работы. Показать важность некоторых технических особенностей лечения травматического остеомиелита. Материалы и методы. В последние 3 года (2010-2012 гг) под наблюдением находилось ежегодно от 92 до 106 больных с остеомиелитом, ежегодно которым проводилось оперативное лечение. Мужчины составляли 92 %, женщины – 8%. В 76% случаях локализацией процесса являлась голень. Свыше половины случаев приходилось на дистальную половину или дистальную треть поражённых сегментов. Причины посттравматического остеомиелита - обширные инфицированные разможжения костей и мягких тканей, скальпированные раны с обнажением кости, нарушения кровоснабжения костных фрагментов и окружающих мышц, отсутствие или неполноценность транспортной и лечебной иммобилизации, в силу чего происходит многократное блокирование, прерывание естественных процессов воспалительной реакции и репаративной регенерации костной ткани, причём на самых уязвимых - начальных этапах. Экспертиза случаев осложнений при выполнении “чистых” травматологических операций свидетельствует о том, что их причиной являются всё ещё являются системные недостатки в соблюдении принципов асептики и антисептики при оперативном лечении в тех учреждениях, где процент послеоперационных осложнений стабильно выше среднего уровня. Ошибкой в современных условиях является отказ от использования у больных конверсии методов фиксации при наличии показаний. В силу этого погружной остеосинтез часто выполняется при ретрагированных мягких тканях, часто



в поздние сроки. Из-за технических ошибок в ряде случаев не достигается оптимальной стабильности. Отмечаются, к сожалению, часто случаи недооценки степени комплаентности пациентов с признаками микроэнцефалопатии смешанного генеза. В обследовании больных сохранял значение простой тест с зондированием раны. Если при её исследовании зондом он со специфическим звуком и ощущением касался поверхности кости, факт наличия остеомиелита подтверждался на операции в 100% случаев. Предоперационное обследование включало в себя обязательную рентгенографию всего сегмента – отдалённые участки сегмента могут быть остеопорозными по сравнению со склерозированными частями, прилежащими к очагу процесса, что внесёт коррективы в технологию лечения. Контрастная фистулография часто неверно отражала истинный размер свищей и затёков – на фистулограмме они выглядят меньше по размеру. Это бывает за счёт грануляций, заполняющих эти полости. При исследовании флоры микробные ассоциации отмечались в от 4,8% до 62,3% случаев, причём аэробы высевались в 90.1%, анаэробы – в 9, 5%. Компьютерная томография применялась при необходимости детализировать структуру костного очага поражения, что даёт возможность правильно спланировать оперативное вмешательство. Магниторезонансная томография позволяла более точно проанализировать состояние мягких тканей там, где обычной информации было недостаточно. Успех оперативного вмешательства зависит от радикальности выполнения каждого из его этапов. Операция проводится в условиях обескровливания с помощью жгута. В начале операции с помощью тугого наполнения раны витальным красителем достигалось интенсивное окрашивание нежизнеспособных тканей, в том числе и костных. девитализированные ткани окрашиваются в 30 раз интенсивнее и это было хорошо видно невооруженным глазом. На первом этапе секвестрнекрэктомии проводили иссечение свища или краёв незаживающей раны. Иссечению подлежали только нежизнеспособная кожа. Второй этап состоял в обеспечении адекватного доступа для ревизии очага – рана рассекалась кверху и книзу. Проводили экономное иссечение рубцово измененных мышц. На третьем этапе удаляли подлежащие некротизированные ткани, грануляции и гной. На следующем этапе адекватно визуализируется очаг остеонекроза. Пятый и очень ответственный этап операции заключался в определении границ поражённой ткани и ткани сохранившей кровоснабжение. На пятом этапе в полной мере проявлялся индивидуальный опыт хирурга, выполнившего ранее большое количество подобных операций. При определении границ резекции учитывался цвет тканей. Такое ощущение хирурга

может быть только субъективным. Определяется характер соскоба с поверхности. Постукиванием металлического инструмента определялся тон звука. Лишенные кровенаполнения участки издают звук более высокого тона. Экономную резекцию прекращали, когда по плоскости резекции появлялась микрокровооточивость кости. На следующем, шестом этапе удаляли всё окрашенное. Старались не оставлять в ране мелких, в том числе удалённых при процедуре адаптации концов фрагментов, и, казалось бы, не поражённых остеонекрозом осколков. Оставление таких «ятрогенных инородных тел» может свести на нет результат большой и хорошо проведённой операции. На этом этапе важна была помощь ассистентов, их активное участие, внимание, стремление к командной работе. Седьмым этапом операции являлась адаптация формы концов фрагментов к возможностям предстоящего реконструктивного лечения. Адаптацию концов фрагментов было легче производить при помощи осцилляторной пилы. Полотно пилы необходимо охлаждать прежде, чем повысится температура полотна, поскольку в результате ишемии и воспалительного процесса костные ткани особо чувствительны к термическим воздействиям. Планирование этапа адаптации выполнялось ещё до операции - как завершающий этап обследования больного. Цель – с меньшими технологическими сложностями и вероятностью осложнений провести замещение костного дефекта. Глухой шов раны был возможен в тех случаях, когда в процессе ревизии раны не было обнаружено затёков и если нет никакого дефицита кожи, а также, если возможно закончить операцию стабильной качественной иммобилизацией. При дефиците кожи или затёках в каждый карман и к каждому концу фрагментов подводились отдельные (независимые) тампоны. Длительное и непрерывное приточно - отточное промывание раны использовалось при неуверенности в радикальности операции или при невозможности её достигнуть. Основным механизмом действия такой системы – механическое удаление белкового субстрата. Пригодны любые антисептики и даже стерильная вода. Из многочисленных предложенных методов дополнительной обработки раны мы применяли предложенный Федотовым П. А. и успешно использованный Аединовым В.С. метод одновременного промывания и вакуумирования раны с помощью специального коаксиального наконечника с последующей ультразвуковой обработкой. Промывание с вакуумированием проводим неоднократно: перед иссечением – для удаления грубых загрязнений, многократные промывания – перед каждым следующим, более чистым этапом, а также окончательно перед закрытием раны. В заключение перед ушиванием раны проводили ультразвуковую



обработку в среде антисептиков и антибиотиков, к которым установлена чувствительность раневой микрофлоры у больного. В рану засыпался порошок антибиотика, чем создавалась его временная бактерицидная концентрация. Оптимальном в применении к каждому случаю способом создавалась стабильность фрагментов. Нестабильность после операции, по нашим наблюдениям, может стать одной из причин раннего рецидива. Результаты. Исход операции – по отношению к инфекционному процессу, можно оценивать по отсутствию рецидива не ранее года с момента её выполнения. В наших наблюдениях в эти сроки положительный результат отмечался в 89 % случаев. Через год при положительном результате в систематическом наблюдении оперировавшего хирурга больной, как правило, не нуждался. Заключение. Соблюдение ряда технических особенностей лечения травматического остеомиелита позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов.

55. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ, 25-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Дербенёв В.В., Григович И.Н., Шевченко И.Ю.,
Иудин А.А., Савчук О.Б., Гольденберг И.Г.

Петрозаводск

Карельский Центр Детской Хирургии

Трудности распознавания причин острого абдоминального синдрома в ургентной хирургии общеизвестны. Ограничение времени и боязнь “пропустить” острую хирургическую патологию нередко приводят хирурга к диагностической, а по существу к неоправданной лапаротомии, которая не улучшает состояние больного и усложняет дальнейшее лечение. По литературным данным гипердиагностические ошибки и неоправданные лапаротомии достигают 17% - 45% у пациентов с острым абдоминальным синдромом. Мы попытались с помощью неотложной лапароскопии изменить эти показатели в лучшую сторону. За 25 лет в приемное отделение Карельского Центра Детской Хирургии (КЦДХ) обратилось почти 70 тысяч детей с острой болью в животе. У 2/3 пациентов диагноз хирургической патологии был снят и они либо госпитализированы в соматические отделения, либо отпущены на амбулаторное лечение. А чуть более 1/3 (36%) госпитализированы. В КЦДХ за 25 лет (1990 - 2015 г.г.) выполнено 2871 лапароскопических обследований, из них 2722 (95%) диагностические неотложные лапароскопии (ДНЛС). В это число вошли все дети, госпитализирован-

ные с острой болью в животе, у которых возникли затруднения в дифференциальном диагнозе абдоминального синдрома. С 1990 года по 1999 г. выполнено 1349 ДНЛС, обследования проводились с помощью набора инструментов фирмы “Karl Storz”, оптика 3,5 мм, 30 град. Лапароскопии выполняли параумбиликально, использовали 2 порта, карбоксиперитонеум накладывали под давлением 8 – 12 мм рт.ст. В последние 15 лет (2000 — 2015 гг) в клинике используется видеолапароскопическая стойка “OLYMPUS” с оптикой 5,0 мм, за это время выполнено 1373 ДНЛС. Возраст обследованных был от 5 суток до 17 лет. Детей до 12 мес. было 41 (1,5 %); от 1 до 6 лет – 547 (20%); от 7 до 17 лет – 2134 (78,4%). Среди наших пациентов преобладали девочки – 1605 (59)%. Среди направленных на ДНЛС, пациенты с подозрением на воспалительные заболевания брюшной полости составили 2542 (93,5%). Чаще всего это было подозрение на острый аппендицит. Детей с закрытой травмой живота было 23 (0,8%); с подозрением на кишечную непроходимость – 51 (1,9%); гинекологическую патологию – 101 (3,8)%. Показанием к проведению ДНЛС была невозможность исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости при наблюдении в стационаре не более 6 - 8 часов. Результаты применения лапароскопической диагностики при остром абдоминальном синдроме оказались следующими. Показания к срочной операции после ДНЛС установлены лишь у 1191 (44%) пациентов. В 18 случаях при лапароскопии нельзя было исключить острый аппендицит, и дети были срочно оперированы, но в 4 случаях лапаротомия оказалась неоправданной, т.к. аппендикс был не изменен, при операции не обнаружено предполагаемых изменений в брюшной полости, а клинику острого живота симулировали мезаденит и сальпингит. Во время оперативного вмешательства после ДНЛС (1191) у 87% больных обнаружен деструктивный аппендицит, в том числе в 15% осложненный перитонитом. Травма органов брюшной полости диагностирована у 2%; острая кишечная непроходимость у 2%; патология гениталий у 9%. 1531 (56%) ребёнок, благодаря ДНЛС, был избавлен от лапаротомии, все они успешно излечены консервативно. Наиболее часто причиной болевого синдрома у этих детей были: мезаденит – 37%, сальпингит – 21%, гинекологическая патология не требующая операции - 27%. У 243 (15%) обследованных при ДНЛС не обнаружено воспалительной хирургической патологии в брюшной полости. Дальнейшее клиническое и эндоскопическое обследование выявило у 80% из них различные гастроэнтерологические заболевания. В нашей клинической практике для эффективного использования лапароскопической диагностики ДНЛС была необходима в



среднем у 26-30% детей госпитализированных с диагнозом “острый живот”. Продолжительность ДНЛС была менее 15 минут у 1295 (48%) детей и менее 30 минут у 908 (33%), таким образом, продолжительность ДНЛС и время получения достоверного диагноза составили менее 30 минут у 81% детей, что особенно важно и ценно в ургентной хирургии. Удельный вес неоправданных операций после применения ДНЛС в клинике снизились более чем в 20 раз, с 21% в 1989 г. до 1,4% - 0% к 2000 году и далее. За 25 лет применения диагностических неотложных лапароскопий отмечено 8 (0,29%) осложнений, из которых в двух случаях потребовалось срочное оперативное лечение. 1. 1999 г. Перфорация фиксированной раздутой петли тонкой кишки первым троакаром (Ганса-Остина) у девочки, 12 лет, с послеоперационным перитонитом. (конверсия на открытую лапаротомию.) 2. 2002 г. Мальчик, 2 лет, д-з мезаденит, после извлечения троакара эвентрация сальника через пупочный порт.(дополнительное ушивание раны). Летальных исходов связанных с ДНЛС не было. 6 детей - консервативное лечение осложнений. 2 - кровотечение из троакарных ран. (остановлено прижатием или дополнительным кожным швом), 4 - подкожные эмфиземы в зоне троакарных ран. Наблюдение. Купировались самостоятельно. Выводы: круглосуточная лапароскопическая служба в ургентной хирургической службе позволяет: 1. избежать неоправданных операций у значительного числа пациентов, госпитализированных с острым абдоминальным синдромом 2. существенно сокращает время дифференциального диагноза.

56. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПОЯСНИЧНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ +РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИЯ+ИНТРААРТЕРИАЛЬНАЯ АНГИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯТЕРАПИЯ) БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

*Борисов В.А., Красовский В.В.,
Овакимян В.А., Крайнов А.А., Фролов А.А.*

Саратов

СГМУ им.В.И.Разумовского.
ГУЗ ОКБ. г.Саратов. Россия

Актуальность: Несмотря на сегодняшние достижения ангиохирургии и рентгенхирургии, остаётся много открытых и нерешённых вопросов в плане лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИК). По данным ВОЗ у 28-47%

больных с КИК проводятся ампутации на разных уровнях и в свою очередь, ампутация ведёт к инвалидизации больных, сопровождается большой летальностью (от 5.6% до 20% в зависимости от уровня).

Цель работы: Оценить результаты комбинированного лечения (поясничная симпатэктомия + реваскуляризирующая остеоперфорация (РОТ) + интраартериальная ангиотропная терапия) в раннем и отдалённом послеоперационном периоде у больных с критической ишемией нижних конечностей.

Материал и методы: В клинике за период 2013-2014гг лечилось 92 пациента с КИК. У 34 пациентов (37%) отсутствовали условия для реконструктивных операций из-за непригодного дистального русла (окклюзия артерий голени). Из них отобрано 12 больных для комбинированного лечения в возрасте от 28 до 52 лет (средний-44+/-2,2), мужчин было 11 (91.6%), женщин -1 (8.4%). У всех 12 пациентов отмечалась боль в покое, из них ХАН IV степени нижних конечностей (по классификации Покровского-Фонтейна) выявлено в 9 случаях (8 с трофическими изменениями на стопе, 1 с трофическими изменениями на стопе и на голени), ХАН III степени – у 3. Все 12 пациентов были прооперированы: у 11 выполнена открытая симпатэктомия из параректального доступа + РОТ + инфузионная терапия вазоактивных препаратов через катетер в нижней надчревной артерии (ННА) в течении 7-10 дней, у 1 пациента РОТ не выполнена из-за трофических изменений на голени. В качестве вазоактивных препаратов у 5 больных использовался раствор вазопростана (60 мкг), у 7 пациентов – раствор пентоксифилина 2% (10 мл-200мг) через инфузамат один раз в сутки. В раннем послеоперационном периоде 10 больных отметили снижение и в последующем исчезновение боли в покое, у 1 больного в раннем послеоперационном периоде выполнена ампутация на уровне средней трети голени из-за нарастания ишемии. В отдалённом послеоперационном периоде (от 1-2 лет) 10 больных (91%) из 11 отметили увеличение безболезненного прохождения расстояния от 1,5 до 4 раз и за последующее время наблюдения у них не была выполнена большая ампутация нижних конечностей. Из 8 больных с трофическими язвами на стопе и голени, у 5 язвы зажили, у 2 отмечена явная тенденция к заживлению. У 1 пациента с трофическими язвами на стопе, который не соблюдал рекомендации (продолжал активно курить, не делал упражнения с дозированной ходьбой, отказался от медикаментозного лечения) тенденции ран к заживлению не наблюдалась, а через 5 месяцев выполнена ампутация нижних конечности на уровне средней трети голени. Заключение: Основываясь на нашем небольшом опыте можно



утверждать следующее: комбинированное лечение КИК (поясничная симпатэктомия + реваскуляризирующая остеоперфорация + интраартериальная ангиотропная терапия) имеет право на своё существование. У определённой группы пациентов без условий для реконструктивных операций из-за непригодного дистального русла, оно является эффективным методом вмешательства. Используемый нами метод нуждается в дальнейшем изучении и определении влияния каждой составляющей на системную и регионарную гемодинамику. Спасение конечности, предупреждение высоких ампутаций снижают финансовые затраты на содержание пациентов с КИК, улучшают качество их жизни и дают им возможность быть полноценной частью общества.

57. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СТАДИИ ИНФАРКТА И ПЕРИТОНИТА

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

Сургут

БУ ВО Сургутский ГУ, БУ ХМАО Сургутская ОКБ

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с острой интестинальной ишемией в стадии инфаркта и перитонита путем оптимизации интраоперационных тактических решений. Проанализирован опыт хирургического лечения 52 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения (ОНМезК) в стадии инфаркта тонкой кишки и перитонита. Больные были разделены на 2 группы. В основу деления были положены способ и сроки формирования межкишечного анастомоза. Контрольная группа - 25 больных, у которых межкишечные анастомозы (n=18) или стомы (n=7) были сформированы по стандартной методике при первичной операции. В основной группе (n=27) была применена тактика программированных релапаротомий с формированием отсроченного межкишечного анастомоза с укрытием зоны анастомоза пластиной Тахокомб. Возраст, время с момента начала заболевания, протяженность поражения ЖКТ в группах не отличались ($p > 0,05$), однако в основной группе больные были с более тяжелым преморбидным фоном ($p < 0,01$). Диагностический алгоритм включал клиничко-лабораторное обследование, рентгенографию грудной клетки и брюшной полости, УЗИ ОБП и УЗДГ, ФГДС (28), колоноскопию (4), СКТ с ан-

гиографией (8). По протяженности зоны некроза: сегментарный некроз тонкой кишки имел место у 21 больного; обширный некроз – у 25, субтотальное поражение тонкой и толстой кишки- у 8. Распространенный перитонит имел место у всех больных. Всем больным в экстренном порядке была выполнена резекция соответствующих по протяженности сегментов кишечника: сегментарная – у 19, обширная - у 25, субтотальная резекция тонкой и части толстой – у 8. У 17 больных контрольной группы во время первичного оперативного вмешательства был сформирован первичный межкишечный анастомоз, у 8 больных операцию закончили формированием энтеро(коло)стом. Живот ушивался наглухо. В основной группе резекция пораженного участка кишечника носила обструктивный характер: приводящий и отводящий сегменты зашивали наглухо механическим или ручным швом с укреплением линии швов пластиной Тахокомб. С целью декомпрессии тонкой кишки производили назоинтестинальную интубацию ее приводящих отделов. Первичную операцию заканчивали санацией, дренированием брюшной полости и формированием лапаростом для последующего проведения программы релапаротомий. Для временного закрытия брюшной полости использовали узловые лигатуры на апоневроз или кожу в зависимости от уровня внутрибрюшного давления (ВБД). Показания к очередной санации выставлялись на предыдущей операции по клинической картине в брюшной полости и по динамике ВБД. Уровень ВБД использовали для оценки своевременности выполнения очередных программированных релапаротомий и завершения программы санационных релапаротомий. Количество программированных релапаротомий составляло от 2 до 4 (3,62 релапаротомий на 1 больного). Резекция краев при программированных релапаротомиях была выполнена 2 больным (7,5%). При завершении программы релапаротомий накладывали отсроченный межкишечный анастомоз «бок в бок» однорядными внутриузловыми серозно-мышечно-подслизистыми атравматическими ручными швами (8) или степлерным швом (19) с укреплением анастомоза пластиной Тахокомб: у 23 больных сформирован тонко-тонкокишечный, у 4 – тонко-толстокишечный анастомоз. У 9 больных после формирования анастомоза выполняли дополнительную релапаротомию для оценки состояния анастомоза. Для профилактики спаечного процесса в брюшной полости у больных основной группы при завершении программы релапаротомий использовали противоспаечный барьер Колгару. В контрольной группе частота послеоперационных осложнений составила 52 % (13больных): у 2 - несостоятельность анастомоза, у 3 - эвентрация, у 1- некроз стомы, у 2 - раневые инфекцион-



ные процессы, у 2 - п/о пневмония, у 3 – СПОН, сепсис. У 24% больных характер п/осложнений потребовал вынужденной релапаротомии. Средняя длительность стационарного лечения – 22,4+6,0 койко-дня. Кроме того, 6 больных второй группы выписаны с еюно-илеостомами, которым в последующем потребовалась реконструктивно-восстановительная операция. Послеоперационная летальность - 40% (10). Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 37,0%: инфекционные процессы в ране - у 3; воспалительный инфильтрат брюшной полости – у 1 больного; острый инфаркт миокарда - у 1; пневмония - у 3; СПОН - у 2. Средняя длительность стационарного лечения – 18,0+4,5 койко-дней. Летальность в основной группе составила 25,9% (7). Таким образом, обструктивная резекция и первично-отсроченный анастомоз, укрепленный пластиной Тахокомб, при программированных релапаротомиях, являются возможным тактическим решением у больных с ОНМезК с некрозом тонкой (толстой) кишки и перитонитом: формирование первично отсроченных анастомозов позволило уменьшить частоту осложнений, снизить госпитальную летальность и исключить необходимость повторных реконструктивных операций в отдаленном периоде.

58. РОЛЬ МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель – улучшение результатов лечения ущемленных обширных и гигантских грыж путем прогнозирования и профилактики развития синдрома абдоминальной компрессии, как основной причины ранних послеоперационных осложнений. **Материал и методы.** Проведен анализ результатов оперативного лечения 640 больных с вентральными грыжами в клинике общей хирургии №2 ДОННМУ (ЦГКБ №6 г.Донецка) за период 2005-2015 гг. Оценку грыж проводили с использованием SWR-classification (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999): по локализации (M, L, ML), частоте рецидивов (R1-...), ширине грыжевых ворот (W1-до 5 см, W2-5-10 см, W3-10-15 см, W4->15 см), в сочетании с классификацией Тоскина К.Д. и Жебровского В.В. (1980) для распределения по размеру грыжевого содержимого. Из общей когорты обширные и гигантские

грыжи выявлены у 42 (6,6 %) больных, среди них ущемленные – у 18 (42,8%) больных. Мониторинг абдоминального давления проводили через мочевого катетер с оценкой по водной шкале на различных этапах (до операции, во время и после операции) в динамике, в том числе во время выбора способа пластического закрытия грыжевых ворот. Наряду с оценкой внутрибрюшного давления рассчитывали абдоминальное перфузионное давление (определяется как разница между средним артериальным давлением и внутрибрюшным давлением) и индекс объема грыжи (V грыжи/V живота – рассчитывали по математическим формулам и с помощью дополнительных методов обследования).

Результаты и выводы. По размеру грыжевых ворот все случаи были представлены W3-4, рецидивные грыжи у 11 больных (R2 n=8, R3 n=3). Превышение критических пороговых значений внутрибрюшного давления (15-20 мм рт. ст. = 204-272 мм вод.ст.) отмечено у всех больных с ущемленными грыжами до операции. У 10 из 18 больных уровень абдоминального давления превышал 35 мм рт.ст. (476 мм вод.ст.) – 100% риск развития синдрома абдоминальной компрессии. Перфузионное давление ниже 60 мм рт.ст отмечено у 17 (94,4 %) больных до операции. Индекс объема грыжи у всех больных был выше 0,2, что составляет более 20 % общего объема брюшной полости и соответствовало 2-3 степени абдоминальной компрессии. Мониторинг компрессионных показателей после операции в связи с оценкой способа герниорафии показал наибольший риск развития синдрома абдоминальной компрессии после sublay и местными тканями+onlay способами. Летальность в группе – 27,7 % (5 больных), из них у 4-х умерших летальный исход достоверно был связан с развитием синдрома абдоминальной компрессии. С 2010 года разработан алгоритм лечебной тактики, который учитывает риск развития синдрома абдоминальной компрессии с использованием основных показателей (внутрибрюшное и перфузионное давление, индекс объема грыжи), определяемым перед операцией и во время операции. При этом во время герниорафии учитывается выбор способа закрытия грыжевого дефекта и размещения сетчатого протеза в сочетании с другими лечебными методами (назоинтестинальная интубация, управляемая лапаростомия и др.) на основании полученных данных (поддержание внутрибрюшного и перфузионного давления до уровня критических значений). Мониторинг внутрибрюшного и перфузионного давления после операции служит контролем для профилактики развития синдрома абдоминальной компрессии. Лучшие результаты лечения с наименьшим риском развития синдрома абдоминальной компрессии были получены



при использовании ретромускулярной (underlay) в сочетании или без inlay-пластики и обязательной интубацией кишечника, что позволило снизить летальность, значительно сократить случаи выполнения релапаротомий и лапаростомий у больных с обширными и гигантскими ущемленными грыжами.

59. СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Исаев Г.Б., Ахвердиев Б.Д.

Баку, Азербайджанская Республика

Научный Центр Хирургии им. академика
М.А.Топчубашова

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения хронического калькулезного холецистита (ХКХ), сочетающихся с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДНП).

Методы исследования. В НЦХ за последний 10 лет было выполнено 1350 плановых холецистэктомий. Возраст больных варьировал с 18 до 75 лет. В дооперационном периоде проводили общеклинические и инструментальные методы обследования (УЗИ, ФЭГДС, рентген, КТ, внутривентрикулярная манометрия, определение желчных кислот в желудочном содержимом). Контрольную группу составили 40 больных перенесшие только холецистэктомию. В послеоперационном периоде качество жизни определяли с помощью опросника японских авторов; статистической обработки результатов. Качество жизни в группе исследования было выше, чем в контрольной группе. Желчные кислоты в группе исследования были меньше, чем в группе сравнения. Результаты. Из общего числа больных у 225 (16,6%) установили ХДНП; из них у 75 (33,3%) выполняли одновременно видеолапароскопическую операцию устранения ХДНП + холецистэктомию (женщин было -54, мужчин -31). Сперва устраняли ХДНП после чего -холецистэктомию. В зависимости от тяжести ХДНП у 20 больных выполнена операция Стронга, у 19 - Стронг+ пилоропластика по Витебскому, у 16 - Стронг+ миотомия и у 6 больных - операция Стронга+миотомия+пилоропластика. Выводы. У 16,6% больных ХКХ выявлена ХДНП. В зависимости от тяжести ХДНП Применение симультанной операции по устранению ХДНП с последующей холецистэктомией в

85% случаях способствуют снижению частоты ПХС. Качество жизни пациентов в основной группе было выше, чем у пациентов контрольной группы.

60. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ.

Андреева М.Б., Магамет В.П., Курятников А.В.

Краснодар

ГБУЗ КГК БСМП

В рутинной хирургической практике принято считать острое нарушение артериального мезентериального кровообращения (ОАНМК) редким и фатальным заболеванием. Основным фактором, определяющим перспективы лечения, является обратимость острой ишемии кишечника, имеющая ограниченные временные рамки. У значительной части пациентов некроз кишечной стенки наступает до обращения в лечебное учреждение, в тоже время задержка в диагностике наблюдается и на госпитальном этапе.

Цель исследования: Изучить возможности клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики ОАНМК с созданием оптимального по времени и информативности диагностического алгоритма. Материалы и методы Клинические проявления и возможности методов диагностики изучены у 388 больных с острыми нарушениями артериального мезентериального кровообращения, оперированных в период 2002-2012гг. в Больнице скорой медицинской помощи г. Краснодара. Для динамической оценки характера симптомов все больные разделены на две группы - инкурабельных больных (перенесших эксплоративную лапаротомию) в количестве 126 пациентов и курабельных больных (перенесших лечебную лапаротомию) - 262 больных. В обеих группах определены основные симптомы заболевания и набор информативных параметров дополнительных исследований, из которых сформирован диагностический алгоритм. Для оценки эффективности диагностического алгоритма выделены группа сравнения (алгоритм не применялся) в количестве 73 человек и группа исследования (с применением алгоритма) - 189 больных. Критериями оценки эффективности применения алгоритма диагностики были: продолжительность госпитального предоперационного периода, поэтапное распределение случаев наблюдения при хирургической ревизии.



Результаты исследования. Выявлены устойчивые признаки заболевания: болевой синдром 387 (99,6%) наблюдений, динамическая кишечная непроходимость 251 (64,7%), нарушения ритма сердца 330 (85,1%), несоответствие болевого синдрома данным пальпации живота (мышечное напряжение 182 (46,9%), перитонеальные знаки 300 (77,3%) лейкоцитоз 279 (71,9%). Сочетание таких неоднородных признаков как абдоминальный болевой синдром и нарушения ритма сердца является основой диагностического алгоритма острого нарушения артериального мезентериального кровообращения и определяет показания к компьютерной томографии и лапароскопии. Чувствительность последних для всех видов нарушения брыжеечного кровообращения составляет 94,6% и 75,5% соответственно. Оценка эффективности диагностического алгоритма проводилась по продолжительности предоперационного периода и количеству оперированных больных на обратимой стадии заболевания. Группа сравнения представлена 73, группа исследования - 189 больными. Госпитальный предоперационный период в группе сравнения составил $27,0 \pm 9,4$ часа, количество пролеченных в стадии ишемии 4(5,4%), в группе исследования соответственно $15,0 \pm 7,6$ часа и 40(21,2%) пациентов.

Выводы. Сокращение предоперационного периода в 1,8 часа и большее количество пролеченных в донекротической стадии свидетельствуют о действенности диагностического алгоритма.

61. 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

*Дербенёв В.В., Григович И.Н., Иудин А.А.,
Гольденберг И.Г.*

Петрозаводск

Карельский Центр Детской Хирургии

В Карельском Центре Детской Хирургии (КЦДХ) первая лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) выполнена в декабре 2000 года. Следует сказать, что от начала клинического применения лапароскопического метода в детском хирургическом отделении до проведения первой видеолапароскопической аппендэктомии прошло 10 лет, в течение которых в клинике широко применялась диагностическая неотложная лапароскопия (ДНЛС) у детей с острым абдоминальным синдромом, и был накоплен определенный опыт в лапароскопических обследованиях практически всех возрастных групп детей. Результатом использования ДНЛС стало 20-кратное снижение удельного веса

неоправданных лапаротомий с 21% до 1,5% – 0%. С 2000 по 2016 годы выполнено 328 видеолапароскопических аппендэктомий, ежегодно лапароскопически выполнялось от 7,4% до 44,7% от всех аппендэктомий, в среднем за год 20%. Возраст оперированных был от 5 месяцев до 17 лет, мальчиков было 185 (59%), девочек 128 (41%). Все 328 ЛА выполнены лигатурным способом с применением петли Рёдера (хромированный кетгут №0) и биполярной коагуляцией брыжеечки аппендикса и самого аппендикса у основания, в зоне его пересечения, на 4 – 5 мм дистальнее петли Рёдера. Культю отростка обрабатывали марлевым шариком со спиртовым 0,5% раствором хлоргексидина. После извлечения отростка из брюшной полости проводили тщательный туалет с полным удалением выпота, в тех случаях, когда имелся воспалительный выпот в брюшной полости. В случаях перитонита 2 - ст. проводили лапароскопическую санацию брюшной полости. У всех больных морфологически подтвержден диагноз деструктивного аппендицита: в 303 (92%) случаях диагностирован флегмонозный аппендицит, в 25 (8%) случаях гангренозный. У 53 (16%) оперированных деструктивные формы аппендицита были осложнены перитонитом: у 24 детей первой степени и у 29 детей второй степени (по С.Я.Долецкому). Продолжительность 179 (55%) ЛА составила от 10 до 30 минут, 126 (38%) операций от 31 до 60 минут, более часа (61 - 75 минут) продолжались 23 (7%) лапароскопических аппендэктомий, максимальная продолжительность двух ЛА составила 100 и 105 минут. Переход на открытую лапаротомию произошёл при 4 ЛА (1,2%), причиной конверсии был у 2 детей выраженный спаечный процесс в зоне илеоцекального угла и в 2-х случаях технические осложнения во время операции. Осложнения ЛА отмечены у 17 (5,2%) оперированных детей. Внутрибрюшинные осложнения преобладали 11 (3,4%), внеполостные осложнения отмечены у 6 детей (1,8%). Для лечения осложнений 8 (2,4%) детей были оперированы, консервативное лечение успешно проведено у 9 (2,7%) детей. Летальных исходов после ЛА не было. Выводы: По сравнению с традиционными открытыми операциями, после ЛА отмечались: - существенное снижение послеоперационного спаечного процесса в брюшной полости, - минимальный болевой послеоперационный синдром, - быстрая реабилитация пациентов после вмешательства, - отличные косметические результаты.



62. НАРУШЕНИЕ КОЛЛАГЕНООБРАЗОВАНИЯ, КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

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

Симферополь

КФУ, Медицинская академия имени
С.И.Георгиевского

Цель работы: изучить особенности коллагенообразования у больных с послеоперационными вентральными грыжами. Грыжа любых размеров является сложной многоплановой патологией. Это полиэтиологическое заболевание и единой теории возникновения этого заболевания нет. Одной из причин образования послеоперационной вентральной грыжи является недостаточный биосинтез коллагена фибробластами апоневроза, нарушение его структуры. Коллаген является конечным продуктом деятельности фибробластов. I и III типы коллагена являются важнейшими среди 29, участвующих в заживлении ран и грыжеобразовании. I тип коллагена преимущественно встречается в зрелом, прочном рубце, в то время как III тип – неполимерный, растворимый и определяется на ранних стадиях заживления ткани. Все вышесказанное предопределило цель нашего исследования. Изучены ткани грыжевых ворот и грыжевого мешка у 42 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Коллагены типировали моноклональными антителами к коллагенам I, IV типов (Novocasta Labolotories Ltd.) и коллагену III типа (IM- ТЕК, Ltd, Россия). Полученные нами данные об особенностях коллагенообразования в соединительнотканном компоненте апоневроза, свидетельствуют о большом накоплении зрелого интерстициального коллагена I типа в тканях грыжевого мешка и, на оборот, об усиленном образовании молодого интерстициального коллагена III типа в зоне грыжевых ворот. Данный факт может свидетельствовать о нарушении процесса созревания молодого интерстициального коллагена в более зрелый коллаген в тканях, поскольку давно уже показано, а на сегодняшний день общепризнано, что коллаген III типа может быть предшественником коллагена I типа. Возможно, это связано с генетическим дефектом, играющим немаловажную роль в развитии соединительнотканых дисплазий. После того, как грыжа сформировалась, процесс нарушения коллагенообразования усугубляется, вследствие присоединившихся сосудистых расстройств и связанной с этим хронической гипоксией в тканях грыжевого мешка. Как известно, гипоксия вызывает не только дистрофические изменения, а и влияет на процессы коллагеноо-

бразования. В частности известно, что гипоксия стимулирует процессы созревания соединительной ткани, приводя к развитию склероза. В наших наблюдениях это подтверждается преобладанием коллагена I типа, как в тканях грыжевых ворот, так и в тканях грыжевого мешка. Известно, что преобладание среди интерстициальных коллагенов более зрелого коллагена I типа свидетельствует о наличии склеротических процессов. Однако высокий показатель коллагена III типа в тканях грыжевых ворот наводит на мысль о том, что по сравнению с тканями грыжевого мешка этот процесс заторможен. В грануляционной ткани вне зависимости от её локализации преобладал коллаген III типа, что характерно для молодой соединительной ткани. Интересно, что коллаген I типа отмечался вокруг фибробластов, что подтверждает имеющиеся в литературе сведения о том, что фибробласты способны синтезировать не только молодой коллаген III типа, а и зрелый коллаген I типа. При сравнении количественных показателей интенсивности свечения коллагена I и III типов в грануляционной ткани оказалась, что накопление коллагена I типа было достоверно большим в грануляциях грыжевого мешка, а коллаген III типа – в грануляционной ткани грыжевых ворот. Таким образом, на ранних этапах формирования соединительнотканного компонента уже просматриваются предпосылки к формированию более «слабой» соединительной ткани в зоне грыжевых ворот. Сравнив показатель интенсивности свечения коллагена I и III типов в мышечной ткани, мы обнаружили, что количество как коллагена I типа, так и коллагена III типа в мышечной ткани грыжевых ворот было меньше, по сравнению с мышечной тканью грыжевого мешка. Это не противоречит данным нашего гистологического исследования, при котором были выявлены более грубые склеротические процессы именно в миоцитах. По данным литературы более выраженный склероз и липоматоз характерны для грыжевого мешка. Возможно, это также является проявлением «слабости» тканей брюшной стенки, где формируются грыжи. В свою очередь более выраженный склероз в грыжевом мешке может быть связан с более выраженной гипоксией в этих тканях, по сравнению с тканями грыжевых ворот. Коллаген IV типа был выявлен в составе базальных мембран сосудов, как в тканях грыжевых ворот, так и в тканях грыжевого мешка. Как известно, коллаген IV типа, является общепризнанным коллагеном базальных мембран, именно благодаря нему базальные мембраны сосудов характеризуются стабильностью и нерастворимостью. Анализируя в целом данные морфологических исследований клиники, можно сказать, что под влиянием хронического воспаления происходят циклические процессы рубцевания, соединительного и жирового перерождения мышечной ткани, дистрофии



апоневроза и фасций. После того, как послеоперационная вентральная грыжа сформировалась, процесс нарушения коллагенообразования усугубился, вследствие присоединившихся сосудистых расстройств и связанной с этим хронической гипоксией в тканях грыжевого мешка. Как известно, гипоксия вызывает не только дистрофические изменения, а и влияет на процессы коллагенообразования. В частности известно, что гипоксия стимулирует процессы созревания соединительной ткани, приводя к развитию склероза. Образуется порочный круг, который может разорвать только проведенная рациональная реконструктивно-восстановительная операция. Но будет ли она последней?

Вывод. Нарушение коллагенообразования является одной из основных причин возникновения и рецидивирования послеоперационных вентральных грыж, что требует дальнейшего изучения данной проблемы на генетическом уровне.

63. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ

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

Симферополь

КФУ, Медицинская академия имени
С.И.Георгиевского

Проблема общего послеоперационного перитонита в последние годы приобрела характер самостоятельного направления в абдоминальной хирургии. По последним литературным данным, он возникает у 0,7-1% оперированных больных и может возникнуть после любой хирургической операции на органах брюшной полости. Вместе с тем, летальность больных с общим послеоперационным перитонитом остается чрезвычайно высокой и составляет от 46,3% до 80% что обуславливает актуальность изучения данной проблемы. Проведен анализ лечения 113 больных с послеоперационным перитонитом, возникшим как осложнение после различных вмешательств на органах брюшной полости. Согласно нашим данным наиболее частыми причинами развития общего послеоперационного перитонита были несостоятельность кишечных швов и интраоперационные ошибки хирургов. У всех больных общий послеоперационный перитонит диагностировался до и верифицирован путём ревизии брюшной полости во время релапаротомии, а также с помощью бактериологических и патоморфологических методик. Посевы экссудата на питательные среды выявили следующее: в чистой культуре бактерии выделены у 18 больных - это стафилококк и кишечная палочка.

У остальных 85 больных (76%) была налицо ассоциация микробов – кишечная палочка + протей + синегнойная палочка; стафилококк + протей + кишечная палочка. Анаэробные микроорганизмы чаще всего определялись у больных с перитонитом после операций по поводу острого аппендицита и операций на толстом кишечнике. Бактериальная обсеменённость неклостридиальными анаэробами, являющимися основными представителями нормальной кишечной аутофлоры, наблюдалась, в основном, в тех случаях, когда имело место многодневное (более 5 суток) течение послеоперационного перитонита. У 8 больных выявлен анаэробный клостридиальный перитонит (у 4 из них наблюдалась молниеносная форма течения), характеризующийся крайне тяжёлой, быстро прогрессирующей интоксикацией организма больного с характерной клинической картиной. При экспресс-бактериологическом исследовании преобладала доминирующая *Cl.perfringens*. Микробная обсеменённость при хирургических формах послеоперационного перитонита изучена у 22 больных. Из них у 14 она достигала 1010-1012 КОЕ, у 8 - 108-1010 КОЕ, что свидетельствовало о тотальной обсеменённости брюшной полости. Одновременно изучалась микробная обсеменённость раны после релапаротомии у 14 больных. Характерно, что у всех пациентов в конце операции посевы с краёв мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки дали рост контаминационной микрофлоры, идентичной выпоту брюшной полости, причём количество бактерий в 1 г ткани у 11 больных превышало критический уровень (свыше 109 КОЕ в 1г ткани во всех разведениях (1:10; 1:100; 1:1.000)). В ходе патоморфологических исследований наряду с выраженными дистрофическими изменениями морфологических структур в толще фибриновых наложений обнаружено множество микробов, что являлось важнейшим критерием в определении необходимости плановых релапаротомий. Таким образом, микробный фактор и связанная с ним интоксикация играют главную роль в патогенезе послеоперационного перитонита, а тяжесть течения осложнения во многом зависит от общего количества проникнувших в брюшную полость микроорганизмов, их вирулентности и состояния реактивности макроорганизма. При послеоперационном перитоните инфекция имеет полимикробный характер с преобладанием неклостридиальных бактерий. Вывод: Учитывая существенные различия в чувствительности анаэробов к лекарственным средствам, а также неодинаковую роль анаэробов и аэробов в течении послеоперационного перитонита, данный факт необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий.



64. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ХОЛЕДОХА

Костырной А.В., Гербали О.Ю.

Симферополь

КФУ, Медицинская академия имени
С.И.Георгиевского

В клинике оперировано 12 пациентов с кистами холедоха. Во всех случаях диагноз был выставлен по результатам ультразвукового исследования гепатопанкреатодуоденальной зоны. Использовалась классификация кист желчных протоков по Todani. В 4-х наблюдениях течение заболевания осложнилось механической желтухой. У 8-ми пациентов при ультразвуковом исследовании и интраоперационной диагностике был блокирован желчный пузырь. Во всех случаях выполнялась холецистэктомия, 2 пациентам был наложен цистоинтестинальный анастомоз - из-за тяжелого общего состояния и плотной фиксацией кисты с соседними структурами, 5 больным выполнено холедоходуоденоанастомоз и в 5 случаях восстановление пассажа желчи выполнено анастомозирование общего печеночного протока с петлей тощей кишки, мобилизованной по Roux-en-Y. С целью разгрузки линии анастомоза и выполнения каркастности устанавливался трубчатый дренаж, который выводился через кишку мобилизованную по Roux-en-Y. К зоне анастомозов устанавливали трубчатый дренаж для продолжительного дренирования. В одном случае имело место незначительное и кратковременное подтекание желчи по котрольному дренажу, самостоятельно прекратившееся. Одно наблюдение на наш взгляд было не стандартно - пациентка 23 лет, восточного происхождения, госпитализирована в хирургический стационар через неделю после родов ввиду нарастающего болевого синдрома в правом подреберье (обусловленный гипертензионным синдромом), увеличением в размерах кистозного образования в течение 2-х недельного наблюдения с 5,0 x 4,0 см до 17,0 x 15,0 см с резким нарастанием сразу же после родов и механической желтухой, уровень общего билирубина 130,0 мкмоль/л при госпитализации в роддом был с нормальными показателями. Выполнен следующий объем операции - в виду отключенного желчного пузыря - холецистэктомия. С большими техническими трудностями в виду плотной фиксации кисты к антральному отделу желудка, а в большей степени к верхней горизонтальной и нисходящей частей двенадцатиперстной кишки и к головке поджелудочной железы выполнена резекция кисты с наложением гепатикоеюноанастомоза по Roux-en-Y на каркасном дренаже. При

интраоперационном контрастировании кисты и желчных путей не выявлено общего желчного протока. Через 5 дней больная повторно оперирована в виду интраоперационной травмы поджелудочной железы и развившегося послеоперационного панкреатита. В послеоперационном периоде на 3 и 10 сутки выполнена фистулография через оставленный каркасный дренаж - и выявлено, что гепатикоеюноанастомоз функционирует, а выше него в 3,0 см ближе к левой доли имеется добавочный проток открывающийся в тонкую кишку и по всей вероятности дренировал печень в течение 23 лет. **Выводы:** Редкое наблюдение позволяет усомниться в том, что все в абдоминальной хирургии XXI века известно и понятно.

65. ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ РЕПЛАНТАЦИИ ЛЕВОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ ПЛЕЧА У ПОСТРАДАВШЕГО С ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

*Эргашев О.Н.(1), Белоусов А.Е.(2), Жигало А.В.(3),
Ветошкин А.А.(4), Биято А.О.(5)*

Санкт-Петербург

1)ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», 2)ООО «Клиника доктора Куприна», 3) Международный медицинский центр «СОГАЗ», 4) ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины»

Цель исследования: Установить возможность выполнения реплантации крупного сегмента конечности у больного с тяжёлой сочетанной травмой в условиях травмоцентра 2-го уровня.

Материалы и методы: Пострадавший Ч., 39 лет, доставлен в приёмный покой МУЗ «Кировская ЦРБ» спустя 40 минут после травмы на производстве. После клинико-лабораторного обследования поставлен диагноз «тяжёлая сочетанная травма груди, живота, конечностей. Закрытая травма груди. Множественные переломы рёбер с IV по XI по срединно-ключичной и задней подмышечной линиям слева с формированием передне-бокового рёберного клапана, с повреждением и ушибом левого лёгкого. Левосторонний закрытый пневмоторакс, ушиб сердца. Закрытая травма живота с повреждением селезёнки 4 степени. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Множественная травма конечностей. Полный отрыв левого плеча на уровне средней трети. Закрытый оскольчатый перелом костей левой голени на границе средней и нижней трети со смещением отломков. Острая дыхательная недостаточность 2 степени. Острая массивная кровопотеря. Травма-



тический шок II степени». Тяжесть повреждения по шкале ВПХ-П (МТ) составила 19,9 баллов. По шкале ISS 42,6 баллов. По неотложным показаниям в остром периоде травматической болезни были выполнены - дренирование левой плевральной полости, спленэктомия, иммобилизация переломов костей левой голени аппаратом КСТ. После стабилизации жизненно важных функций, по срочным показаниям выполнена реплантация левого плеча с первичным швом плечевой артерии и вены, локтевого нерва интрамедуллярным остеосинтезом плечевой кости стержнями ЦИТО. По мере стабилизации жизненно важных функций пострадавший на 14-е сутки после травмы переведён в Ленинградскую областную клиническую больницу (ЛОКБ). В ОАИР ЛОКБ проводилась комплексная терапия по поводу местных, висцеральных и генерализованных инфекционных осложнений. На 26 сутки после травмы выполнена свободная аутодермопластика расщеплённым кожным трансплантатом (0,2 мм) гранулирующих ран верхней трети левого плеча. Через 46 суток в 4-м периоде травматической болезни после травмы демонтирован спицестержневой аппарат, выполнен погружной остеосинтез левой большеберцовой кости пластиной с угловой стабильностью винтов. Через 3 месяца после травмы выполнена операция - транспозиция торако-дорсального лоскута (с широчайшей мышцей спины) на плечо, аутоневральная пластика дефекта срединного и лучевого нервов в средней трети плеча трансплантатами из икроножных нервов правой и левой голени. Комбинированная пластика дефектов кожи на плече и в донорской зоне. После операции пострадавший прошёл несколько курсов восстановительного лечения.

Результаты: В настоящее время у пациента восстановлены движения в плечевом и локтевом суставах, имеется чувствительность на кисти. Пациент выполняет кулаковый захват кисти. Кроме того, частично восстановлена функция пальцев. Однако разгибание в лучезапястном суставе обеспечить не удалось.

Вывод: Установлена возможность выполнения реплантации крупного сегмента конечности у больного с тяжёлой сочетанной травмой в условиях травмоцентра 2-го уровня. Использование многоэтапной хирургической тактики лечения дало возможность выполнить реплантации крупных сегментов конечностей больным с тяжёлой сочетанной травмой в условиях травмоцентра 2-го уровня специализированными бригадами травмоцентра 1-го уровня с последующим переводом в специализированный стационар для выполнения реконструктивных операций и реабилитации, а также позволило восстановить функции конечности.

66. ТРАНСЛОКАЦИОННАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ

Макаров Н.В. (1), Бутырский А.Г. (2)

Симферополь

- 1) ГБУЗ РК "Ялтинская горбольница №1",
- 2) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского

Цель: показать эффективность транслокационной проктопластики (ТЛПП) (патент Украины №58849) в лечении экстрасфинктерных параректальных свищей (ЭПС) за счет разрешения воспалительной компоненты.

Материалы и методы: Работа выполнена на основе результатов обследования и лечения 56 пациента с ЭПС. Для проведения сравнительной оценки изучаемых параметров оперированные больные были разделены на две группы — основную (29 пациентов), оперированных с использованием ТЛПП, и контрольную группу (27 человек), пациенты которой были оперированы лигатурным методом. Мужчины составили в основной группе 77,8%, женщины — 22,2%, в контрольной группе — соответственно 73,3% и 26,7%. Возраст пациентов основной группы составил $44,8 \pm 1,1$ года, пациентов контрольной группы — $43,3 \pm 0,9$ года ($p > 0,05$). В качестве маркера воспаления был избран С-реактивный белок (СРБ). Концентрацию СРБ определяли методом кинетической турбидиметрии с латексным усилением на автоматическом иммунохимическом анализаторе специфических белков Immage 800 фирмы «Westan Couter» (США). Референтные значения СРБ составили в I группе $3,21 \pm 0,15$ мг/л, во II группе — $3,12 \pm 0,16$ мг/л. Данные были обработаны методом вариационной статистики.

Результаты: на 3-и сутки уровень СРБ составил в I группе — $4,12 \pm 0,27$ ($p_{10,05}$) и $4,48 \pm 0,61$ ($p_{10,05}$) и $3,73 \pm 0,57$ ($p_1 > 0,05$, $p_2 > 0,05$), где p_1 — достоверность разницы между показателями в день изменения и перед операцией, p_2 — достоверность разницы между группами в день измерения. Анализ изменений СРБ показывает, что при применении метода ТЛПП в послеоперационном периоде на 3-и сутки имеет место выраженная воспалительная реакция. Но на 7-ые сутки показатели СРБ приходят к норме, что, по нашему мнению, говорит о том, что травма тканей при операции минимальна, и спокойное течение послеоперационного периода приводит к быстрому разрешению воспалительного процесса. В контрольной группе уровень СРБ на 3-и сутки достоверно выше аналогичных показателей в основной.



67. СФИНКТРОМЕТРИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Селиванов А.В., Бутырский А.Г., Леоненко С.Н.

Симферополь

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

Цель: показать преимущества предложенного способа раздельной закрытой геморроидэктомии (РЗГ) (Патент Украины на полезную модель № 82344) для лечения хронического комбинированного геморроя (ХКГ). Материалы и методы: в исследование вошел 131 больной с ХКГ, прооперированный различными методами; среди них 75 женщин (49,7%) и 76 мужчин (50,3%) в возрасте от 22 до 73 лет, средний возраст больных составил $46,5 \pm 1,6$ года. Все больные были разделены на 3 группы: I группа (57 человек) – больные, которым была выполнена операция Миллигана-Моргана, II группа (47 человек) – больные, которым была выполнена операция Фергюсона, III группа (27 человек) – больные, которым была выполнена РЗГ. В качестве группы контроля для получения некоторых референтных значений (группа IV) были отобраны относительно здоровые люди в возрасте 40-50 лет без заболеваний прямой кишки, прошедшие лечение по поводу других заболеваний. Проводили сфинктерометрию с помощью пружинного сфинктерометра Аминева до операции и через 15 и 30 дней после операции. Показателями были тонус сфинктера (ТС), максимальная сила волевого сокращения (МСВС) и волевое усилие (ВУ). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. Результаты: до операции показатели сфинктерометрии составили в I группе: ТС $290 \pm 7,6$ г, МСВС $410 \pm 7,1$ г, ВУ $120 \pm 3,9$ г; во II группе - $280 \pm 6,3$, $390 \pm 8,2$ и $110 \pm 4,7$, в III группе - $300 \pm 8,1$, $430 \pm 8,8$ и $130 \pm 5,2$, в IV группе - $420 \pm 8,9$, $560 \pm 9,1$ и $140 \pm 4,2$ соответственно. Видно, что во всех группах отмечается достоверное снижение всех показателей сфинктерометрии ($p < 0,05$). А в группе III имеется статистически достоверный рост показателей в сторону нормализации. При этом все показатели становятся достоверно выше.

68. ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ SHAVE-ТЕРАПИИ (ШТ) В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНЫХ ЯЗВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

*Савинов И.С.(1), Ильченко Ф.Н. (1),
Бутырский А.Г. (1), Савинов С.Г. (2)*

Симферополь

- 1) Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского;
- 2) ООО "Центр флебологии доктора Савинова"

Цель: дать оценку предложенной технологии ШТ в сочетании с комплексным хирургическим лечением варикозной болезни класса С6 в условиях стационара одного дня. Особенности технологии лечения. Предоперационная подготовка в течение 2 недель включала топическое лечение для уменьшения воспаления в и вокруг ТЯ, эластическую компрессию, прием флеботоников. Антикоагулянты, антиагреганты отменялись за 5 дней до операции для профилактики смещения аутоаутодермиспонтата (АТ) за счет гематомы на месте аутодермопластики (АДП). В день операции пациенту назначали тромبو- и антибиотикопрфилактику. Всем пациентам хирургическое вмешательство проводилось с применением комбинации инфльтрационной, проводниковой и поверхностной анестезии. Хирургическое лечение включало эндовазальную лазерную коагуляцию (ЭВЛК) ствола БПВ на бедре, минифлебэктомию (МФЭ) и резекция несостоятельных перфорантов (РНП) в зоне предварительной маркировки. После ликвидации вертикального и горизонтального рефлюксов выполняли ШТ. Донорский лоскут толщиной 0,2 мм брали с передней/передне-латеральной поверхности бедра. Выполнялась перфорация АТ, после чего он помешался в специальный раствор (200 мл физраствора + 2 мл дексаметазона + 1 г цефуроксима) на 5-10 минут. Перед фиксацией АТ выполнялась послойная фиброзэктомия с толщиной среза 0,1 мм до появления капиллярного кровотечения и выравнивания язвенной поверхности. Перфорированный АТ расправлялся на поверхности ТЯ таким образом, чтобы перекрыть всю ее площадь и края кожи, и фиксировался с помощью атравматичного шовного материала 3/0. Кроме лигатур, фиксация АТ производилась с помощью наложения нескольких циркулярных слоев стерильных сетчатых покрытий и адгезивного бинта. Завершающим этапом накладывали эластичный бинт низкой растяжимости с последующей обязательной фиксацией адгезивным бинтом. Такая



многослойная адгезивно-компрессионная повязка позволяла избежать смещения АТ у амбулаторных пациентов. Через 4 часа после проведения оперативного лечения пациенты выписывались из отделения под амбулаторное наблюдение. В дальнейшем перевязки выполнялись каждые 3 дня до полного приживления АТ, швы снимали на 14-ые сутки после АДП. В течение первых двух недель эластическая компрессия осуществлялась круглосуточно для снижения риска ТЭО, далее только в дневное время. После заживления ТЯ больные переходили на ношение компрессионного чулка III класса компрессии в дневное время в течение 6 месяцев после ШТ. Материалы и методы. Для проведения исследования мы выделили 3 группы пациентов: I – 10 человек, которым выполнялось комбинированное хирургическое вмешательство (ЭВЛК, МФЭ, РНП) с последующей ШТ, II – 10 человек, которым выполнялась ЭВЛК, МФЭ и РНП с дальнейшим стандартным методом лечения вялогранулирующих ран согласно стадиям раневого процесса, III (10 человек) – только медикаментозно-компрессионная терапия со стандартным методом лечения вялогранулирующих ран. Эффективность анестезии оценивалась по методу С.В. Недзвецкого и соавт. с применением диагностического комплекса Ангиоскан-01. Полученные цифровые данные обработаны с помощью методов вариационной статистики. Результаты и обсуждение. При оценке анестезии в группах I и II получен результат $K_b=3,6\pm 0,4$, что говорит об адекватности применяемой анестезии объему оперативного вмешательства и отсутствии необходимости потенцировать или углублять анестезию. В I и II группе все ТЯ зажили, средний срок заживления соответственно составил $30,7\pm 0,9$ и $83,3\pm 3,9$ дня.

69. УЩЕМЛЕННЫЕ НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА В СТРУКТУРЕ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Дарвин В.В., Краснов Е.А., Васильев В.В.,
Белова В.А., Бубович Е.В.*

Сургут

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

Цель – проанализировать роль и место ущемленных грыж живота в структуре острой абдоминальной хирургической патологии. Клинический материал. За 10 лет (2006-2015г) в многопрофильное лечебное учреждение БУ ХМАО-Югры Сургутская

окружная клиническая больница госпитализировано 7010 пациентов с острой абдоминальной хирургической патологией, среди которых 182 (2,6%) – больные с ущемленными грыжами живота. Если общая летальность на всю группу больных с острой абдоминальной хирургической патологией составила 0,68% (48 больных), то у больных с ущемленными грыжами – 1,64%, то есть, в 2,4 раза выше (3 больных), что является объективным подтверждением важности данной нозологической формы. Анализу подвергнуты 182 больных с ущемленными наружными грыжами живота. Женщин было 90(49,5%), мужчин – 92 (50,5%). Возраст больных колебался от 30 до 85 лет (в среднем $56,5\pm 4,9$ лет). Сопутствующая патология диагностирована у 139 (76,4%) больных. Превалировали гипертоническая болезнь, хроническая ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, ожирение. По поводу ущемленной паховой грыжи – 67 (36,8%), ущемленной пупочной грыжи – 58 (32,4%), ущемленной послеоперационной вентральной грыжи – 38 (20,9%), ущемленной грыжи белой линии живота – 11 (6,8%), ущемленной бедренной грыжи – 7 (4,5%), ущемленной грыжи Спигелиевой линии – 1. В экстренной хирургии грыж особое внимание уделяли основным этапам подготовки к операции. В предоперационном периоде в связи с его кратковременностью решали основные вопросы диагностического, тактического, лечебного и профилактического характера. Во всех случаях проводили стандартный диагностический комплекс обследования: лабораторные и инструментальные исследования (УЗИ и рентгенологическое исследование брюшной полости и грудной клетки, ЭКГ). При решении тактических вопросов выделили основные – о необходимости и объеме экстренного оперативного вмешательства, о необходимости, сроках и объеме проведения предоперационной подготовки. Предоперационная подготовка (не более 1,5 час) включала в себя декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, инфузионную терапию, коррекцию выявленных во время обследования нарушений и сопутствующей патологии. Профилактические мероприятия в период подготовки к операции были направлены на предупреждение венозных тромбоземболических и гнойно-септических осложнений. У 107 больных (58,8%) была ущемлена пряжья большого сальника, у 94 из них выполнена резекция пряжди сальника в связи с некрозом; у 75 пациента (41,2%) было выявлено ущемление петли тонкой (71) и толстой (4) кишки, резекция сегмента с формированием первичного анастомоза выполнены у 25, у остальных жизнеспособность сегмента кишки была восстановлена после ликвидации ущемления. Натяжные способы пластики грыжевых ворот выполнены у 98 больных (53,9%), ненатяжные – у 79 (43,4%), у



5 больных (2,7%) пластика грыжевых ворот не выполнена, в связи с гигантскими размерами грыжи и высоким риском развития компартмент-синдрома (3) и флегмоной грыжевого мешка (2). С целью профилактики своевременной коррекции всем больным с большими и гигантскими грыжами производили измерение внутрибрюшного давления посредством тонометрии в мочевого пузыре. Измерение внутрибрюшного давления производили до начала операции, интродуцируя, после пластики грыжевых ворот, и в послеоперационном периоде. До-интраоперационное измерение внутрибрюшного давления являлось индикатором оптимальности выбранного способа пластики: выбранный способ пластики считался оптимальным, если его применение не приводило к повышению внутрибрюшного давления более 10-14 см водного столба. Результаты. Осложнения послеоперационного периода были диагностированы у 17 больных (9,3%): нагноение послеоперационной раны – у 9, гематомы и серомы – у 7, ОКН – 1. Послеоперационная летальность – 1,65% (3). Заключение. Таким образом, ущемленные грыжи живота, несмотря на небольшую долю (2,6%) в структуре экстренной абдоминальной хирургической патологии, сопровождаются летальностью более чем в 2 раза превышающей общую летальность в данной группе больных. В структуре ущемленных грыж преобладают паховые, пупочные и послеоперационные. Доля больших и гигантских в группе послеоперационных составляет 52,6%. Ненатяжная герниопластика в экстренной герниологии составляет 43,4% и требует оптимизации подходов к выбору способа пластики.

70. МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Гройзик К.Л., Костырной А.В., Гербали О.Ю.

Симферополь

КФУ, МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени С.И.ГЕОРГИЕВСКОГО

Стремление улучшить показатели лечения острого панкреатита всегда побуждало исследователей к поиску прогностических критериев и шкал. Новым методом является изучение роли гипофибринемии как прогностического параметра ухудшающегося состояния у больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Фибронектин (ФН), относящийся к системе гликопротеидов, является важным регулятором активности, связующим звеном между системами гемостаза, иммунитета, и

цитокинового каскада. Уменьшение концентрации активного ФН в крови является прогностически неблагоприятным признаком. Вероятность благоприятного исхода заболеваний, сопровождающихся гипофибринемией, составляет 37,5 % против 90 % при нормальном содержании ФН. Использование лабораторного показателя плазменного ФН может использоваться как маркер тяжести состояния в динамическом контроле за качеством лечения при панкреонекрозе. Нормальные величины фибронектина в плазме здоровых людей составляют у взрослых — 323 ± 76 , у детей — $97,0 \pm 61,1$ мкг/мл. Определение уровня фибронектина в плазме крови проводилось с помощью тест-системы, предназначенной для твердофазного иммуноферментного анализа. Наряду со стандартной программой лечения больных панкреонекрозом была использована методика повышения уровня фибронектина. Самым доступным источником активного фибронектина является карантинизованная свежемороженая плазма крови. Условно были сформированы 2 группы пациентов с панкреонекрозом (в каждой было 15 человек). Тяжесть течения процесса в сравниваемых группах была идентична. Изучение влияния однократных инфузий карантинизованной гепаринизированной (5000 ЕД гепарина вводится во флакон плазмы после ее размораживания с последующей инкубацией в течении 1 часа) свежемороженой плазмы проводилось на пациентах первой группы. С целью «разблокирования» тканевого фибронектина перед инфузией гепаринизированной плазмы больному внутривенно вводилось 100,0 мл 4 % раствора бикарбоната натрия. Исследование включало 4 этапа: I – определение уровня фибронектина в плазме крови за 16 – 24 часа до операции, II – за 1 – 2 часа до операции, III – через 24-48 часа после операции, IV – на 3-4 сутки после операции. У больных, получавших лечебный комплекс карантинизованной гепаринизированной свежемороженой плазмы + гепарин + бикарбонат натрия через 4 часа после инфузии уровень плазменного фибронектина возрастал выше диапазона его физиологических колебаний и продолжал оставаться на физиологическом уровне до 24 часов после инфузии. Динамика отображена следующим образом: I этап - $126,8 \pm 1,7$; II этап - $415,7 \pm 6,7$; III этап - $357,2 \pm 8,4$; IV этап - $182,7 \pm 7,5$ мкг/мл. Статистика исходов лечения была таковой: в 1-ой группе умерло 2 пациента, во 2-ой группе 5 пациентов.

Вывод: При прочих равных условиях до- и послеоперационного лечения, можно предположить, что данная методика снижает риск развития септических осложнений и улучшает качество лечебной программы.



71. РЕЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА

*Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.,
Хабибуллин И.Д., Ярмухаметов И.М.,
Шарафутдинов Р.Р.*

Уфа

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день тактика этапного лечения пострадавших с тяжелой травмой живота представляет собой жизненно необходимую стратегию, достоверно снижая показатели летальности. Но отсутствие до сих пор единых подходов по многим вопросам в рамках данной стратегии, в частности по срокам выполнения релапаротомии, диктует проведение дальнейших научных изысканий. Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 42 пострадавших основной группы с тяжелой сочетанной травмой живота, которые подверглись этапному программированному хирургическому лечению. Тактика Damage Control (DC) нами применялась в следующих ситуациях: при сложности реанимации и стабилизации состояния пострадавших, когда период нестабильной гемодинамики продолжался более 2 ч; при невозможности остановить кровотечение прямым способом, особенно при наличии многоочаговых и многополостных источников геморрагии; при сочетанных и множественных повреждениях нескольких анатомических областей, равноценных по тяжести и приоритетности; при повреждениях, при которых требуются сложные реконструктивные вмешательства и при ожидаемой продолжительности операции более 6 часов; при большом объеме повреждений внутренних органов, при которых радикальная коррекция превышает физиологические пределы пострадавшего; при нестабильности гемодинамики (артериальное давление менее 90 мм рт. ст.), электрической нестабильности миокарда; при наличии острой массивной кровопотери (2-4 л); при тяжелых расстройствах гомеостаза с развитием гипотермии (температура тела менее 35°C), тяжелого метаболического ацидоза (рН менее 7,3), выраженной коагулопатии (показатель активированного частичного тромбoplastинового времени более 60 с, тромбоцитопения ниже 90x10⁹/л); при наличии дополнительныхотягощающих факторов у пациента в критическом состоянии: время опе-

ративного вмешательства более 90 мин, объем проведенной гемотрансфузии более 10 доз эритроцитарной массы. Пострадавшим контрольной группы релапаротомия выполнялась «по требованию» без учета нижеописанных критериев, ввиду чего в данное исследование они не включены. Из клинического материала были исключены пострадавшие, умершие в первые сутки после первичной операции, ввиду чего повторное оперативное вмешательство им проведено не было. Клинический материал был разделен на две подгруппы. Подгруппы были сравнимы по тяжести полученных повреждений. Средний балл оценки тяжести пострадавших по шкале ISS в выборке составил ($M \pm \sigma$) 45,0±11,1, в основной группе 47,4±11,3, в контрольной 43,1±11,0 ($p > 0,22$). В качестве критериев для определения сроков выполнения релапаротомии, как третьего этапа оказания помощи согласно стратегии DC, нами использовались показатели уровня лактата крови и показатели интраабдоминального давления (ИАД) у 19 пострадавших основной подгруппы. У 23 пострадавших контрольной подгруппы релапаротомия откладывалась до стабилизации состояния, как рекомендовано большинством авторов. Средний показатель уровня лактата крови при поступлении в основную подгруппу составил 2,69±0,92, в контрольной 2,45±0,77 ($p > 0,36$). Показатели ИАД у пострадавших при поступлении не приводятся, так как за счет болевого синдрома, напряжения мышц передней брюшной стенки данные показатели могут не соответствовать истинным. После первичной операции, выполненной в сокращенном объеме согласно доктрине DC, у пострадавших основной подгруппы устанавливался контроль за показателями уровня лактата крови и ИАД. Результаты исследования. Повторные оперативные вмешательства у пострадавших контрольной подгруппы были выполнялись не ранее чем через 48 часов в среднем через ($M \pm \sigma$) 62,7±11,4 часов. В случае явной стабилизации состояния пострадавшего (отключение от аппарата искусственной вентиляции легких и/или стабилизация гемодинамики) реоперация выполнялась через 2 суток. В случае сохранения признаков не стабильной гемодинамики, дыхательной недостаточности реоперация откладывалась, но не более чем на 82 часа. В основной группе помимо вышеперечисленных критериев ориентировались на динамику показателей уровня лактата крови и ИАД. Показанием к выполнению реоперации являлись увеличение в динамике или сохранение ИАД на уровне 20 мм рт. ст. и выше и/или увеличение в динамике или сохранение показателя уровня лактата крови на уровне 7 ммоль/л и выше в течение 6 часов. Таким образом, из 19 пострадавших основной группы следуя этим критериям через 24 часа реоперации



подверглись 9 несмотря на наличие инотропной поддержки и явления дыхательной недостаточности. Показаниями к выполнению релапаротомии в 4 случаях явилось повышение ИАД в течение 6 часов в среднем до $25,8 \pm 4,9$ мм рт.ст., в 3 случаях повышение уровня лактата крови в среднем до $8,2 \pm 1,3$ ммоль/л, в 2 случаях имело место сочетание повышенного ИАД и уровня лактата крови. Данным пострадавшим выполнена декомпрессионная релапаротомия, интубация и декомпрессия тонкой (гастроинтестинальным зондом) и ТК (трансанально), удаление временных тампонов и зажимов, окончательный гемостаз, формирование межкишечных анастомозов или кишечных стом, редренирование брюшной полости. Из данных 9 в 6 случаях операция завершена лапаростомией путем закрытия брюшной полости ушиванием на уровне кожи, ввиду невозможности первичного закрытия брюшной полости. Перед закрытием брюшной полости стягивали края лапаротомной раны до срединной линии, после чего измеряли ИАД через мочевого пузыря. При ИАД 15 и более мм рт.ст. лапаротомная рана ушивалась на уровне кожи. Далее 4 из этих пострадавших были реоперированы с целью ликвидации лапаростомы через $27,7 \pm 10,4$ часов, 2 из них скончались после второй реоперации. В послеоперационном периоде с целью купирования пареза кишечника им проводилась продленная перидуральная анестезия. В среднем релапаротомия в основной группе выполнена через ($M \pm \sigma$) $39,1 \pm 18,5$ часов. В сравнении с контрольной подгруппой различия в сроках выполнения релапаротомии статистически значимые.

72. ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.,
Хабибуллин И.Д., Ярмухаметов И.М.,
Шарафутдинов Р.Р.*

Уфа

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. На сегодняшний день остается нерешенной проблема хирургической тактики при обнаружении забрюшинных кровоизлияний (ЗК), малоизучена их роль в развитии пареза кишечника и синдрома кишечной недостаточности, что

и послужило поводом к проведению следующего экспериментального исследования.

Материал и методы. Нами проведен эксперимент на 30 беспородных кроликах с массой тела от 1800 до 2300 г, в среднем ($M \pm \sigma$) $2074 \pm 123,97$ г, которым в эксперименте моделировали ЗК по разработанному нами способу. Кролики были выбраны в виде экспериментальных животных по причине возможности удобного забора крови из периферической (ушной) вены. Данный способ заключается в следующем. Соблюдая все правила асептики и антисептики, у кролика производят забор крови необходимого объема из ушной вены. С целью предотвращения сворачивания крови предварительно в шприц следует набирать необходимое количество (в зависимости от объема крови) прямого антикоагулянта, например гепарина натрия в пропорции 15-20 МЕ на 1 мл крови. У кролика пунктируют ушную вену иглой диаметром 0,3-0,4 мм. Далее проводят забор крови в необходимом количестве. Затем, соблюдая все правила асептики и антисептики, чрезкожно пунктируют правое или левое забрюшинное пространство со стороны спины в поясничной области кролика, куда и вводят забранный объем крови. Место для пункции выбирают следующим образом. Определяют точку, находящуюся на середине расстояния между крестцом (началом тазовых костей) и последним грудным позвонком. Грудной отдел позвоночника определяют пальпаторно по наличию в данном отделе ребер. От данной точки делают отступ вправо или влево на половину ширины позвонка, то есть по паравертебральной линии, что определяют так же пальпаторно. Эта точка и служит местом выполняемой пункции. Далее в точке пункции в поясничную область вводят иглу диаметром 0,4-0,5 мм на глубину, которая пальпаторно определяется толщиной поясничных мышц – 25-30 мм. Через данную иглу в забрюшинное пространство вводят предварительно забранную у данного животного кровь. Оперативные вмешательства проводились под эфирным ингаляционным наркозом. За объем циркулирующей крови принимали 5,4% массы тела экспериментального животного. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы: - в I группу вошли 10 животных со средней массой тела ($M \pm \sigma$) $2077 \pm 129,7$ г, у которых произведен забор 5% объема циркулирующей крови – в среднем ($M \pm \sigma$) $5,6 \pm 0,35$ мл, с дальнейшим введением данного объема крови в забрюшинное пространство; - во II группу вошли 10 животных со средней массой тела ($M \pm \sigma$) $2058 \pm 147,4$ г, у которых произведен забор 10% объема циркулирующей крови – в среднем ($M \pm \sigma$) $11,13 \pm 0,79$ мл, с дальнейшим введением данного объема крови в забрюшинное пространство; - в III группу вошли 10 животных со средней массой тела



($M \pm \sigma$) $2087 \pm 102,4$ г, у которых произведен забор 15% объема циркулирующей крови – в среднем ($M \pm \sigma$) $16,89 \pm 0,85$ мл, с дальнейшим введением данного объема крови в забрюшинное пространство. Статистически значимых различий по массе тела животных, отнесенных к разным группам не было: в группах I-II, $p > 0,76$; I-III, $p > 0,85$; II-III, $p > 0,61$. В конце 1, 2 и 3 суток моделирования ЗК животным проводилось УЗИ ОБП. УЗИ проводилось на аппарате Vivid E фирмы GE (США) линейным широкополосным многочастотным датчиком 8L-RS с диапазоном частот: 4-13,3 МГц. Во время проведения УЗИ оценивалось наличие или отсутствие признаков синдром кишечной недостаточности (СКН), оценивалась его степень по существующим критериям. На 3 сутки после моделирования ЗК лабораторные животные выводились из эксперимента летальными дозами наркотического препарата и подвергались аутопсии. Результаты исследования. Анализ распределения частоты встречаемости различных степеней СКН по срокам эксперимента (суткам) в этих трех экспериментальных группах показал следующее. В первой экспериментальной группе на первые сутки эксперимента у всех кроликов отсутствовали какие-либо признаки или проявления СКН. На вторые сутки у двух кроликов (20%) были обнаружены признаки СКН первой степени, а на третий день у трех (30%). Однако в силу малочисленности группы математико-статистическая проверка при помощи критерия сравнения процентных долей показала, что эти изменения относительно первого дня эксперимента статистически незначимы ($p > 0,15$ и $p > 0,07$ соответственно). Незначима и разница в частоте встречаемости СКН первой степени на вторые и третьи сутки эксперимента ($p > 0,61$). Совершенно иная картина имела место во второй экспериментальной группе. Как видно на рис. 2., в этой группе уже на первые сутки эксперимента отсутствие СКН имело место лишь у шести животных (60%), а у четырех (40%) уже были обнаружены признаки СКН первой степени. На вторые сутки число случаев отсутствия СКН снизилось до одного (10%), доля СКН первой степени незначимо ($p > 0,65$) возросла до 50% и, что наиболее важно, у четырех животных (40%) обнаружили признаки СКН второй степени, полностью отсутствовавшие в этой группе на первые сутки, а в первой группе и течение всего эксперимента. На третьи сутки доля случаев СКН первой степени снизилась с 50% до 10%, хотя и незначимо ($p > 0,06$), доля случаев СКН второй степени также незначимо ($p > 0,38$) увеличилась с 40% до 60% и, что опять-таки наиболее важно были обнаружены три случая (30%) СКН третьей степени, в предыдущие сроки наблюдений не имевшие места в данной группе и совершенно отсутствовавшие в первой группе. Более радикальные изменения

в проявлениях СКН произошли в третьей группе. Как видно на рис. 30, здесь на первый день эксперимента имели место 70% случаев СКН первой и 30% СКН второй степени. На второй день доля СКН первой степени с 70% упала до нуля ($p > 0,09$). При этом оставшиеся 30% – случаи СКН третьей степени. Во второй экспериментальной группе на данном этапе таких случаев не было вообще. На третьи сутки эксперимента в третьей группе доля СКН второй степени значимо ($p > 0,19$). Однако наиболее важно, что в этой группе на третьи сутки эксперимента имели место три летальных исхода, которых ни разу не наблюдалось в предыдущие сроки и в двух других экспериментальных группах. Поскольку, надо полагать, что развитие СКН третьей степени является предшественником летального исхода, доля неблагоприятных состояний вообще на третьи сутки эксперимента составляет 90%, что значимо.

73. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

*Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.,
Хабибуллин И.Д., Ярмухаметов И.М.,
Шарафутдинов Р.Р.*

Уфа

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. В общей структуре абдоминальных травм повреждение толстой кишки (ТК) находится на 3-4 месте, наблюдаясь в 2,9 раза реже, чем травма тонкой кишки из-за более благоприятного анатомического расположения и составляет 4-17%, поэтому для ТК, как правило, необходимо более серьезное травмирующее воздействие на организм из вне. В связи с этим 70-89% травма ТК является множественной или сочетанной. Ранения ТК в встречаются в 12,4% случаях травмы живота (ТЖ). Летальность достигает 11%. Таким образом, в литературе нет единых подходов к ведению пострадавших с повреждением ТК, нет четких показаний к формированию первичного анастомоза или колостомы. Также отсутствует единый подход по поводу способов завершения резекции ободочной кишки. Все это определяет перспективы работы в данном направлении.

Материал и методы. На основе ретроспективного анализа результатов хирургического лечения 59 пострадавших с травматическими повреждениями ТК



из группы контроля, а так же на основании анализа литературных данных, касающихся данной проблемы, нами разработана шкала оценки риска несостоятельности швов при повреждении ТК, пользуясь которой нами выставлялись или не выставлялись показания к формированию (превентивной) кишечной стомы после ушивания повреждений ТК или после резекции ее сегмента с формированием первичного межкишечного анастомоза (илеостомы в случае повреждения правого фланга ТК). Анализ 9 случаев несостоятельности ушитых повреждений ТК контрольной группы при различных интраоперационных ситуациях показал, что во всех данных 9 случаях несостоятельности швов кишечная стома не формировалась, а выполнялось лишь ушивание места повреждения ТК или ее резекция. Соотношение шансов при столь малом числе случаев достоверно подсчитать невозможно, но если учитывать только частоту встречаемости несостоятельных швов, то в первом случае она составляет 53%, во втором 0%, по критерию Z это различие даже при малочисленной выборке статистически значимо ($p < 0,31$). По шкале OIS средняя тяжесть повреждения ТК составляла ($M \pm \sigma$) $3,17 \pm 1,1$ баллов, в основной группе $3,15 \pm 1,12$ баллов, а в контрольной $3,19 \pm 1,08$ баллов ($p > 0,91$). Всего среди поступивших пациентов мужчин было 104 (75,9%), женщин 33 (24,1%). Из них в основной группе мужчин было 60 (76,9%), женщин 18 (23,1%), в контрольной группе мужчин 44 (74,6%), женщин 15 (25,4%) Долевое соотношение мужчин и женщин в обеих группах также значимо не различалось ($p > 0,75$). Возраст пострадавших колебался от 17 до 76 лет, составляя в среднем ($M \pm \sigma$) $34,7 \pm 8,6$ лет. В основной группе средний возраст составил $33,5 \pm 9,5$ лет, в контрольной $35,1 \pm 7,9$ лет и значимо не различался ($p > 0,32$). В 27 случаях (19,7%) травма носила сочетанный характер. По ободочной кишке различий в частоте встречаемости закрытых и открытых травм между основной и контрольной группами не было ($p > 0,88$). По прямой кишке различия в частоте встречаемости оценить невозможно из-за малочисленности таких случаев. Всем пострадавшим обеих групп проводилась антибактериальная терапия, оперативные вмешательства выполнялись под интубационным наркозом с миорелаксацией. Повреждения стенки ТК ушивались узловыми швами двухрядно с использованием атравматичного шовного материала. Техника формирования кишечных стом в обеих группах была идентичная и заключалась в выведении участка кишки на переднюю брюшную стенку с выворачиванием слизистой кишки и фиксацией ее швами к коже. Во всех случаях операция завершалась дренированием раны после проведения первичной хирургической обработки раны (в случае открытой травмы живота) и дренированием брюшной полости. В основной группе клинического материала в случае выполнения резекции

ТК операция всегда завершалась формированием кишечной стомы. Умерло после операции в основной группе 4 (5,12%), а в контрольной 6 (10,2%) пострадавших. В основной группе среди умерших пострадавших несостоятельность швов имела место у 2, а в контрольной у 3. Причиной смерти остальных пострадавших был тяжелый декомпенсированный травматический шок. Так как не во всех случаях летальность у данных пострадавших была связана не с травмой ТК, а с повреждением других органов, обширной кровопотерей и шоком, особенно при сочетанной травме. Поэтому объективно судить об эффективности предложенной шкалы оценки риска несостоятельности швов ушитых повреждений ТК возможно лишь по показателям частоты несостоятельности в обеих клинических группах. При статистической обработке данных в учет не брались пострадавшие с травмой ТК, умершие от других причин. В основной группе пострадавших несостоятельность швов ушитых повреждений ТК имела место в 2 (2,6%) случаях, в контрольной группе в 9 (16,1%) ($p < 0,15$). Выводы. Таким образом, четкая оценка периоперационной ситуации при травматическом повреждении ТК с использованием шкалы оценки риска несостоятельности швов повреждения позволяет избежать такого грозного сложно своевременно диагностируемого послеоперационного осложнения, как несостоятельность швов, обоснованно и своевременно выставляя показания к формированию кишечной стомы, вместе с тем, не увеличивая количество стомированных пострадавших.

74. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В УСЛОВИЯХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА

*Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов
Ш.В., Хабибуллин И.Д., Ярмухаметов И.М.,
Шарафутдинов Р.Р.*

Уфа

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Патологический симптомокомплекс, названный синдромом интраабдоминальной гипертензии, реально существует и приводит



к нарушению практически всех жизненно важных функций организма и является смертельной патологией, требующей своевременной диагностики и немедленного лечения. Поэтому изучение патофизиологических изменений при интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) является актуальным как среди больных с абдоминальной хирургической патологией, так и среди пострадавших с травмой живота (ТЖ). Материал и методы. Измерение интраабдоминального давления (ИАД) у 720 пострадавших с ТЖ показало, что ИАГ различных степеней тяжести развилось у 317 (44%) пострадавших с ТЖ, из них у 220 (69,4%) пострадавших с закрытой ТЖ и у 97 (30,6%) с открытой. Из пострадавших с закрытой ТЖ было 164 (74,5%) пострадавших с забрюшинными кровоизлияниями (ЗК). Остальные 56 (25,5%) пострадавших без ЗК. Из 28 не оперированных пострадавших ИАГ I степени развился у 5 (17,9%) пострадавших с закрытой ТЖ и самостоятельно купировалась в течение 3-4 суток на фоне консервативного лечения. Из 692 оперированных пострадавших при поступлении ИАГ имела место в 312 (45,1%) случаях. Из них у 215 (68,9%) пострадавших с закрытой ТЖ и у 97 (31,1%) с открытой. То есть среди пострадавших с закрытой ТЖ ИАГ развилась в 60,1% случаев, при открытой ТЖ в 26,8%. При поступлении 4 степень ИАГ не встречалась. После операции к концу первых суток доля пострадавших с ИАГ увеличилась. Для исследования патофизиологических изменений в системе нижней полой вены в условиях ИАГ нами изучена группа 10 пострадавших с ТЖ различного пола в возрасте от 20 до 35 лет без имеющейся патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, у которых ИАД повышалось до 22 мм рт.ст. и более и снизилось до нормы (7 мм рт.ст.) в ходе лечения. Нами выполнено измерение диаметра правой и левой общих бедренных вен (ОБВ) и скоростных показателей кровотока в данных сосудах у данных пострадавших посредством выполнения динамического ультразвукового исследования при уровнях ИАД 22, 17, 12 и 7 мм рт.ст. Для удобства последующей статистической обработки нами был выбран шаг в 5 мм рт.ст. Применительно к имеющейся структуре данных и поставленным задачам нами была использована однофакторная схема параметрического дисперсионного анализа по Р. Фишеру. Дисперсионный анализ позволяет оценивать силу и достоверность влияния одного или нескольких контролируемых (измеряемых или просто учитываемых) факторов на т.н. «результативный признак» [91]. Он основан на разложении общей дисперсии комплекса полученных данных на две составляющие – факториальную (вызванную контролируемыми факторами) и случайную (вызванную неконтролируемыми факторами) и определении их парциальной доли

в общей дисперсии комплекса. Сила влияния фактора (η^2) отражает долю изменчивости результативного признака, которую можно объяснить действием контролируемых факторов. Квадратный корень из коэффициента влияния фактора представляет собой коэффициент корреляции, отражающий уровень зависимости результативного признака от градаций фактора – степени его действия или вариантов проявления. При этом данный коэффициент корреляции является не обоюдным, а односторонним: градации фактора рассматриваются как причина, а изменения результативного признака как следствие. Для детализации наблюдаемых эффектов метод дисперсионного анализа позволяет автоматически оценивать достоверность различия средних значений результативного признака по градациям фактора при помощи критерия Fd. В качестве контролируемого фактора в нашем исследовании фигурировало давление, в брюшной полости с шагом в 5 мм рт.ст. Использовалось пять градаций этого фактора – уровни давления величиной в 22, 17, 12 и 7 мм рт.ст. В качестве результативного признака использовались диаметр правой и левой ОБВ и скорость кровотока в них. Обработка данных осуществлялась с помощью современных пакетов математико-статистического анализа медико-биологической информации. Результаты исследования. Влияние (η^2) фактора ИАД на диаметр ОБВ оказалось очень сильным и высоко достоверным для правой и левой вены. Для правой вены влияние этого фактора составило 80% ($F=108$, $p \ll \ll 0,05 \div 0,37$). Аналогичная картина имела место и в левой ОБВ. При последовательном снижении давления на каждые 5 мм рт.ст. последовательные изменения скорости кровотока оказались статистически незначимыми ($p > 0,14 \div 0,20$). Представляло интерес оценить связь между изменениями диаметра ОБВ и скорости кровотока по мере увеличения ИАД. Линейная корреляция этих параметров оказалась тесной и отрицательной: $-0,74$.



75. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РАНЕНИИ ЖИВОТА ИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОРУЖИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

*Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.,
Хабибуллин И.Д., Ярмухаметов И.М.,
Шарафутдинов Р.Р.*

Уфа

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Тактика при огнестрельных ранениях живота общепринята и практически не менялась на протяжении десятилетий. Так при огнестрельных ранениях в живот из боевого оружия выполняется первичная хирургическая обработка раны, затем при проникающем характере раны выполняется лапаротомия и коррекция повреждений. Все это характерно, как правило, для боевой травмы. В мирное время все чаще стали встречаться ранения, нанесенные так называемым огнестрельным оружием ограниченного поражения (ОООП), ранее называемым «травматическим оружием». Таким образом, на сегодняшний день хирургическая тактика при проникающих ранениях живота из ОООП не учитывает меньшую кинетическую энергию снарядов и в большинстве схожа с тактикой при ранениях из боевого оружия. Все это делает исследования в данном направлении актуальными. Материал и методы. Нами проведен ретропроспективный анализ хирургического лечения 35 пострадавших с огнестрельным ранением в живот, полученных из ОООП, находившихся на стационарном лечении в Больнице скорой медицинской помощи г. Уфы. Все пострадавшие были мужчинами. Возраст пострадавших колебался от 18 до 48 лет. Из 35 пострадавших 25 (71,4%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. Состояние 5 (14,2%) из них с явлениями геморрагического шока было оценено как тяжелое, 15 (42,9%) как средне-тяжелое, 15 (42,9%) как удовлетворительное. У 9 (25,7%) пострадавших ранение живота сочеталось с ранением других областей (грудь, конечности). В 19 (54,3%) случаях применено оружие типа «Оса» калибра 18x45, в 16 (45,7%) случаях 9 мм оружие типа «Макарыч». При поступлении в ходе сбора анамнеза выяснялось, что ранение получено из ОООП. При этом обращалось внимание на следующие признаки характерные для ранений из ОООП: слепой характер ранения, совпадение общего (внешнего) размера ран с дефектом ткани (в их центре), слабая выра-

женность пояса осаднения по краям раны (поясок осаднения не виден при осмотре невооруженным глазом), наличие в слепом раневом канале инородного тела (резиновой сферической пули) с диаметром поперечного сечения около 10 мм, расположение пули на удалении от дна раневого канала, отсутствие радиальных разрывов кожи по краям раны, наличие в «просвете раны» своеобразного «язычка» частично разрушенной кожи с подкожно-жировой клетчаткой в виде лоскута неправильной формы, своим большим основанием фиксированного в проекции края раны, а меньшим обращенным в просвет. Всем пострадавшим проведен минимум общеклинических исследований, включающих в себя общие анализы крови и мочи, регистрацию электрокардиографии, определение группы крови и резус-фактора, ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенографию живота. УЗИ выполнялось с целью выявления свободной жидкости в брюшной полости. Рентгенография живота в данных случаях подтверждала тот важный факт, что ранение было получено именно из травматического оружия. Всем пострадавшим так же проведена первичная хирургическая обработка раны, в ходе которой выяснялся характер раны (проникающая / не проникающая в брюшную полость), ход раневого канала. Далее больной транспортировался в операционную в случае проникающего характера ранения. Результаты исследования. У 19 (54,3%) пострадавших с ранениями живота из ОООП в ходе первичной хирургической обработки раны выявлен проникающий характер ранения. Неотложная лапаротомия выполнена из них 9 (47,4%) пострадавшим. В 4 случаях повреждений внутренних органов в ходе ревизии выявлено не было, данные пострадавшие изначально поступили без признаков шока и решение о выполнении лапаротомии было принято после установления проникающего характера ранения. Остальные 5 пострадавших, которым выполнена лапаротомия поступили в тяжелом состоянии с признаками шока. Из них у первого пострадавшего в результате ранения 9 мм резиновой пулей (при операции не найдена) выявлены гемоперитонеум, напряженная нарастающая тазовая гематома слева, при ревизии которой выявлено повреждение левой наружной подвздошной артерии. На место повреждения был наложен сосудистый шов, операция завершена дренированием брюшной полости. У второго пострадавшего с признаками шока при лапаротомии выявлено слепое ранение печени в области V-VI сегментов по диафрагмальной поверхности, гемоперитонеум. Данному пострадавшему удалось извлечь пулю из печени (резиновая пуля с металлическим сердечником выпущенная из пистолета типа «Оса»), гемостаз достигнут путем ушивания пече-



ни. У 3 из них при лапаротомии выявлены ранения брыжейки тонкой кишки, сальника с кровотечением. Гемостаз достигнут лигированием кровоточащих сосудов. В 1 случае потребовалось выполнение резекции участка тонкой кишки ввиду повреждения ее стенки. Лапароскопия (ЛС) выполнена 10 (52,6%) пострадавшим с проникающим огнестрельным ранением живота. У 1 выполнена конверсия в лапаротомию, ввиду наличия малого гемоперитонеума и подозрения на повреждение сигмовидной кишки. В ходе ревизии повреждения кишки выявлено не было. У 3 пострадавших в ходе ЛС так же выявлено повреждение брыжейки тонкой кишки с гематомой не больших размеров. Необходимости в конверсии не было, операция завершена санацией, дренированием брюшной полости У 6 пострадавших повреждений внутренних органов при ЛС выявлено не было. Среди пострадавших с не проникающим характером ранения 2 подверглись ЛС ввиду имевшегося подозрения на повреждение внутренних органов за счет удара резинового снаряда по передней брюшной стенке (ранения из ООП типа «Оса» калибра 18x45), в ходе которой повреждений внутренних органов не было выявлено, выявлены гематомы передней брюшной стенки. У 14 в ходе динамического наблюдения повреждения внутренних органов были исключены. Из послеоперационных осложнений можно отметить формирование центральной гематомы печени у пострадавшего с ранением печени. В ходе динамического УЗИ выявлено уменьшение гематомы в размерах с 50 до 30 мм, признаков кровотечения в гематоме не выявлено. Данный пострадавший был выписан с выздоровлением с рекомендациями проведения УЗИ в динамике. Летальности среди данных пострадавших не наблюдалось. Из 19 пострадавших с проникающим характером ранения живота в 5 случаях резиновый снаряд в ходе оперативного пособия выявлен не был. Из этих пяти это были двое пострадавших, поступивших в тяжелом состоянии, которым первично выполнена лапаротомия и у одного из них выявлено повреждение левой подвздошной артерии с тазовой гематомой, а у другого – повреждение большого сальника и брыжейки тонкой кишки с кровотечением. В 3 случаях резиновый снаряд не был найден у пострадавших, которым была выполнена диагностическая лапароскопия. У одного из них имелось повреждение брыжейки тонкой кишки, у 2 повреждений внутренних органов выявлено не было. Расширять объем операции до лапаротомии с целью поиска резинового снаряда в данных случаях не стали. У остальных пострадавших резиновые снаряды были найдены и извлечены через троакарные порты. Всем 4 пострадавшим без повреждения внутренних органов при

первично выполненной лапаротомии резиновые пули были извлечены. При рентгенографии живота и компьютерной томографии в раннем послеоперационном периоде у одного пострадавшего выявлен был снаряд калибра 18x45, выпущенный из травматического оружия типа «Оса», в забрюшинной клетчатке под полюсом правой почки. Резиновые снаряды калибра 10 мм, выпущенные из травматического оружия типа «Макарыч», выявлены у 2 пострадавших в забрюшинной клетчатке у корня брыжейки тонкой кишки, у 2 в брюшной полости в малом тазу. После выписки всем этим пострадавшим было рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке по извлечению резиновых снарядов через 2 месяца. Однако не один из пострадавших на операцию не явился. В отдаленном периоде удалось найти лишь 2 больных со снарядами в полости живота. Оба неохотно шли на контакт, чувствовали себя удовлетворительно и от предложенного проведения дополнительных методов исследования по уточнению расположения снарядов и оперативного лечения по их извлечению категорически отказались. Анализ результатов хирургического лечения пострадавших с проникающими ранениями живота из ООП показывают следующее (табл....). Среди всех данных пострадавших первичная лапаротомия при поступлении выполнена в 47,3% случаев при реальной потребности в лапаротомии при проникающем характере ранений 26,3%. То есть пострадавшим без признаков шока и внутреннего кровотечения можно было выполнить ЛС, как более щадящее оперативное вмешательство. Основываясь на данных анализа лечения данной категории пострадавших нами разработан следующий лечебно-диагностический алгоритм с учетом более низкой кинетической энергии ранящих снарядов по сравнению с боевым оружием и с учетом опыта выполнения в таких случаях «напрасных» лапаротомий. Алгоритм подразумевает, что в случае проникающего характера ранения пострадавший транспортируется в операционную не зависимо от тяжести состояния. При не проникающем характере ранения в случае наличия признаков геморрагического шока, подозрения на внутрибрюшное кровотечение пострадавший так же транспортируется в операционную. При тяжелом состоянии пострадавшего, признаках геморрагического шока выполняется лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, остановка кровотечения, обработка ран полых органов. В случае стабильного состояния пострадавшего при проникающем характере ранения операция начинается с лапароскопии, которая в ряде случаев являлась лечебной. При не проникающем характере ранения, отсутствии перитонеальных симптомов, признаков шока, отсутствии свободной жидкости в брюшной полости по



данным УЗИ после проведения хирургической обработки раны пострадавший госпитализируется в хирургическое отделение с целью проведения динамического наблюдения, включающего в себя проведение через каждые 1-2 часа УЗИ живота, контроль показателей клинического анализа крови. Выводы. Таким образом, в 54,3% случаев ранение живота из ООП носит проникающий характер и в 14,3% создает угрозу для жизни ввиду повреждения внутренних органов с внутренним кровотечением. Учитывая данные проведенного анализа можно сделать заключение, что при проникающих абдоминальных огнестрельных ранениях из ООП, имеющего меньшую по сравнению с боевым огнестрельным оружием кинетическую энергию снарядов, при стабильном состоянии пострадавшего и отсутствии признаков шока возможно выполнение ЛС, которая в ряде случаев может перейти из диагностической в лечебную без конверсии в широкую лапаротомию, реальная потребность которой составила 26,3%.

76. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ

*Дробязгин Е.А.1,2, Судовых И.Е.2,
Чикинев Ю.В.1,2, Щербина К.И.2*

Новосибирск

**1-ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»**

Количество пациентов с буллезной эмфиземой легких не уменьшается. Чаще всего этот диагноз выставляется при возникновении спонтанного пневмоторакса, дренирования плевральной полости и выполнения Р-КТ исследованием органов грудной клетки. Основным методом лечения является оперативное вмешательство, направленное на удаление булл и выполнение плеврэктомии. Послеоперационные осложнения у этой категории пациентов остаются на достаточно высоком уровне, несмотря на совершенствующиеся методы лечения и воздействия на париетальную плевру. Одним из таких осложнений является возникновение бронхоплеврального свища в послеоперационном периоде. Бронхоплевральный свищ может возникнуть и при первичном пневмотораксе, что удлиняет сроки лечения. В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО

«ГНОКБ» проходили лечение 37 пациентов с буллезной эмфиземой легких, осложненной бронхоплевральным свищом при поступлении или после оперативного вмешательства (мужчины - 33, женщины - 4). Возраст пациентов от 16 до 78 лет. Диагноз буллезной эмфиземы легких подтверждался данными Р-КТ исследования органов грудной клетки. У 20 пациентов проводились различные варианты торакоскопических операций: резекция булл, их иссечение, диатермоэлектрокоагуляция булл, резекция буллезно-измененного участка легочной ткани. С первичным спонтанным пневмотораксом и бронхоплевральным свищом было 17 пациентов. Среди оперированных пациентов 11 выполнялась диатермокоагуляция булл и плеврэктомия, 9 - резекция буллезно-измененного участка легкого и плеврэктомия. При первично возникшем пневмотораксе все пациенты также были мужского пола. Для ликвидации бронхоплеврального свища всем пациентам выполнена установка клапанного бронхоблокатора Medlung (Россия) в долевого бронх. Вмешательство проводилось на 3-9 сутки после выполнения операции или дренирования плевральной полости при отсутствии уменьшения сброса воздуха по плевральным дренажам и рентгенологической картины пневмоторакса. Все вмешательства проводились под местной анестезией. В бронх верхней доли правого легкого блокатор установлен 20 пациентам, в бронх верхней доли левого легкого 11, бронх нижней доли правого легкого 2, промежуточный бронх 2, бронхи базальных сегментов правого легкого 1, в В 1-2 и В 3 - 1. Технические сложности были при установке блокаторов в верхнедолевой бронх правого легкого из-за анатомических особенностей его отхождения от правого главного бронха. Осложнений в процессе проведения вмешательства отмечено не было. В большинстве случаев (15 пациентов) произошло уменьшение или прекращение уменьшения утечки воздуха по плевральным дренажам в течение первых 3-4 часов после установки. Установлены бронхоблокаторы следующих размеров (№№): 9 – у 5 пациентов; 10 – 9; 11 – 13; 12 – 9; 13 – 1. Дополнительная бронхоблокация или замена блокатора на больший была у четырех пациентов через 1-2 суток из-за сохраняющегося сброса воздуха в течение суток после установки первого блокатора. Хороший эффект получен у 17 пациентов после оперативного вмешательства и у всех при первичном пневмотораксе (прекращение утечки воздуха по дренажам из плевральной полости и разрешение пневмоторакса). Удаление дренажей из плевральной полости проводилось на 3-4 сутки при расправлении легкого. Оперированы 3 пациента из-за отсутствия эффекта от блокации. Во всех случаях применения этой методики у пациентов с первичным пневмотораксом удалось



ликвидировать сброс воздуха и расправить легкое. Удаление блокатора проводилось в среднем через 2-2,5 недели после установки под местной анестезией (36 пациентов) или общим обезболиванием (1). В зоне стояния блокатора во всех случаях отмечены воспалительные изменения слизистой, которые носили катаральный характер у 25 пациентов и фибринозный у 12.

Выводы: использование методики клапанной бронхоблокации у пациентов с буллезной эмфиземой легких при осложнениях послеоперационного периода или первичном пневмотораксе привело к уменьшению числа повторных вмешательств у этой категории пациентов, позволило уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре (85% пациентов). При впервые возникшем пневмотораксе оперативное вмешательство не потребовалось 100% пациентов. Указанные данные говорят о высокой эффективности этой методики.

77. МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИЕСЯ СТЕНТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДНО-ПЛЕВРАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ ИЛИ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В.1,2 Судовых И.Е.2

Новосибирск

- 1 - ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
- 2 - ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ, в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» металлические саморасправляющиеся стенты использованы при лечении 8 пациентов (4 с пищеводно-плевральными свищами и у 4 с ахалазией пищевода IV ст.). Количество мужчин и женщин было равным. Возраст пациентов составил от 59 до 89 лет. Причиной возникновения пищеводно-плеврального свища в 3 случаях являлась несостоятельность стенки пищевода после дивертикулэктомии в нижней трети пищевода, а в 1 повреждение стенки пищевода при нижней лобэктомии по поводу периферического рака нижней доли правого легкого (дефект был ушит, но на 3 сутки послеоперационного периода диагностирован свиш). У 3 пациентов с ахалазией пищевода IV ст. стентирование было выполнено связи с невозможностью выполнения оперативного вмешательства, а в 1 наблюдении как методика предоперационной подготовки для восстановления

перорального питания. Все пациенты находятся на амбулаторном наблюдении торакального хирурга. Во всех случаях установлены металлические саморасправляющиеся стенты с антирефлюксным клапаном длиной от 9 до 15 см и диаметром 22 мм. Осложнений при установке не отмечено. В 2 случаях у пациентов с пищеводно-плевральными свищами в течение первых суток произошла миграция стента в желудок, что потребовало их удаления и повторной установки стентов с антимиграционным механизмом (шим-технология). В течение первых суток после установки происходило раскрытие стента с перекрытием участка свища, что проявлялось прекращением поступления жидкости и слюны по дренажам из плевральной полости. При пищеводно-плевральных свищах через 2 недели и 1 месяц после установки стента проводилось эндоскопическое исследование с оценкой проходимости стента, наличия изменений слизистой по его краям. Травматизации краями стента слизистой пищевода не отмечено. Длительность нахождения стента в пищеводе не превышала 3 месяцев. Перед удалением выполнялась компьютерная томография органов грудной клетки и рентгеноскопия пищевода и желудка. При дообследовании «затеков» контрастного вещества не отмечено. Свищи ликвидированы. Стенты удалялись при эндоскопическом исследовании без осложнений. У пациентов с ахалазией пищевода замена стента потребовалась в 1 случае через год после его установки из-за его фрагментации. В случае установки стента для предоперационной подготовки, через 2,5 месяца пациентке выполнена экстирпация пищевода с эзофагогастропластикой. Таким образом, стентирование пищевода может быть использовано при пищеводно-плевральных свищах, но при нахождении пациента под наблюдением врача-эндоскописта. При ахалазии пищевода IV ст. установка стента может быть использована при невозможности оперативного вмешательства или в качестве предоперационной подготовки.



78. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В.1,2, Судовых И.Е.2

Новосибирск

1-ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России 2-ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Одним из осложнений деструктивной пневмонии является пиопневмоторакс и бронхоплевральный свищ. Использование окклюзии бронха, несущего свищ, позволяет расправить легкое, ликвидировать пневмоторакс и санировать плевральную полость, уменьшить частоту перехода острой стадии заболевания в хроническую. В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» установка клапанного бронхоблокатора применена при лечении 20 пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры (17 – мужчины и 3 женщины) в возрасте от 15 до 65 лет. В 7 наблюдениях эта методика применена при несостоятельности бронхов в послеоперационном периоде (блокаторы были установлены пациентам с несостоятельностью культи правого главного бронха (2), нижнедолевого бронха справа (2) и промежуточного бронха (у 1 пациента). Для уточнения локализации бронхоплеврального свища больным выполнялась рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки, или фибробронхоскопия с контрастированием «адресного» бронха 1% раствором бриллиантового зеленого с 1% раствором перекиси водорода, который вводился по плевральному дренажу в 9 случаях. Использование данной методики позволило определить с бронх, несущий свищ у 12. Вмешательство проводилось при фибробронхоскопии под местной анестезией 5% раствором лидокаина. В культю правого главного бронха блокатор установлен 2 пациентам, в бронх верхней доли правого легкого 1, в бронх верхней доли левого легкого 2, бронх нижней доли правого легкого 5, бронх нижней доли левого легкого 2, промежуточный бронх 5, бронхи базальных сегментов правого легкого 1, бронх нижней доли правого легкого 1, бронх нижней доли левого легкого 1. Дополнительная блокация или смена блокатора потребовалась 4 пациентам (смена у 1, блокация верхнедолевого бронха справа у 2, нижнедолево-

го бронха слева у 1). Установлены бронхоблокаторы следующих размеров (№№): 9 – у 2 пациентов; 10 – у 6; 11 – у 7; 12 – у 2; 13 – у 3. Хороший клинический результат, выражающийся в уменьшении или исчезновении утечки воздуха по дренажам из плевральной полости и разрешении пневмоторакса отмечен всех пациентов в первые 3-6 часов после установки окклюдора. Это подтверждалось данными рентгенографии органов грудной клетки или Р-КТ органов грудной клетки. Все пациенты выписывались из стационара для продолжения амбулаторного лечения на срок от 2 недель до 2 месяцев. Дренажи из плевральной полости не удалялись. При повторной госпитализации после указанного срока амбулаторного лечения 17 пациентов поступали в стационар с отсутствием отделяемого по плевральным дренажам и уменьшением или исчезновением остаточной плевральной полости, подкожной эмфиземы, что подтверждалось данными Р-КТ органов грудной клетки. У большинства пациентов (10) с деструкцией легочной ткани и бронхоплевральным свищем удалось ликвидировать бронхоплевральный свищ и полость деструкции, что позволило избежать хронизации процесса и оперативного вмешательства. У пациентов с несостоятельностью культи главного бронха, промежуточного бронха, удалось очистить остаточную плевральную полость подготовить пациента к торакомиопластике без торакостомии (вмешательство проведено через 3 и 6 месяцев в соответствующих наблюдениях).

Выводы: применение клапанной бронхоблокации у пациентов с гнойными заболеваниями легких и плевры, осложнёнными бронхоплевральными свищами позволило избежать оперативного вмешательства более чем в 70% случаев и позволило уменьшить длительность госпитализации.

79. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Капралов С.В., Сигачев П.В.

Саратов

НОУ ВПО Медицинский университет РЕАВИЗ Саратовский филиал

Актуальной задачей urgentной абдоминальной хирургии является определение жизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости. **Цель исследования:** изучение патологии микроциркуляции кишечной стенки при моделирова-



нии острой кишечной непроходимости (ОКН) в эксперименте. Материал и методы. Проведено исследование на 36 лабораторных крысах. Животным под наркозом выполняли лапаротомию и моделировали ОКН, перевязывая сигмовидную кишку лигатурой. Для изучения микроциркуляции применяли методы лазерной спеклофотометрии и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Использовали флоуметр ЛАКК-01. Оценивали показатели: первый спектральный момент (M1), характеризующий перфузию тканей; амплитудно-частотные индексы, характеризующие миогенную и нейрогенную модуляцию кровотока. Исследовали микроциркуляцию кишечной стенки сразу после лапаротомии и через 30 минут после моделирования ОКН. Для мониторинга патологии микроциркуляции на 5-е сутки выполняли релапаротомию. В ее ходе устраняли ОКН снятием лигатуры. Вторую релапаротомию выполняли через сутки после первой. В ее ходе оценивали восстановление показателей микроциркуляции.

Результаты исследования. Сразу после моделирования ОКН наблюдалась значимая депрессия микроциркуляции, более выраженная в толстой кишке. Показатель M1 снижался на 20% от исходного. Наблюдалось значимое усиление амплитудно-частотной модуляции кровотока. При первой релапаротомии наблюдалось выраженное угнетение микроциркуляции во всех отделах кишечника. Показатель перфузии снижался на 90%. Снижались и амплитудно-частотные характеристики кровотока. В шести экспериментах наблюдали некроз участков толстой кишки, который характеризовался «биологическим нулем» микроциркуляции. При второй релапаротомии полное восстановление перфузии отмечено лишь у одного животного. В 2-х наблюдениях отмечали некроз толстой кишки. У оставшихся 27 животных перфузия составила 50% от исходной.

Заключение. В результате проведенных исследований показана возможность оценки микроциркуляции при ОКН методом ЛДФ. Выявлена прогрессирующая депрессия микроциркуляции вплоть до развития некроза кишечной стенки. Обнаружен «биологический ноль» микроциркуляции в участках некроза кишечной стенки. Установлено, что восстановление показателей перфузии, регистрируемое на ЛДФ после устранения ОКН, можно использовать в качестве прогноза жизнеспособности кишечной стенки для определения объема операции.

80. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТСРОЧЕННЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ В БАССЕЙНЕ ВБА

Жариков А.Н., Лубянский В.Г.

Барнаул

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Введение. Хирургическое лечение острого мезентериального тромбоза (ОМТ) по-прежнему является одной из актуальных проблем современной хирургии. Летальность остается высокой и составляет после артериальной эмболии – 54,1%, после артериальной тромботической окклюзии – 77,4% и после неокклюзионной артериальной ишемии – 72,7%. В последние годы в хирургическом лечении значительно расширились показания к выполнению в остром периоде тромбэктомии из верхней брыжеечной артерии (ВБА). Однако, большинство больных с ОМТ поступает в хирургический стационар поздно, уже с развившимся некрозом кишечника и перитонитом. Восстановление брыжеечного кровотока не позволяет ответить на вопрос о том, как завершить операцию. Не всегда верно можно оценить жизнеспособность кишки, границы ее резекции. Попытка наложения анастомоза в этих условиях сопряжена с риском несостоятельности швов вследствие прогрессирования некроза кишечной стенки, а выведение высоких тонкокишечных стом приводит к неконтролируемым кишечными потерями. В современной концепции хирургического лечения больных с тяжелой абдоминальной патологией широко используется принцип «damage control surgery», включающий многоэтапное хирургическое лечение. Применение его становится возможным больных с ОМТ, а также при развитии тяжелых интраабдоминальных осложнений у ранее оперированных и позволяет использовать повторные санации брюшной полости с резекцией кишечника без наложения анастомоза. Последующие программные санационные релапаротомии носят классический характер «second look laparotomy» с оценкой жизнеспособности кишечной стенки.

Материалы и методы. С 2004 по 2015 год в клинике госпитальной хирургии на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» находилось на лечении 39 больных с ОМТ, вывезенных из городов и районов Алтайского края. Возраст варьировал от 34 до 78 лет, в среднем достигая 56,4±2,2 года. Мужчин было 25 (64,1%), женщин 13 (25,9%). У всех пациентов острое нарушение мезентериального кровообращения возникло в бассейне ВБА и



в дальнейшем осложнилось некрозом кишечника и перитонитом. В 10 наблюдениях с целью верификации диагноза с подозрением на ОМТ была выполнена аортомезентерикография путем катеризации бедренной артерии по Сельдингеру и в 15 – МСКТ - ангиография брюшной полости. В 8 случаях выполнение ангиографических исследований не представлялось возможным из-за тяжести состояния больного. У остальных больных ОМТ выявлен при проведении лапароскопии. Тромбоз ствола ВБА был обнаружен у 28(71,8%) больных, сегментарное поражение в 11 (28,2%) наблюдениях. Нами была и применена тактика этапного хирургического лечения. При наличии признаков тромбоза у 12(30,8%) из 39 больных выполнена ревизия ВБА с последующей тромбэмболизацией. Это позволило у 2 больных восстановить кровообращение в тонкой кишке. У 7 пациентов эта технология способствовала компенсации кровообращения в оставшейся части кишки после резекции. Во время лапаротомии уточнялся бассейн артериальной ишемии, распространенность процесса в кишечнике (ишемия или некроз кишки), локализация (тонкая кишка или в сочетании с правыми отделами ободочной кишки). В 37 наблюдениях выполнена резекция пораженного участка тонкой кишки (в том числе правосторонняя гемиколэктомия) с формированием культи тонкой кишки или тонкой и ободочной кишки путем погружения в кисетные швы. Заглушенные участки кишки оставляли в брюшной полости. Приводящий отдел тонкой кишки дренировали с помощью кишечной интубации. Противопоказаниями для наложения первичного анастомоза служили: 1. Отсутствие четкого разграничения между хорошо васкуляризированной и некротической частью кишечника. 2. Сомнительное кровоснабжение оставшейся части кишки после резекции. 3. Риск несостоятельности анастомоза. 4. Распространенность и тяжесть перитонита. 5. Нестабильность гемодинамики во время операции. Операция завершалась наложением временной лапаростомы путем степлерной фиксации к краям раны перфорированной полиэтиленовой пленки. Следующая релапаротомия выполнялась через 24 – 48 часов, во время которой оценивалась жизнеспособность кишки, выраженность перитонита. В случае отсутствия продолжающегося некроза кишечника, уменьшения явлений распространенного перитонита, компенсации мезентериального кровотока по данным интраоперационного дуплексного сканирования (ИДС) висцеральных артерий накладывался отсроченный анастомоз с проведением кишечного зонда за зону анастомоза и эта санация считалась последней. Если во время релапаротомии имелись продолженные краевые некрозы культи тонкой кишки, появлялись признаки ише-

мии правых отделов ободочной кишки, имелся дефицит мезентериального кровообращения по данным ИДС висцеральных артерий, не купировался перитонит производилась ререзекция культи кишки по уровню границ демаркации, в том числе в сочетании с правосторонней гемиколэктомией при дополнительном некрозе правых отделов, а наложение межкишечного анастомоза откладывалось еще на 24 – 48 часов до следующей санации. Формирование окончательного анастомоза у больных с ОМТ выполнялось при последующих санациях брюшной полости с учетом уменьшения явлений перитонита и сохраненной жизнеспособности проксимальной и дистальной культи кишки, определяемой не только визуально, но и на основе ИДС. Предпочтение отдавалось анастомозу «конец в конец». Среднее количество релапаротомий составило $3,5 \pm 2,4$.

Результаты. Всего у больных с ОМТ после резекций кишечника наложено 30 межкишечных анастомозов, из них 9 больных использован энтероэнтероанастомоз при сегментарном некрозе тонкой кишки. В 21 наблюдении потребовались обширные резекции кишечника в сочетании с правосторонней гемиколэктомией. В этих случаях у 6 больных был использован илеотрансверзоанастомоз и у 15 еюнотрансверзоанастомоз. 9 пациентам отсроченный анастомоз не накладывался, так как у 3 программированные санации были закончены выведением энтеростом, а 6 просто не дожили до анастомозирования в результате прогрессирования полиорганной недостаточности. Из 39 больных с острым мезентериальным тромбозом умерло 19, составив общую летальность 48,7%. Заключение. Выполнение пациентам с ОМТ и некрозом кишечника обструктивных резекций без наложения анастомоза возможно и на этапе хирургического лечения в ЦРБ. Однако дальнейшее лечение этих больных должно включать последующую транспортировку через отделения санитарной авиации в специализированный центр, где возможно выполнение тромбэктомии из ВБА. Это будет способствовать уменьшению прогрессирования ишемии в оставшейся части кишки и наложению отсроченного анастомоза во время программированной релапаротомии. Дополнительным критерием для наложения окончательного межкишечного соустья при завершении этапа программированных санаций брюшной полости может служить стойкое улучшение мезентериального кровотока, регистрируемое при ИДС.



81. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА: ОЦЕНКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ АДЕКВАТНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ (ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА).

Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Сапронов П.А.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на успешное внедрение эндовидеохирургических технологий в лечение целого ряда онкологических заболеваний и их успешное применение в хирургическом лечении ранних форм рака желудка, до настоящего времени остается дискуссионной роль лапароскопических вмешательств при местнораспространенном раке желудка (РЖ). Целью настоящего исследования явилось определение технической возможности, онкологической адекватности и безопасности лапароскопических гастрэктомии (ГЭ) и дистальной субтотальной резекции желудка (ДСРЖ) у больных РЖ. Невзирая на опыт выполнения более 90 лапароскопических радикальных вмешательств, выполненных в различных медицинских учреждениях, при раке желудка, авторский коллектив продемонстрирует лишь результаты одноцентрового исследования в котором тактика лечения и послеоперационного ведения пациентов была единой и однотипной. Так в проспективное исследование, проведенное на базе ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» в период с 2012 года по 2016 год, было включено 216 больных (124 мужчины и 92 женщины) с потенциально курабельным РЖ (cT1bN0M0 – cT3N1M0 согласно UICC/TNM 7 редакция, 2009 г.) в возрасте от 25 лет до 85 лет (средний возраст 63,23 ± 11,82 лет). В основную группу включены 91 пациент, которым выполнили 53 лапароскопических ДСРЖ и 27 лапароскопическую ГЭ. Больные из основной группы (11 человек), у которых в ходе операции была выполнена конверсия доступа, анализировались отдельно. В контрольную группу включено 125 человек (76 открытых ДСРЖ и 49 открытых ГЭ). Всем пациентам выполнялась внутрибрюшная лимфодиссекция. Объем оперативного вмешательства (гастрэктомия или дистальная субтотальная резекция желудка) и лимфодиссекции (D1 или D2) определялся согласно рекомендациям Японского общества по изучению рака желудка (Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010, version 3) в зависимости от локализации опухоли, степени ее распространенности и типа роста. При анализе непосредственных результатов вмеша-

тельств были получены следующие результаты, средняя длительность лапароскопической ДСРЖ составила 225±47,97 мин, лапароскопической ГЭ – 290±49,89 мин. При анализе контрольной группы, средние длительности выполнения открытой ГЭ и ДСРЖ были статистически значимо меньше и составили 188±47,08 мин и 171±43,31 мин соответственно. Объем интраоперационной кровопотери при лапароскопической ГЭ составил – 109,09±58,38 мл, а при лапароскопической ДСРЖ – 112,5±80,07 мл (p0,05). С целью оценки послеоперационных осложнений была использована классификация Clavien-Dindo, так осложнения после открытых вмешательства отмечались у 38,4% пациентов в то время как после лапароскопических вмешательств – у 36,1% прооперированных. Невзирая на тенденцию меньшего количества осложнений после лапароскопических вмешательств, данная разница не является статистически значимой. Ожидаемой явилась большая частота инфекционных осложнений со стороны области оперативного вмешательства в группе открытых операций (4,9%). Таким образом, настоящим исследованием продемонстрирована техническая возможность, безопасность и онкологическая адекватность радикальных лапароскопических вмешательств при РЖ, однако небольшое количество наблюдений диктует необходимость дальнейшего продолжения исследований.

82. ГИДРОПЛАНШЕТНАЯ ТЕРАПИЯ И НАРУЖНАЯ ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНГИОПАТИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

*Бутырский А.Г., Мороз Г.А., Матвеев О.Б.,
Бутырская И.Б.*

Симферополь

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

Цель исследования: обосновать эффективность комбинированного лечения с применением гидропланшетной терапии (ГПТ) и наружной озонотерапии (НОТ) у больных с диабетическими ангиопатиями нижних конечностей (ДА НК) при СД 2 типа (СД2) в комплексном восстановительном лечении и реабилитации.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди 126 пациентов, находившихся на плановом лечении в ГБУЗ РК «Клинический го-



спиталь инвалидов и ветеранов войны» (г. Симферополь), среди них 78 женщин (62%) и 48 мужчин (38%) в возрасте от 42 до 75 лет, средний возраст больных составил $58,3 \pm 2,76$ года. Макро- и микроангиопатические осложнения диабета различной степени тяжести были выявлены у 100% обследованных. Все больные были разделены на 4 группы в зависимости от вида применяемой физиотерапии в комплексном лечении ДАНК: I группа (33 человека) – только НОТ, II группа (29) – только ГПТ, III группа (28) – сочетание НОТ и ГПТ, IV группа (36) – без физиотерапевтического лечения (группа сравнения). В качестве метода оценки эффективности лечения мы выбрали физическую работоспособность (ФР), которая определялась на велоэргометре «Ритм». Использован метод прерывистой ступенчато-возрастающей нагрузки со скоростью педалирования 60 оборотов в минуту. Оценивали следующие показатели: мощность пороговой нагрузки (МПН) (кг \times м), объем выполненной работы (ОВР) (кг \times м), отношение пороговой нагрузки к массе тела (Вт/кг) (удельная пороговая нагрузка, УПН). За норму принимали показатели, полученные от 30 практически здоровых людей 40-50-летнего возраста: МПН – $289,6 \pm 11,57$ кг \times м², ОВР – $6237 \pm 148,3$ кг \times м², УПН – $6,2 \pm 0,32$ Вт/кг. Статистическую обработку полученных в процессе исследования данных проводили с помощью компьютерного пакета Statistica v 6. для работы в среде Windows. Результаты. МПН составила в начале лечения в I группе $192,94 \pm 19,82$, во II группе $186,74 \pm 16,32$, в III группе $184,91 \pm 15,87$, в IV группе $187,24 \pm 12,76$; в конце лечения – соответственно $203,64 \pm 24,97$, $211,62 \pm 17,92$, $263,21 \pm 15,34^*$ и $191,56 \pm 16,43$, через 3 месяца – соответственно $196,54 \pm 21,37$, $202,48 \pm 16,43$, $231,48 \pm 14,39^{**}$ и $194,38 \pm 14,87$ (здесь и далее * – p.

83. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

*Афанасьев О.В.(1), Бутырский А.Г.(2),
Шерендак С.А. (1), Хилько С.С.(2),
Скоромный А.Н.(2), Власов Н.В.(1),
Логвинко С.И.(1)*

Симферополь

1)ГБУЗ РК ГКБ № 6 СМП, 2) МА
имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ
им. В.И. Вернадского

Цель: показать эффективность парентерального питания препаратом кабивен центральный (КЦ) в лечении больных с дуоденальными свищами.

Материалы и методы: в течение 2011-2015 гг проведено ретроспективно-проспективное клинико-лабораторное исследование для исследования выделено 2 группы больных – которым проводилось (группа 1, 11 человек) и которым не проводилось лечение КЦ (группа 2, 15 человек). По этиологии свищи разделились следующим образом: несостоятельность дуоденальных швов – 16, панкреонекрозы – 8, при травмах живота – 2 (соответственно в группах 8+3+0 и 8+5+2). При несостоятельности дуоденальных швов и травмах была предпринята дуоденостомия, выключение двенадцатиперстной кишки с наложением гастро-еюноанастомоза, дренирование брюшной полости (ДБП); при панкреонекрозах – дуоденостомия, ДБП. Состояние таких больных характеризуется наличием локализованной инфекции, нарушением кислотно-основного и электролитного баланса, дефицитом метаболизма со снижением массы тела. Для ликвидации дефицита метаболизма в I группе применен КЦ, длительность составила от 8 до 10 инфузий, во II группе были наложены еюностомы по Майдлю для обеспечения энтерального питания. Выполнена обработка результатов методом вариационной статистики. Результаты: биохимические показатели крови в группе 1 на день начала интенсивной терапии (ИТ) составили: общий белок $49,8 \pm 1,2$ г/л, мочевины $12,5 \pm 0,8$ ммоль/л, на день окончания лечения – $75,5 \pm 1,3$ г/л ($p < 0,05$), и $4,3 \pm 0,7$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$), в группе 2 – общий белок на день начала ИТ $46,3 \pm 1,6$ г/л, на день окончания – $48,1 \pm 1,9$ г/л ($p > 0,05$), мочевины – $14,8 \pm 1,1$ ммоль/л и $16,6 \pm 0,9$ ммоль/л ($p > 0,05$) соответственно. Цитологические показатели крови составили в группе 1 в начале ИТ: гемоглобин (ГГ) $126,2 \pm 3,8$ г/л, лейкоциты $14,5 \pm 0,7 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы (ПЯН) $12,3 \pm 0,4\%$; на день окончания ИТ: ГГ $135,6 \pm 2,9$ г/л ($p > 0,05$), лейкоциты $10,2 \pm 0,9 \times 10^9$ /л ($p < 0,05$), ПЯН $7,2 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$). Цитологические показатели в группе 2 составили на день начала ИТ: ГГ $128,4 \pm 2,4$ г/л, лейкоциты $11,1 \pm 0,6 \times 10^9$ /л, ПЯН $12,8 \pm 1,1\%$; на день окончания лечения: ГГ $103,1 \pm 1,6$ г/л ($p < 0,05$), лейкоциты $16,2 \pm 0,9 \times 10^9$ /л ($p > 0,05$), ПЯН $14,4 \pm 1,3\%$ ($p > 0,05$). Общая длительность пребывания больных в стационаре в группе 1 составила $26,8 \pm 2,7$ дня, в группе 2 – $42,6 \pm 2,4$ дня ($p < 0,05$). Смертность в группе 1 составила 27,3%, в группе 2 – 66,7%.

Выводы: очевидна высокая нутритивно-анаболическая, а опосредованно иммуногенная и гемостимулирующая активность препарат КЦ. Он может быть рекомендован в качестве средства парентерального питания у больных с дуоденальными свищами.



84. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Салахов Е.К., Салахов К.К.

Набережные Челны
ГАУЗ " Менделеевская ЦРБ"

Несмотря на развитие новых и совершенствование прежних методов хирургического лечения, использование мощного арсенала средств современной интенсивной терапии, летальность при распространенном перитоните сохраняется на достаточно высоком уровне. Санация брюшной полости представляет собой одну из основных слагающих комплексного лечения распространенных форм перитонита, и именно качество её проведения в большинстве случаев определяет динамику патологического процесса и исход заболевания. Цель исследования: оценить функциональное состояние печени и почек при применении миниинвазивных хирургических технологий и ультразвуковой обработки брюшной полости в лечении перитонита. Оценке подвергнуты результаты хирургического лечения 92 больных послеоперационным перитонитом в возрасте от 17 до 74 лет. В зависимости от хирургической тактики ведения послеоперационного перитонита пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 36 пациентов, которые нуждались в программируемых санациях после первичной лапаротомии. При их лечении применялась лапароскопическая санация ирригационно-аспирационным устройством. После лапароскопического лаважа проводилась лапароскопическая обработка низкочастотным ультразвуком. Максимальное количество проеденных санаций составило – 4. Среднее количество – $2,5 \pm 0,6$. В группу сравнения вошли 56 пациентов, которым после первичной лапаротомии выполняли программированные релапаротомии. Среднее количество проведенных релапаротомий – $2,4 \pm 0,4$. Результаты лечения оценивались по рутинным показателям функции кишечника, печени (активность аланин- и аспирагинаминотрансфераз, щелочной фосфатазы, содержание билирубина, альбумина) и почек (уровень креатинина, мочевины), уровню токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы (молекул средней массы при длине волны 254 нм и индекса токсичности плазмы по альбумину путем определения эффективной и общей концентраций альбумина флуоресцентным методом на специализированном анализаторе АКЛ-01 "Зонд"), а также ряду клинических данных (продолжительность

пребывания больного в стационаре, послеоперационные осложнения, летальность). В результате нами выявлены лучшие результаты у пациентов основной группы. Поскольку нарушение моторной деятельности желудочно-кишечного тракта сопровождается практически каждое оперативное вмешательство на органах брюшной полости, нами так же были оценены сроки восстановления моторики кишечника. Несмотря на отсутствие достоверных различий, была выявлена тенденция к снижению этих сроков у пациентов основной группы – дней против $3,1 \pm 0,6$ дней у больных контрольной группы ($p=0,062$). Эффективная санация брюшной полости и сравнительно быстрое восстановление функции печени и почек обуславливали и существенное снижение в раннем послеоперационном периоде выраженности синдрома эндогенной интоксикации. Так, уровень токсических продуктов гидрофильной природы, оцененный по содержанию молекул средней массы, был достоверно ниже группы сравнения через 3-е суток на 38,9%.

85. ЛЕЧЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кульчиев А.А., Тугиев С. В. Морозов А.А., Карсанов А.М., Тибилев А.М., Дзбоев Д.М.

Владикавказ

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,
кафедра хирургических болезней № 3

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ЖКБ, острым калькулезным холециститом и холецистохоледохолитиазом. **Задачи исследования:** 1. Провести анализ непосредственных результатов холецистэктомии из мини-доступа, лапароскопической и традиционной методик, выполненных в экстренном порядке у пациентов пожилого и старческого возраста. 2. Оценить преимущества и недостатки различных методов: холецистэктомии из мини-доступа, лапароскопической и традиционной по ближайшим результатам лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ. 3. Разработать показания и противопоказания к холедохолитоэкстракции из мини-доступа. 4. Оптимизировать методику холецистэктомий, холедохолитоэкстракции из мини-доступа. 5. Рассчитать экономическую эффективность различных методов холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста при ЖКБ.



Материал и методы исследования: В работе использованы и обобщены результаты хирургического лечения 1644 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом и холедохолитазом с использованием различных методик холецистэктомии в общехирургическом отделении Узловой больницы №2 на ст. Владикавказ ОАО РЖД с июня 2002 г. по декабрь 2013г. В нашу клинику с июня 2002 по декабрь 2013 год обратилось 3265 пациентов пожилого и старческого возраста. Из них в плановом порядке госпитализировано 933 больных (28,6%), в неотложном порядке - 2332(71,4%). Произведено всего 2577 холецистэктомий: плановых - 933, по экстренным, срочным и отсроченным показаниям - 1644. В клинике применяются три метода хирургического лечения ЖКБ, острого холецистита и холедохолитиаза: холецистэктомия мини-доступом, которая выполнена за указанный срок 967 (58,8%) больным, лапароскопическая холецистэктомия 483(29,4%) больным и традиционная холецистэктомия 194(11,8%). Холедохолитотомия мини-доступом-73; ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией (ЛХЭ) – 85 пациентам двухэтапно; традиционная холедохолитотомия -58.

Выводы: 1. Холецистэктомия из мини-доступа является наименее травматичной из всех существующих методов холецистэктомии. 2. У больных с холецистохоледохолитиазом, без стеноза большого дуоденального сосочка, одноэтапное лечение из мини-доступа эффективно. 3. Холецистэктомия, выполняемая из минилапаротомного доступа, позволяет статистически достоверно сократить время операции, послеоперационные осложнения и длительность госпитализации пациентов. 4. Противопоказаниями к холецистэктомии из мини-доступа являются распространенный перитонит и необходимость проведения широкой ревизии брюшной полости.

86. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВО – ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО КАНАЛА

*Кульчиев А.А., Морозов А.А., Тедеев С.У.,
Галачиев С.М., Дзбоев Д.М.*

Владикавказ
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, кафедра
хирургических болезней № 3

Цель исследования: выбор оптимального патогенетически обоснованного метода хирургического лечения рубцово – язвенного стеноза пилородуоденального канала.

Материалы и методы: На первом этапе, до 1985г., по поводу различных форм язвенного стеноза ДПК оперировано – 86 больных – I группа Резекция по Г-Финстереру – 53; Резекция жел-ка по Ру – 21; Резекция по Бильрот – I – 12. На втором этапе с 1986 по 2015г. с диагнозом хроническая язвенная болезнь осложненная стенозом выполнено 126 операций – II группа Финнея, СПВ – 91; Гейнеке Микуличу, СПВ – 8; Дуоденопластика, СПВ – 21; Антрум эктомия, СТВ, РУ – 6. Процент ранних послеоперационных осложнений в группе с органосохраняющими операциями в два раза меньше по сравнению с резекционными, что подтверждает патогенетическую обоснованность объема выполненных операций. В I группе: гастростаз - 12,7%; несостоятельность швов - 4,6%; панкреатит – 7%; пневмония – 14%; нагноение раны – 12%; Летальность – 2,3%. Во II группе гастростаз - 4,7%; несостоятельность швов – нет; панкреатит – 2,3%; пневмония – 3,1%; диарея - 2,3; нагноение раны – 25%; Летальность – нет. Отдаленные результаты изучены в сроки от 3 до 30 лет после операций: В I группе из 84 выписанных после резекций желудка в отдаленные сроки удалось обследовать 64 больных. Из них у 43 (67,2%) выявлены различные патологические состояния. В II группе перенесших органосохраняющие и органощадящие операции с ваготомией обследовано 83 пациента. У 18 (21,6%) из них выявлены различные патологические состояния. Качество жизни после резекционных операций у абсолютного большинства пациентов признано удовлетворительным и плохим(67 – 70 %). В группе больных с органосохраняющими с СПВ качество жизни в отдаленном периоде у 74,7% признано высоким и у 21,4 удовлетворительным и плохим у 3,6%.

Заключение: На основании представленного выше материала можно предложить, что при стенозирующей язве пилородуоденального канала органосохраняющие операции с СПВ дают в абсолютном большинстве случаев хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Резекционные операции, по сравнению с органосохраняющими, у этой категории больных в функциональном плане патогенетически менее выгодны и должны выполняться по строгим показаниям. Из дренирующих желудок операций, при стенозе пилородуоденального канала, предпочтительнее операция Финнея с СПВ. При постбульбарном стенозе ДПК дуоденопластика по В.И. Оноприеву с СПВ патогенетически наиболее обоснована



87. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кульчиев А.А., Морозов А.А., Тигиев С.В.,
Карсанов А.М., Дзбоев Д.М.*

Владикавказ

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, кафедра
хирургических болезней № 3

Цель исследования: улучшение результатов лечения и снижению летальности при тяжелых, инфицированных формах ПН, осложненных септическим состоянием. Материалы и методы: в период с 2003 по 2013 год нами наблюдалось 85 больных с ПН, из них тяжелые формы (крупноочаговый панкреонекроз с абдоминальными осложнениями) отмечался в 32 случаях (37,6%). Тяжесть оценивалась по шкале Ranson, MIP, и степенью выраженности эндогенной интоксикации. Инфицирование наблюдалось в 58 (68,2%) случаев. Диагноз тяжелого абдоминального сепсиса и ИТШ устанавливался в 14 (16,4%) случаях на основании клинических, лабораторных данных, результатов бактериологического исследования и оценивался по шкале SOFA. Результаты и обсуждение: Для оптимизации лечебно-диагностического процесса мы применяли разработанную нами этиопатогенетическую классификацию острого панкреатита и основанные на ней этапы хирургического лечения. На ранних стадиях заболевания (первые 7 суток) мы склоняемся к практически полному отказу от широких вмешательств, больным проводится комплексная многокомпонентная терапия. В стадии гнойных осложнений на первый план выходит интенсивная терапия с целью коррекции септического состояния и развивающихся полиорганной дисфункций, адекватная антибактериальная терапия. Хирургическая коррекция инфицированных гнойных очагов осуществляется миниинвазивными способами (пункция под УЗ-контролем, милапаро- и люмботомии). К широкому лапаротомиям прибегаем при распространенном гнойном перитоните и развивающихся абдоминальных осложнениях. Несмотря на проводимую терапию и хирургическую коррекцию состояния в 14 случаях диагностировался инфекционно - токсический шок. Проводимая всем больным хирургическая коррекция, была направлена на выведение токсинов из очагов некроза, дренированием миниинвазивным способом, программируемой санацией брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. Предпринятые попытки у 5 пациентов оказались не эффективными и на фоне прогрессирующей ПОН констатировалась смерть. Выводы: применение предложенной тактики с

этиопатогенетическими подходами в лечение острого панкреатита, с адекватным хирургическим пособием, преимущественно малоинвазивным и проведение интенсивной консервативной терапии с антибактериальной профилактики и терапии позволяют уменьшить число тяжелых форм течения ПН и его инфекционных осложнений до 16.4%.

88. ЭВЕНТРАЦИЯ. ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА.

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

Симферополь

Кафедра хирургии № 1, ФГАОУ ВО «Крымский
федеральный университет имени В.И.

Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение). Эвентрация – одна из наиболее тяжелых осложнений в абдоминальной хирургии, летальность при развитии которого колеблется от 20 до 65% (С.С. Слесаренко с соавт., 1994), достигая 40-65 % в случаях эвентрации в гнойную рану (Н.Hedderich et all., 1986; В.С. Сидорин с соавт., 1994). Высокий процент гибели больных объясняется сопутствующими или развивающимися послеоперационными осложнениями (С.Г. Григорьев, 1991). По данным как отечественных, так и зарубежных хирургов частота эвентраций колеблется в пределах от 0,5 до 2,3%. (Ерьюхин И.А., 2004; В.И. Десятерик, 2004). Вместе с этим, до настоящего времени не решен вопрос о хирургической тактике при эвентрации (Савельев В.С., 2006; Измайлов С.Г., 1997; Гостищев В.К. с соавт, 1985). Что и явилось мотивом к проведению данного исследования. Нами изучено течение данной патологии у 67 больных. Мужчин было - 39, женщин – 28. Возраст больных составлял от 36 до 67 лет. При анализе клинических данных было установлено, что наиболее часто эвентрация возникла после экстренных абдоминальных операций (перитонит, острая кишечная непроходимость, осложненные онкозаболевания). У планово оперированных больных факторами предрасполагающими к развитию эвентрации являлись нарушения гомеостаза (гипопротеинемия, анемия, авитаминоз), бронхопневмония и другие заболевания, отрицательно влияющие на заживление послеоперационной раны брюшной стенки. Из местных предрасполагающих факторов важнейшей причиной эвентрации следует считать гнойно-септические осложнения. Нельзя не отметить роль таких производящих факторов, как ранние физические нагрузки на еще не сформировавшийся рубец, а также состояний способствующих внутрибрюшной гипертензии (послеопераци-



онные легочные осложнения, парез кишечника, метеоризм, рвота, затрудненный акт дефекации). Диагностика свершившейся эвентрации не представляла затруднений и базировалась на традиционных методах обследования больного. Широко использовалась методика ультразвуковой диагностики, позволяющая определить начальные стадии нарушения герметичности брюшной полости на уровне брюшинного и мышечно-апоневротического слоев. Сроки возникновения эвентрации варьировали довольно в значительных пределах от 7 до 20 суток послеоперационного периода. Характерно при этом, что возникновение эвентрации всегда сопровождалась симптомами прогрессирования интоксикации, особенно при сопутствующем перитоните или гнойно-некротическом процессе в ране. При выборе метода лечения полной эвентрации прибегали к оперативному методу. В случае асептической эвентрации выполняли послойное ушивание стенки – 19 больных. У 12 больных (при развитии перитонита, пареза кишечника, пневмонии) были применены традиционные методы ушивания раны (через все слои по Савельеву-Савчуку). Умерло четыре человека, рецидив эвентрации наблюдался у трех пациентов. У 15 больных применена методика ушивания передней брюшной стенки редкими швами через все слои с предварительным укреплением линии швов путем наложения по всей длине лапаротомной раны спиралевидного шва без натяжения, который удалялся в последующем в последнюю очередь. В отдаленном периоде у 5 (33,3%) сформировалась послеоперационная вентральная грыжа. У 21 больного, выполнены разработанные нами в клинике методы лечения эвентрации с применением эксплантации полипропиленовой сети (ППС). Суть их заключается в следующем: во время выполнения оперативного вмешательства, после завершения основного этапа операции и выделения краев раневого дефекта, последние сшивают узловыми швами до плотного соприкосновения или в дубликатуру. Затем, переднюю поверхность мышечно-апоневротического слоя отделяют от швов в обе стороны и подшивают трансплантат поверх аутопластики (onlay), укрепляя эту линию швов и слабые места брюшной стенки. Либо, трансплантат располагают между брюшиной и мышечно-апоневротическим слоем (inlay) – при этом, после иссечения тканей, брюшину отслаивают от мышечно-апоневротического слоя на протяжении 6-8 см. Края ее сшивают. Над брюшиной располагают трансплантат один край которого фиксируют П-образными швами к мышечно-апоневротическому слою изнутри или к самой брюшине узловыми или непрерывными швами. Затем прошивают второй край так, чтобы после сведения краев над трансплантатом ткань оста-

валась натянутой и не «парусила». Преимущество этих способов, по сравнению с другими, состоят в том, что они позволяют достаточно широко иссечь инфильтрированные и некротизированные ткани по краям дефекта брюшной стенки по типу первичной хирургической обработки, избежать чрезмерного натяжения сшиваемых тканей, обеспечить надежную герметизацию брюшной полости, отграничив ее от очага инфекции, которым нередко является послеоперационная рана. В этой группе все больные выздоровели. Таким образом, эвентрация никогда не возникает без видимых причин и является тяжелой агрессией для организма, что довольно часто приводит к гибели больного. Полученные результаты свидетельствуют о высокой их эффективности и целесообразности использования в лечении этой категории больных.

89.РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

Каминский И.В.

Симферополь, Россия

Кафедра хирургии № 1 (зав., профессор
Костырной А.В.), ФГАОУ ВО «Крымский
федеральный университет имени В.И.

Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение). Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость (РПKN) является одним из наиболее тяжелых осложнений послеоперационного периода. В силу отсутствия типичной клинической картины ее часто принимают за послеоперационный парез кишечника, по поводу чего проводится консервативное лечение, нередко приносящее временный успех, что может приводить к поздним срокам ре-лапаротомии [Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., 2006; Жебровский В.В., 2006.]. Материал и методы исследования. Нами проведем анализ результатов лечения 86 больных, из которых у 54 была РПKN механического характера и у 32 функционального. Результаты исследования. У всех больных с функциональной непроходимостью отмечалось равномерное вздутие живота, перистальтика резко ослаблена, а у больных с паралитической формой наблюдалось полное отсутствие перистальтики. Задержка стула и газов наблюдалась у 31 (96,8 %) больного. Наиболее информативными признаками РПKN механического характера были: рвота, увеличение количества желудочного содержимого, выделяющегося через зонд – 53 (98,1 %) чело-



века, ассиметричное вздутие живота наблюдалось у 51 (94 %) больного, резкая схваткообразная боль в животе – 47 (87 %) больных. РПКН наиболее часто возникала после экстренных операций на органах брюшной полости У всех больных были отмечены значительные гематологические и био-химические нарушения. Изучены процессы внутриэритроцитарного метаболизма, при этом выявлялась значительная интенсификация гликолитических реакций, поставляющих энергию для поддержания метаболических процессов в эритроцитарных клетках. Уровень аденозинтрифосфата, фосфоенолпирувата и гликозилированного гемоглобина в 1,5 -2 раза превышал показатели нормы. При комплексном изучении уровня продуктов перекисного окисления липидов, среднемолекулярных олигопептидов, а также интегративных гематологических показателей эндогенной интоксикации установлено, что при механической форме ранней РПКН, эндотоксикоз развивался не сразу, а на 2-3 сутки от начала осложнения и не являлся ранним диагностическим признаком, как при функциональной её форме. Наряду с рентгенологическими методами исследования новые возможности в ранней диагностике РПКН открывает использование УЗИ кишечника в динамике, которое позволяет выявить такие патогномичные проявления кишечной непроходимости как увеличение диаметра кишечных петель, изменение характера его содержимого (переполнение приводящего отдела жидким содержимым в виде анэхогенных участков и наличие газа – гиперэхогенные зоны с широкой акустической тенью), маятникообразный характер перистальтики. Релапаротомии проводились всем больным с РПКН механического характера и у больных с паралитической формой РПКН (12 наблюдений). В среднем релапаротомии производились через 8,5 суток после первой операции и через 1,6 суток от начала появления первых признаков РПКН. У 37 (68,5%) больных с механической РПКН проходимость кишечника восстановлена простым рассечением спаек; у 2 (3,7%) – произведено наложение обходного анастомоза; у 3 (5,6%) больных на фоне перитонита проведена илеостомия; у 12 (22,2%) больных произведена резекция участков кишечника из у 6 больных была применена методика разработанного нами прецизионного кишечного шва, отличающегося оптимальным сопоставлением слоев кишечной стенки и минимальной воспалительной реакции в сшиваемых тканях, достаточной механической прочностью и биологической герметичностью. Декомпрессию тонкой кишки и эвакуацию ее токсического содержимого, проводили через назогастроинтестинальный зонд, профилактику рецидива спаечной РПКН проводили методом пролонгированной интубации тонкой кишки. В послеоперационном периоде

все больные получали комплексную интенсивную терапию. Выводы. Проведение данного комплекса лечебных мероприятий позволило снизить летальность после операций по поводу РПКН, что составило 12,1%. и дает основание рекомендовать его для широкого применения в абдоминальной хирургии.

90. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М., Белова В.А., Бубович Е.В., Горда Н.В.

Сургут

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

Цель исследования – проанализировать клинический материал и дать оценку существующим подходам к хирургическому лечению больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами. В течении последних 5 лет к нам обратилось 58 больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами (БигПОВГ). У 48 (82,8%) из них ИМТ превышал 35 кг/м², у 50 (86,2%) – имелся сложный преморбидный фон, обусловленный тяжелой сопутствующей патологией. Отказано в плановой операции только 1 больной (1,7%). Проанализированы результаты хирургического лечения 57 больных с БигПОВГ. Диагностическая программа включала физикальные, лабораторные и инструментальные (лучевые, эндоскопические, внутрибрюшная тонометрия) методы исследования и определялась регламентированным стандартом и индивидуальными особенностями. Внутрибрюшная тонометрия выполнялась путем измерения давления в мочевом пузыре. По объему выполненного коррегирующего вмешательства больных с БигПОВГ разделили на 2 группы: В 1 группе (26 больных) применена ненатяжная герниопластика с применением синтетических трансплантатов. Во 2 группе (31 пациент) выполнена реконструкция передней брюшной стенки путем пересечения апоневроза наружной косой мышцы живота с обеих сторон от реберных дуг до гипогастрия: передняя сепарация по О. Ramirez у 17 и у 14 - по разработанной малоинвазивной технологии с использованием оригинального инструмента тенотома и подкожного рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота (НКМЖ). У части больных второй группы (24 – 77,4%) дополнитель-



но использовали полипропиленовую сетку. У всех больных до- интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде контролировали уровень внутрибрюшного давления. У всех больных с БИГПОВГ имеет место исходная внутрибрюшная гипертензия – средний уровень внутрибрюшного давления 15,5+3 см вод.ст. Контролем для возможности сшивания краев грыжевых ворот служили показатели интраабдоминальной тонометрии, при этом ориентируемся на уровень дооперационного интраабдоминального давления: после пробного сведения краев уровень интраабдоминального давления должен быть значимо выше дооперационного. У всех оперированных больных удалось выполнить ликвидацию грыжевых ворот и пластику без натяжения (разница в уровне интраабдоминального давления не более 2 см вод.ст.). В послеоперационном периоде продолжали антибиотикопрофилактику, антикоагулянтную терапию, инфузионно-трансфузионную терапию, средства по коррекции нарушений витальных функций. Внимание уделяли ранней активизации, ЛФК, гемоделиции, раннему энтеральному питанию, во второй группе – дополнительно мероприятиям по снижению интраабдоминального давления (зондовая декомпрессия, механическая очистка толстой кишки, лекарственная и физиотерапевтическая стимуляция ЖКТ). При изучении результатов интраабдоминальной тонометрии отмечено, что в раннем послеоперационном периоде (3 - 4 сут) удалось контролировать оптимальный уровень интраабдоминального давления, не превышающий 15+6 см вод. ст. Для чего у части больных проводили дополнительно мероприятия по снижению интраабдоминального давления. В послеоперационном периоде в 1 группе умер 1 больной (1,7%), причина – ТЭЛА. Осложнения, потребовавшие релапаротомии, отмечены у 1 пациента (1,7%) через 4 сут - релапаротомия в связи с ранней спаечной кишечной непроходимостью. Раневые осложнения имели место у 6 больных (10,5%): в 1 группе – у 3 (11,5%), во 2 группе – у 2 (11,8%) при применении передней сепарации по O. Ramirez) и у 1 больного (7,1%) отмечено развитие гематом по месту выполнения подкожного рассечения апоневроза НКМЖ, причем трансплантат не был удален ни у одного больного с раневыми осложнениями. Средняя длительность пребывания в стационаре в обеих группах не отличалась и составила 15,6+4,0 койко-дня. 34 (60%) больных осмотрено в отдаленном периоде (в сроки 1-4 г) – рецидивов грыжи не отмечено. Таким образом, объективный подход к оценке возможности выполнения плановых операций у больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами позволяет снизить отказ от плановых операций до 1,7%. Разработанная технология ре-

конструкции передней брюшной стенки с использованием подкожного рассечения апоневроза НКМЖ в связи с ее малотравматичностью, низкой частотой ранних и поздних послеоперационных осложнений может быть рекомендована для клинического применения у больных с БИГПОВГ. Целенаправленный патогенетически обоснованный подход к формированию программы хирургического лечения больных с БИГПОВГ позволяет добиться качественных результатов медицинской реабилитации: послеоперационная летальность - 1,7%, частота послеоперационных осложнений - 12,3 %.

91. ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ И СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ

Петрашенко И.И.(1), Паникова Т.Н.(1), Степаненко Р.Н.(2), Белослудцев А.Д.(2)

Днепропетровск

1)ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 2)КУ «Днепропетровская городская клиническая больница №16 ДОР»

При физиологической беременности происходят значительные изменения в системе гемостаза, что находит свое отражение в повышении активности факторов свертывания, угнетение фибринолиза, в связи с чем коагуляционные сдвиги во время беременности требуют особого внимания. Лечебная тактика при остром аппендиците предусматривает немедленное хирургическое вмешательство при любом сроке беременности. При этом, немалую роль играет вид оперативного вмешательства.

Цель исследования: провести сравнительную оценку изменений отдельных показателей свертывающей системы крови у беременных при остром аппендиците в зависимости от вида оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 98 больных с острым аппендицитом на фоне беременности, которые были госпитализированы в областную клиническую больницу им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска. Женщинам I группы (n=73) – в качестве хирургического лечения была выполнена лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), во II группе (n=25) аппендэктомия выполнялась лапаротомным путем (ТА). Значение показателей свертывающей системы крови (количество тромбоцитов, время свертывания крови, концентрация фибри-



ногена, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), активированное время рекальцификации плазмы (АВР), тромбиновое время, протромбиновый индекс), уровень D-димера изучали у беременных с острым аппендицитом до операции, на 1-е и 3-и сутки после выполнения аппендэктомии. Результаты и их обсуждение. Количество тромбоцитов оставалось в пределах нормы (180-320x10⁹/л) на дооперационном этапе у всех беременных. В послеоперационном периоде достоверных отличий в сравнении с дооперационным этапом у женщин I группы не выявлено (p>0,05). Во II группе наблюдалось достоверное увеличение количества тромбоцитов на 1-сутки (p0,05). Сравнение средних параметров свертывающей системы крови в группе с ЛА в предоперационном периоде и на 1-е сутки с высокой степенью достоверности показали.

92. ПЕРВЫЙ ОПЫТ МАНУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭКСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У РОДСТВЕННОГО ДОНОРА.

Платонов В.С., Куркин А.В., Филоненко Э.А., Серикова В.И., Протопопов А.Ю.

Воронеж

БУЗ ВО ВОКБ №1

На сегодняшний день главным фактором, ограничивающим развитие трансплантологии и снижающим доступность данного вида медицинской помощи для больных, является дефицит донорских органов. Один из способов разрешения сложившейся ситуации - активное развитие прижизненного донорства органов. Безусловными преимуществами трансплантации от живого родственного донора являются: 1. Отсутствие длительного периода ожидания донорского органа, в том числе возможность трансплантации почки до начала заместительной почечной терапии; 2. Плановый характер трансплантации, дающий возможность проведения подготовки донора и реципиента к операции; 3. Менее агрессивный протокол иммуносупрессии у реципиента; 4. Лучшие показатели краткосрочных и отдаленных результатов трансплантации в значительной степени связанные с меньшими сроками холодовой ишемии трансплантата; 5. Возможность выполнения трансплантаций у АВ0-несовместимых донора и реципиента. В результате бурного развития видеоэндоскопических технологий «золотым стандартом» при трансплантации почки от живого донора в большинстве

центров трансплантологии стало использование малоинвазивных методов эксплантации донорской почки у живого донора. Впервые в Воронежской ОКБ №1 родственная трансплантация почки была выполнена в 2005 году. Первая лапароскопическая мануально-ассистированная техника эксплантации донорской почки была применена в ВОКБ №1 в 2013 году, в обоих случаях с привлечением специалистов из ФГБУ ФНЦ ТиИО им В.И. Шумакова. В сентябре и октябре 2016 года на базе БУЗ ВО ВОКБ №1 самостоятельно проведены две родственные трансплантации почки. В обоих случаях для эксплантации донорской почки у живого родственного донора использовалась лапароскопическая техника с мануальной ассистенцией. Одна из пар донор-реципиент была несовместима по группе крови (системе АВ0), что также является первым опытом трансплантации в Воронежской области. Потенциальные пары донор-реципиент: донор Б., 59 лет - реципиент Б., 38 лет и донор М., 65 лет – реципиент П., 31 года впервые консультированы в апреле 2016 года. Обследование доноров перед операцией проводилось в два этапа: 1. Амбулаторный этап: определение группы крови донора и реципиента, HLA-типирование, вирусологическое исследование крови донора и реципиента, определение титра предшествующих антител реципиента, проведение реакции cross-матч. 2. Стационарный этап: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и по Нечипоренко, электролиты крови, липидный профиль, коагулограмма, серологическое исследование крови на наличие вирусных гепатитов, сифилиса, ВИЧ-инфекции, исследование крови методом ПЦР на наличие ДНК Cytomegalovirus и Herpes sympl.virus II, рентгеноскопия органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, УЗИ почек, РКТ органов грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием, ЭКГ, ЭхоКГ, суточный мониторинг АД, Холтеровское мониторирование ЭКГ, тредмил – тест, консультация кардиолога. По результатам обследования противопоказаний к донорству органов у донора Б. и донора М. не выявлено. Принято решение о проведении родственных трансплантаций в сентябре-октябре 2016 года. Пара донор М.- реципиент П. являлась несовместимой по АВ0. У донора Б. на момент обследования констатирован ИМТ=34,5, были даны рекомендации по диете, проведена беседа о необходимости снижения веса для повышения шансов благоприятного исхода операции, к моменту операции отмечено похудение на 8 кг, ИМТ=31,2. После оценки почечных сосудов на РКТ-ангиограмме в обоих случаях осуществлялся малоинвазивный забор левой почки. Разрез 7см для мануальной ассистенции и щадящего извлечения экспланта производился



в эпигастральной области по белой линии живота. Дополнительно использовали три троакарных прокола. Операционная бригада состояла из двух хирургов. Почечную вену и артерию выделяли раздельно с максимальной длиной - до устья нижней полой вены и аорты, соответственно. Мочеточник пересекался на границе средней и нижней трети. Интраоперационных осложнений не отмечено. Время первичной тепловой ишемии экспланта составило 5 и 8 минут; срок консервации – 210 и 200 минут; время вторичной тепловой ишемии – 40 и 30 минут, соответственно. У реципиента, несовместимого по системе АВ0, отмечена отсроченная функция трансплантата, в другом случае – немедленная. Водовыделительная функция у обоих реципиентов восстановилась в первые сутки. Нормализация уровня креатинина отмечена на 15 и 3 сутки, соответственно. В первые 2 и 3 месяца наблюдения реципиентов осложнений не выявлено. Заключение: одной из приоритетных целей в развитии трансплантологии в Воронежской области является повышение доступности населению заместительной почечной терапии, в том числе путем проведения родственной трансплантации почки с использованием малоинвазивной техники. В связи с чем проводятся работы по выявлению потенциальных пар донор-реципиент, особо уделяется внимание больным в преддиализной стадии.

93.ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

Салахов Е.К.

Набережные Челны

ГАУЗ Менделеевская ЦРБ

Открытие новых методов диагностики и лечения, совершенствование хирургической техники, достижения в малоинвазивной хирургии, расширение возможностей антибактериальной терапии существенно не снизили уровень летальности при распространенном перитоните. Немаловажную роль при этом играют неэффективная хирургическая санация гнойно-воспалительного очага в брюшной полости, продолжающийся перитонит или позднее поступление больных в стационар. Ряд авторов отмечают также возросший объем хирургической помощи, увеличение числа больных пожилого и старческого возраста, а также пациентов с большим количеством факторов риска. Доктрина лечения перитонита многие десятилетия остается неизменной. Постулатами являются обязательное хирургическое устранение источника

внутрибрюшной инфекции, тщательная санация брюшной полости, целенаправленная антибактериальная терапия и интенсивное детоксикационное и симптоматическое лечение в послеоперационном периоде. Санация брюшной полости является важнейшим этапом оперативного вмешательства и должна осуществляться с особой тщательностью, поскольку неполноценная интраоперационная санация не может быть восполнена ни антибактериальной, ни интенсивной терапией в послеоперационном периоде. Агрессивность и высокая травматичность метода программируемых ревизий брюшной полости вынуждают хирургов искать альтернативные варианты. Особого внимания заслуживает внедрение видеолапароскопии в лечение распространенных форм перитонита. Важное место заняли программируемые лапароскопические санации после первичных операций при распространенном перитоните. Их использование позволяет совершить ряд хирургических манипуляций: 1. Санировать брюшную полость, корригировать расположение дренажей, контролировать состояние кишечных швов и анастомозов, возможность наложения швов в случае обнаружения дефекта полого органа. 2. Произвести пункцию и дренирование внутрибрюшных абсцессов. 3. Остановить кровотечение с использованием гемостатических полимерных материалов либо осуществить клипирование, коагуляцию, прошивание сосудов. 4. Рассечь сформированные и формирующиеся спайки между органами брюшной полости. 5. Обработать брюшину и органы брюшной полости ультразвуком в растворе антисептика или произвести лазерное облучение брюшной полости. Различают два вида лапароскопической санации – механическое воздействие промываемым раствором с использованием различных устройств (в том числе гидропрессивная санация, БРЮСАН Малкова) и применение физических факторов воздействия (обработка ультразвуком, облучение лазером). Показания к программируемым санациям определяются во время лапаротомии. К ним относят: 1. Давность заболевания свыше 24 часов; 2. В случаях при источнике перитонита в лице ободочной кишки; 3. Выраженные воспалительные изменения париетальной и висцеральной брюшины, сопровождающиеся массивными, плотными наложениями фибрина; 4. Экссудат с каловым содержимым; 5. Ретенция жидкости после перитонеального лаважа, желчеистечение, а также случаи, требующие визуального динамического контроля. Недостатками лапароскопической санации являются: 1. Невозможность адекватной санации брюшной полости при массивной бактериальной контаминации, обильных фибринозных наложениях; 2. Плохой обзор при наличии паралитической непроходи-



мости; 3. Отсутствие возможности произвести интубацию тонкой кишки. Материалы и методы исследования В исследовании использовали отечественный, серийно выпускающийся аппарат ультразвуковой низкочастотный УРСК 7Н-18, который состоит из генератора, акустического преобразователя и волновода-излучателя. Совместно с фирмой «Метромед» (г. Омск), был модифицирован волновод-излучатель, что позволило использовать его лапароскопически (приоритет по заявке № 2010136807 «Способ послеоперационной лапароскопической санации брюшной полости»). Во время лапаротомии, после удаления источника перитонита и санации брюшной полости устанавливали на передней брюшной стенке разработанные нами «модифицированные лапаропорты» (приоритет по заявке № 2011112632), которые отличались нанесенными спиральными выступами и удлиненной формой, что позволяло надежно фиксировать их в передней брюшной стенке и использовать даже у тучных больных. Для борьбы с энтеральной недостаточностью как одним из основных источников эндотоксикоза производили интубирование кишечника предложенным «кишечным зондом» (патент на полезную модель № 2011104466/14), использование которого значительно облегчало проведение зонда и уменьшало время данной манипуляции. Дренирование брюшной полости осуществляли «спиралевидным дренажем» (патент на полезную модель № 63686). Заполняли брюшную полость физиологическим раствором (чтобы исключить действие антисептика на микрофлору) через лапаропорт либо дренажные трубки, затем проводили «озвучивание» брюшины и органов брюшной (каждую анатомическую область, начиная с области источника перитонита) полости волноводом-излучателем с защитной насадкой в течение 4–5 минут. Затем исследовали промывную жидкость из брюшной полости до и после «озвучивания», оценивая количественный и качественный состав микрофлоры. Лапароскопические санации выполнены у 37 больных с распространенным перитонитом различной этиологии (основная группа). Женщин было 22 (59 %), мужчин 15 (41 %), средний возраст составил 50,4 лет. Причинами перитонита оказались острые заболевания органов брюшной полости и ранения. Результаты исследования и их обсуждение При микробиологическом исследовании промывной жидкости из брюшной полости до озвучивания преимущественно монофлора высевалась у 29 (78,5 %) больных, микробные ассоциации – у 8 (21,5 %) пациентов. Кишечная палочка высевалась в 14 (38 %) наблюдениях, стафилококки – в 6 (16 %), энтеробактерии – в 8 (21,5 %), псевдомонады – в 4 (11 %), протей в – 4 (11 %), анаэробы – в 1 (2,5 %) случае. Группу срав-

нения составили 174 пациента, которые объединены в группы, сопоставимые по Мангеймскому перитонеальному индексу После озвучивания в 21 (56 %) случае роста микрофлоры после «озвучивания» не обнаружено, у остальных больных число колониеобразующих единиц уменьшилось в 4–7 ($p < 0,05$) раз, чувствительность к антибиотикам расширилась в 9 (23 %) ($p < 0,05$) наблюдениях. Использование разработанного способа программных видеолaparоскопических санаций брюшной полости с применением низкочастотного ультразвука у больных 2 степени тяжести перитонита по сравнению с контрольной группой позволило снизить летальность на 12 % ($p < 0,05$), а развитие послеоперационных осложнений – на 8 % ($p < 0,05$). Заключение .Разработанный способ программных видеолaparоскопических санаций брюшной полости с применением низкочастотного ультразвука у больных с распространенным перитонитом оказывает выраженный бактерицидный и бактериостатический эффект и может успешно использоваться в комплексном лечении больных распространенным перитонитом. Этот современный и высокоэффективный способ воздействия на инфекционный процесс оказывает минимальное повреждающее воздействие на ткани. Его следует считать альтернативой открытым лаважам и санациям брюшной полости.

94. ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЗЕНИ БРЮШИНЫ

Суфияров И.Ф., Нуртдинов М.А., Ямалова Г.Р.

Уфа

БГМУ

Цель исследования: изучить возможности рентгеновской компьютерной томографии в диагностике хронической спаечной болезни брюшины. Материал исследования: 42 больных с хронической спаечной болезнью (ХСББ) брюшины находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГКБ №13 г.Уфы, за период с 2010 по 2016гг. Возраст больных был от 31 года до 70 лет, средний возраст больных составил $44,3 \pm 5,3$ года, а 50,3% больных были старше 60 лет. Мужчин было – 21 (50,0%), женщин - 21 (50,0%). Пациентам с ХСББ в условиях экстренной хирургии проводился минимум клинического традиционного обследования, включавшего клинические, инструментальные и лабораторные методы исследований.



Общеклиническое обследование проводилось традиционными методами и включало изучение жалоб, анамнеза, общего и локального статуса. Рентгеновская компьютерно – томографическая диагностика осуществлялась на аппарате Aquilion RXL, Toshiba Япония, для построения виртуальной модели применялось программное обеспечение VitreaAdvanced. Результаты. Оценивались следующие параметры наличие жидкости в брюшной полости, диаметр кишки, толщины стенки кишки, структура стенки кишки, содержимое кишечника, рендеринг дилатированных петель кишечника, локализации выявленных изменений. Были разработаны критерии кишечной недостаточности. Было установлено, что точность рентгеновской компьютерной томографии в диагностике ХСББ составила 86%, чувствительность - 87%, специфичность - 85%. Выводы. В диагностике хронической спаечной болезни брюшины, использование рентгеновской компьютерной томографии имеет определенную ценность, поскольку 3D визуализация, позволяет расширить представление о характере патологического процесса.

95. О ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ.

Нуртдинов М.А., Суфияров И.Ф., Ямалова Г.Р.

Уфа

БГМУ

Цель исследования: изучить возможности рентгеновской компьютерной томографии в диагностике хронической спаечной болезни брюшины и выборе способа хирургического лечения. **Материал исследования:** 62 больных с хронической спаечной болезнью (ХСББ) брюшины находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГКБ №13 г.Уфы, за период с 2012 по 2016гг. Возраст больных был от 31 года до 70 лет, средний возраст больных составил $44,3 \pm 5,3$ года, а 50,3% больных были старше 60 лет. Мужчин было –41 (50,0%), женщин - 21 (50,0%). Все больные были разделены на две группы: 1-я (31 пациент) в которой в диагностический комплекс была включена рентгеновская компьютерная томография, 2-я группа (31 больной), обследованная традиционно. Рентгеновская компьютерно – томографическая диагностика осуществлялась на аппарате Aquilion RXL, Toshiba Япония, для построения виртуальной модели применялось программное обеспечение VitreaAdvanced. Результаты. Оценивались следующие параметры наличие жидкости в брюшной полости, диаметр кишки, толщины стенки кишки,

структура стенки кишки, содержимое кишечника, рендеринг дилатированных петель кишечника, локализации выявленных изменений. Были разработаны критерии кишечной недостаточности. После диагностики у 26 (83,9%) пациентов 1-й группы был осуществлен лапароскопический адгезиолиз, устранение непроходимости. Лапароскопическое лечение, без конверсии во 2-й группе удалось выполнить только в 16 случаях (51,6%). Летальности в 1-й группе не было, во второй – умерло 3 (9,6%) больных. Выводы. Применение в диагностике хронической спаечной болезни брюшины рентгеновской компьютерной томографии имеет значительные перспективы, так как позволяет локализовать фиксированные кишечные петли, оценить жизнеспособность кишки.

96.ЗНАЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ФИБРИНОГЕНА И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ В РАЗВИТИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРИХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Бердиев Э.А., Пирназаров И.П.

Ташкент

РНПЦЭиМХДВ, ТМА

Актуальность: Известно, что фибриноген играет особую роль в образовании спаек. При повышении концентрации фибриногена, возрастает фибринолитическая активность крови и тканевой фибринолиз.

Целью работы явилось уточнение реакции фибриноген – фибринолиз у детей со спаечной кишечной непроходимостью до, во время и ближайшие сроки после операции. **Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 31 больной со спаечной кишечной непроходимостью, у которых был выполнен лапароскопический адгезиолиз. У 3 (9,7%) больных из-за технических трудностей, выраженные межкишечные сращения перешли на конверсию. Больные условно были разделены на 2 группы. В первой контрольной группе у 14 больных (45,2 %) винтра-операционном и в послеоперационном периоде фибринолитический раствор(ФЛР) в брюшную полость не вводили, во второй группе (основная) у 17 (95,4,8%) больных, брюшная полость орошалась ФЛР, которая состоит из следующих компонентов; фибринолизина 20000ед., гепарина 2000ед., гидрокартизона 125 мг, раствора новокаина 0,25% - 50,0 мл.

Результаты: в обеих группах до операции отмечались умеренная гиперкоагуляция, выражающаяся повышением протромбинового индекса



(102,4±1,8 %). Показатели гематокрита варьировали в пределах верхней границы нормы 44, 2±1,4. Во время лапароскопических вмешательств, отмечено нарастание концентрации фибриногена до 4,86±0,5г\л, наряду с этим отмечено угнетение фибринолиза (ретенция) сгустка крови. Первые 3 суток после операции сохранялась картина гиперкоагуляции. На 5 сутки после операции концентрация фибриногена постепенно нормализовалась до 4,42±8,4 г\л, но фибринолитическая активность оставалась угнетенной до 7 суток после операции. Эти показатели свидетельствуют о том, что у этой группы больных в определенной степени нарастает риск формирования спаечного процесса. У больных второй группы с первого дня после операции отмечались постепенная нормализация фибринолитической активности крови, хотя чуть ниже нормальных границ (206,1±18,2 мин.). Полная нормализация фибринолитической активности наступила на 3 сутки, хотя концентрация фибриногена держалась на уровне верхней границы нормы. При лапароскопических вмешательствах по сравнению с традиционными методами резких нарушений со стороны коагулограммы не наблюдалось.

Заключение. Анализ проведенных исследований свидетельствует, что для ранней профилактики спаечного процесса необходимо менее травматичное оперативное вмешательство, (лапароскопический адгезиолизис). Наряду с этим во время оперативных вмешательств необходимо проводить коррекцию концентрации фибриногена и фибринолитической активности крови, что является ранней патогенетической профилактикой спаечного процесса в брюшной полости у детей.

97. ОБРАЗОВАНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА НА ФОНЕ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ.

Бердиев Э.А., Очиллов Р.О

Ташкент

РНПЦМ и ЭХДВ. ТМА

Актуальность проблемы: Система фибринолиза имеет большое значение в заживлении раны, растворяя фибрин по мере клеточной инфильтрации, в области повреждения. Наряду с этим угнетение фибринолитической активности играет важную роль при спаечном процессе, поскольку травмированная и воспаленная брюшина обладает повышенной гемокоагулирующей активностью и сниженным фибринолизом.

Цель исследования: Изменение фибринолиза и его влияние на образование фибрина на поверхности кишки и брюшины.

Материал и методы исследования: Нами изучен спонтанный фибринолиз венозной и капиллярной крови у больных с флегмонозным (18), гангренозным (12), и гангренозно-перфоративным (12) аппендицитом.

Результаты исследования: В дооперационном периоде при всех формах острого аппендицита спонтанный фибринолиз венозной крови не был изменен и сохранялся на уровне 324 ±9.4мг % (в норме 323 ±8.9мг %), а капиллярный был повышен и составлял 264 ± 4.8мг% (в норме 212%±3.5мг%). Это значит, что в дооперационном периоде имеет место преобладание тканевой системы фибринолиза, при этом венозно-капиллярной коэффициент при флегмонозном аппендиците составляет 1,2 (в норме 1,44), при гангренозном 1,1 и при гангренозно-перфоративном 1,0. У всех больных выполнена лапароскопическая аппендэктомия, учитывая ее малоинвазивность и меньшую травматичность для тканей. В послеоперационном периоде гиперкоагуляция нарастала при всех формах острого аппендицита, это свидетельствовало об угнетении фибринолитической активности крови. У детей резкое снижение фибринолиза отмечено в послеоперационном периоде в течении 3-4 суток, затем наблюдалась постепенная нормализация, которая завершалась на 8-10 сутки после операции. А степень снижения фибринолитической активности крови была пропорциональна стадии деструктивного изменения червеобразного отростка. Естественно угнетение фибринолитической активности крови создает благоприятный фон для оседания фибрина на поверхности кишечника и поврежденной брюшины.

Выводы: Таким образом, у больных детей с острым аппендицитом в дооперационном периоде начинаются изменения со стороны свертывающей системы крови с угнетением фибринолитической активности. Из-за чего создается фон для последующего спаечного процесса. Необходимо корректировать фибринолитическую активность крови, до и в раннем послеоперационном периоде.

98.ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мансуров У.У., Назирбоев К.Р.

Душанбе

ТГМУ им. Абуали инби Сино

Цель исследования. Улучшение результатов хи-



рургического лечения острого калькулезного холецистита у лиц старческого и пожилого возраста. **Материал и методы.** За период 2010- 2016 гг. в условиях клиники оперированы 292 больных с желчнокаменной болезнью из них в 12 случаях, учитывая общее состояние, возраст, наличие множества сопутствующих заболеваний, выполнена малотравматичная, щадящая операция - холецистостомия. Возраст больных колебался от 63 до 89 лет. Женщин было -11 (93%), мужчин-1 (7%). Встречались следующие сопутствующие патологии: ИБС с хроническим обструктивным бронхитом, дыхательная недостаточность 2 ст. в -6 (50%) случаях, гипертоническая болезнь в -2 (16,6%) случаях, сахарный диабет в -4 (33,3%) случаях. Все больные получали предоперационное консервативное лечение в течение 48 часов, при этом приступы печёночной колики не купировались у 12 больных, лечение было безуспешным. В связи с этим больные в срочном порядке были прооперированы. Операции проводились под местной анестезией из мини доступа в 10 случаях, при этом из полости желчного пузыря были извлечены камни, полость промывали антисептическими растворами, и дно пузыря вместе с трубкой фиксировали к апоневрозу передней брюшной стенки, а в 2 случаях микрохолецистостомия накладывали чрезкожно пункционным способом под строгим контролем УЗИ, микроиригатором, пришивали к коже для последующего промывания и антиградной холецистографии. В послеоперационном периоде в 4 случаях отмечалось обострение сопутствующих заболеваний, которые купировались консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было. Проводилось УЗИ - мониторинг в первые 3 суток, где отмечалось стихание воспалительных процессов, уменьшение отеков гепато-дуоденальной зоны лабораторно, уменьшение количества лейкоцитов и уровень билирубина. Клинически отмечали улучшение общего состояния, снижение симптомов интоксикации. Выводы. Таким образом, при тяжёлом состоянии больных пожилого и старческого возраста на фоне множества сопутствующих заболеваний декомпрессивные операции на желчном пузыре при остром холецистите показали обнадеживающие результаты хирургического лечения острого холецистита.

99. ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

*Дробязгин Е.А.1,2, Судовых И.Е.2,
Чикинев Ю.В.1,2*

Новосибирск

1- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России 2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

На базе клиники кафедры госпитальной и детской хирургии НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в период с 2003 по 2016 год на лечении находилось 47 пациентов с сужением трахеи и (или) бронхов опухолевой этиологии (27 мужчины и 20 женщин). У 31 пациента было сужение трахеи, у 16 – сужение бронхов. Возраст пациентов составил от 16 до 79 лет. в возрасте от 16 до 79 лет. Причинами сужения трахеи были: рак трахеи у 11 пациентов, рак пищевода с прорастанием и сдавлением трахеи у 6, аденома трахеи у 4, рак легкого с переходом на трахею у 4, воспалительная псевдоопухоль трахеи у 1, рецидив рака гортани после ее экстирпации у 1, рецидив рака трахеи после ее циркулярной резекции у 1, сдавление трахеи метастазами нейроэндокринного рака у 1. Причинами сужения бронхов были: аденома у 5 пациентов, рак легкого у 3, фиброма у 3, карциноид у 2, метастаз рака почки у 2, метастаз лейомиосаркомы матки у 1, сдавление бронха опухолью средостения. Более чем у 50% пациентов (28) опухолевое поражение носило злокачественный характер. У большинства пациентов с опухолью трахеи (10) сужение из-за опухоли или сдавления извне было в ее нижней трети, у 6 в средней трети, у 6 в верхней трети, у 3 в подскладочном отделе гортани и верхней трети трахеи, у 2 в средней и нижней трети. При стенозе бронхов из-за опухоли или сдавления извне у 5 пациентов было сужение правого главного бронха, у 5 левого главного бронха, у 3 промежуточного бронха, у 2 бронха верхней доли правого легкого, у 2 бронха нижней доли правого легкого. При локализации опухоли в нижней трети трахеи в 4 наблюдениях выявлено распространение на карину бифуркации трахеи (2), оба главных бронха (1), правый главный бронх (1). Стеноз трахеи I степени был у 2 пациентов, II степени у 11, III степени у 17. Стеноз бронха II степени был у 4 пациентов, III степени у 7, просвет был полностью перекрыт опухолью у 4. Опухоль выстояла в трахею у 3 пациентов. В 1 наблюдении, флотирова при дыхании и частично перекрывая



просвет бронха противоположного легкого, вызывая эпизоды острой дыхательной недостаточности. Во всех случаях при лечении использованы эндоскопические методы. При опухолях трахеи стентирование металлическими саморасправляющимися стентами проведено 17 пациентам, установка силиконового стента типа Dumon у 5, удаление опухоли тубусом ригидного бронхоскопа у 8, удаление опухоли диатермической петлей у 4, бужирование суженного участка трахеи у 2. При опухолях бронхов у большинства пациентов (12) опухоль удалялась с использованием диатермической петли, в 4 случаях выполнена установка металлического саморасправляющегося стента, в 1 случае проведено удаление опухоли и стентирование бронха и трахеи силиконовым стентом типа Dumon. Длина устанавливаемых силиконовых стентов типа Dumon была 4 и 6 см, а наружный диаметр от 17 до 15 мм (17мм - 1 пациент, 16 мм – 3, 15 мм – 1). С 2011 года для стентирования трахеи и бронхов стали использовать металлические саморасправляющиеся стенты. При использовании этих стентов предварительного расширения просвета трахеи не требовалось. Стент проводился в участок сужения по тонкой струне-проводнику и под эндоскопическим контролем производилось его раскрытие в нужной позиции. При опухолевом поражении главных бронхов, карины бифуркации трахеи и нижней трети трахеи стент устанавливался в трахею и в главный бронх, наименее пораженный опухолью. Стентирование трахеи и левого главного бронха проведено 2 пациентам, трахеи и правого главного бронха - 2, левого главного бронха - 1, правого главного бронха - 1. Установка стента с «выключением» из дыхания более пораженного опухолью легкого преследовало цель улучшить качество жизни и обеспечить полную проходимость одного из главных бронхов. Всем пациентам были имплантированы стенты M.I. Tech (Ю. Корея) длиной 4 (у 6 пациентов), 6 (у 11) и 8 см (у 1), диаметром 12 (у 2 пациентов), 16 (у 3), 20 (у 5) и 22 мм (у 6). Осложнений при стентировании трахеи и бронхов не было. При удалении опухолей трахеи и бронхов осложнения были у 4 пациентов. Во всех случаях было кровотечение, которое носило умеренный характер. Повторные вмешательства выполнены 3 пациентам. В первом случае через 2 года после установки стента по поводу аденокистозного рака трахеи выявлено разрушение полимерного покрытия стента, что потребовало стентированием «стент в стент». Во втором при стентировании при прорастании и сдавлении при раке пищевода произошло сдавление растущей опухолью проксимального конца стента, что потребовало стентированием «стент в стент». В третьем случае через 2 недели после установки стента, произошла его дислокация. Выполнена коррекция положения

стента. Интервенционная эндоскопия при опухолях трахеи и бронхов позволяет восстановить и поддержать проходимость дыхательных путей за счет использования силиконовых и металлических саморасправляющихся стентов.

100. К ВОПРОСУ О СРОКАХ ВЫПОЛНЕНИЯ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЕ

Ефимов Е.В., Шапкин Ю.Г.

Саратов

Кафедра общей хирургии Саратовского государственного медицинского университета

Несмотря на значительные успехи в области эндovasкулярных технологий у больных синдромом диабетической стопы, количество выполняемых ампутаций при диабетической гангрене в условиях хирургических стационаров остается высоким [1]. Цель исследования: проанализировать результаты выполнения высоких ампутаций при диабетической гангрене нижних конечностей в условиях общехирургического стационара. Материал и методы. Основой для исследования послужили 317 высоких ампутаций выполненных в клинике общей хирургии СГМУ по поводу диабетической гангрены в период 2009-2015 годы. У всех больных имела место критическая ишемия нижних конечностей на фоне сахарного диабета 2 типа, при распространенности зоны некроза или гнойно-воспалительного процесса, не позволяющая технически выполнить ампутацию на уровне. В обеих группах превалировала влажная гангрена стопы без очевидной демаркационной линии. Билатеральная гангрена имела место у 2 (1,3%) больных основной группы и 3 (1,8%) больных группы сравнения. Ампутация единственной нижней конечности выполнена у 8 (5,2%) больных основной группы и 15 (9,0%) больных группы сравнения. Результаты. До 2012 года в клинике применялась тактика, в основе подхода лежал принцип: у больных с запущенными формами диабетической гангрены имеет место выраженная эндогенная интоксикация, в результате которой развилась или развивается полиорганная недостаточность, утяжеляющая состояние и ухудшающая прогноз и исходы. Тяжесть состояния оценивалась лишь на основе оценки гемодинамики, состояния сознания, уровня диуреза. В соответствии с этим ампутация конечности выполнялась в экстренном или срочном порядке, не позднее 1-2 суток после госпитализации с целью скорейшего удаления источника эндогенной интоксикации. Ампутация заканчивалась наложением редких



швов на культю или гильотинным способом без ушивания раны с последующим наложением вторичных швов. Использовался метод внутривенного и эндотрахеального наркоза, который формально позволял эффективнее управлять основными функциями организма. В группе сравнения было выполнено 150 ампутаций на уровне бедра, преимущественно в верхней и средней трети, что составило 89,8% от общего количества. Ампутации на уровне верхней трети голени были выполнены в 17 наблюдениях (10,2%). Средняя длительность пребывания в стационаре в этой группе составила $36 \pm 6,2$ дня. В основной группе операция выполнялась в отсроченном порядке после проведения дообследования, детальной оценки степени функциональной операбельности и проведения предоперационной подготовки, направленной на компенсацию нарушений витальных функций. Ампутация выполнялась трехмоментным способом, на культю накладывали глухой шов, проводилось аспирационное дренирование раны культы. Операции проводились только с применением спинномозговой анестезии. В основной группе количество выполненных ампутаций на уровне верхней и средней трети бедра было сопоставимо с данными группы сравнения, произведено 123 (82%) усечения конечности. В то же время усечения на уровне коленного сустава и верхней трети голени выполнялись почти в 2 раза чаще и составили 27 (18%) наблюдений. Длительность госпитализации в среднем составила $16 \pm 4,5$ дня. У больных группы сравнения мы наблюдали развитие местных и общих осложнений. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 45 (26,9%) больных, несостоятельность операционной раны без нагноения наблюдалась у 23 пациентов (13,8%). Послеоперационная пневмония была диагностирована у 46 (27,5%) больных, в ряде случаев носила двухсторонний характер. Заживление раны первичным натяжением имело место лишь у 21 больного (12,6%). Картина острого инфаркта миокарда развилась в 10 наблюдениях (6,3%), при этом клиника его у больных развивалась в 1-2 сутки послеоперационного периода. Нарушение кровообращения головного мозга диагностировано у 4 больных (2,4%), в половине случаев оно носило транзиторный характер. В послеоперационном периоде в этой группе больных отек культы бедра отмечался в 91,8% случаев. Ультразвуковой контроль был выполнен лишь в 18 (10,8%) наблюдениях, при появлении клинической картины ТЭЛА. Во всех случаях обнаруживали пристеночный тромб культы бедренной вены с признаками флотации. Больные были переведены в реанимационное отделение для интенсивной терапии, в 7 случаях отмечен летальный исход. Данные аутопсии полностью подтвердили результаты прижизненного обследования. У 30 (29,9%) больных

группы сравнения в послеоперационном периоде прогрессировали некротические изменения. Выраженность последних варьировала от частичного некроза отдельных мышечных групп до некроза культы на фоне восходящего тромбоза культы бедренной артерии, что потребовало повторных операций. В 23 (12,9%) наблюдениях выполнены реампутации, в том числе у 2 больных – экзартикуляции на уровне тазобедренного сустава. В этой группе больных 6 человек (3,6%) не были оперированы и скончались при явлениях нарастающей эндогенной интоксикации. В послеоперационном периоде летальный исход зарегистрирован в 38 наблюдениях (22,75%). Наиболее частыми причинами смерти были прогрессирующая полиорганная недостаточность, острое нарушение мозгового и коронарного кровообращения, ТЭЛА. Так же как и в группе сравнения в основной группе были зафиксированы местные и общие осложнения. Инфекционные осложнения послеоперационной раны отмечены у 30 (20%) больных, несостоятельность операционной раны без инфекционных осложнений была отмечена у 14 пациентов (9,3%). Развитие послеоперационной пневмонии в основной группе мы наблюдали лишь у 8 (5,3%) больных. В 86 (57,3%) наблюдениях заживление раны культы бедра и голени происходило первичным натяжением. Ишемические нарушения с развитием острого инфаркта миокарда зарегистрированы в 6 (4%) наблюдениях. Острое нарушение мозгового кровообращения отмечено у 3 (2%) больных, во всех случаях оно носило транзиторный характер. В этой группе у 66,8% больных после ампутации бедра на 3–5 сутки наблюдали выраженный отек культы конечности и при проведении дуплексного сканирования глубоких вен выявляли признаки тромбоза глубоких вен. Из 43 пациентов, у которых ультразвуковых признаков тромбофлебита не обнаружено, у 12 человек отмечен отек культы. Пристеночных тромбов с явлениями флотации мы не наблюдали. В 5 (5,3%) случаях после ампутации бедра манифестировала ТЭЛА. Ультразвуковое исследование, выполненное сразу после возникновения ТЭЛА, выявило у 3 больных тромб в культке бедренной вены с признаками флотации. При этом в одном случае зарегистрирована смерть больной. В остальных 101 наблюдениях клинических и инструментальных признаков ТЭЛА не обнаружено. Распространения тромбоза мы не наблюдали. Клиника, том числе отек культы, купировалась к 10 дню после операции. Прогрессирование некроза ампутационной культы встречалось в 5 (5,3%) наблюдениях. Выраженность некроза была незначительной – в виде частичного некроза отдельных мышечных групп, что в 3 (3,33%) наблюдениях потребовало повторных операций. У этих больных выполнены реампутации. В этой группе больных, четверо па-



циентов (2,6%) были признаны неоперабельными и скончались при явлениях полиорганной недостаточности. После операции умерло 12 больных (8%), основной причиной смерти служило острое нарушение коронарного кровообращения. Обсуждение полученных результатов. При определении показаний к операции и сроков ее выполнения всегда учитывалось общее состояние больного, функциональные резервы организма, показатели гомеостаза и другие факторы. Сроки выполнения вмешательств оказывали существенное влияние на результат. Значительное количество публикаций призывают к выполнению ампутации у больного в экстренном порядке, авторы исходят из представления о диабетической гангрене, особенно влажной, как об источнике эндогенной гнойной интоксикации.[2; 3] Сроки операции определялись не временными параметрами, а клинико-лабораторными и инструментальными показателями. Ежедневно проводилась коллегиальная оценка состояния больного с привлечением анестезиолога-реаниматолога, хирурга, терапевта и других специалистов. Ретроспективный анализ результатов выполнения высоких ампутаций нижних конечностей показал, что выполнение ампутации в отсроченном порядке, после дообследования и дооперационной подготовки демонстрирует достоверное снижение количества осложнений. Использование описанной лечебной тактики позволило добиться снижения частоты неблагоприятных послеоперационных исходов, которая в этой группе составила 8%.

Выводы: 1. Ближайшие результаты ампутации конечности при диабетической гангрене определяются не только тяжестью морфологических изменений и поражением сосудистого русла, но и выбором оптимального срока выполнения операции и степенью компенсации витальных функций. 2. Использование описанной лечебной тактики позволило избежать выполнения бесперспективных операций и снизить дооперационную летальность с 3,6% до 2,5%, а послеоперационную – с 22,75% до 8,0%.

101. ВОЗМОЖНОСТИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

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

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить результаты лечения

больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна. **Материал и методы:** проанализированы результаты лечения 152 пациентов с паховыми грыжами. Все оперированные – мужчины. Возраст от 30 до 85 лет.

Результаты и обсуждение: под местной анестезией оперативное вмешательство выполнено у 96 (63,2%) больных, перидуральная анестезия использована в 45 (29,6%) случаях, общий наркоз - у 11(7,2%) пациентов. Послеоперационные осложнения: в 6 (3,9%) случаях наблюдался отек мошонки, который полностью исчез в течение 10-14 суток; у 23 (63,9%) пациентов, оперированных по поводу рецидивных грыж, в послеоперационный период и в период проводимых контрольных осмотров в зоне операции имелись участки нарушения чувствительности, что связываем с травмой нервных стволов при рассечении рубцовых тканей. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты путем телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 82 (55,2%) больных - рецидивов грыж не отмечено **Выводы:** таким образом, грыжесечение по методике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки является операцией выбора у пациентов с прямыми (тип IIIa), с большими косыми (тип IIIb), рецидивными грыжами (тип IV). Строгое соблюдение оперативной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяет избежать развития осложнений на различных этапах лечения и рецидива грыжеобразования.

102. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩИХ ХРОНИЧЕСКИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

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

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных с кровотечениями из хронических язв двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 404 пациентов с кровотечением из хронических язв двенадцатиперстной кишки. Мужчин- 322, женщин -82.

Результаты и обсуждение: Оперативные вмешательства выполнены 121 (29,9%) больному. Из них в экстренном порядке -37 (30,6%), срочном- 45(37,2%), отсроченном-39 (32,2%). Резекция



желудка произведена у 91(75,2%); клиновидное иссечение язвы - у 23(19%), прошивание язвы выполнено у 7 (5,8%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 19(15,7%) пациентов: недостаточность культи ДПК – у 7 (5,8%), пневмония - у 4 (3,3%), инфаркт миокарда – у 3 (2,5%), ОНМК – у 2 (1,7%), тромбоз легочной артерии – у 2 (1,7%), гастростаз - у 1 (0,8%). Послеоперационная летальность составила 14% (17 больных). Причиной летальных исходов явились: послеоперационный перитонит - у 7, декомпенсированный геморрагический шок – у 5; инфаркт миокарда - у 2, ТЭЛА - у 2, ОНМК - у 1 больного

Выводы: таким образом, в настоящее время, несмотря на большие возможности лечебной эндоскопии и широкий выбор препаратов для комплексной консервативной противоязвенной терапии, в лечении кровотечений из хронических язв двенадцатиперстной кишки уровень оперативной активности находится на уровне 30%. Частота послеоперационных осложнений-15,7%, послеоперационная летальность-14%, общая-4,7%.

103. ГЕРНИОПЛАСТИКА В НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Орехов Г.И.

Обнинск

ООО "Клиника №1 плюс"

Наружные грыжи живота – одно из самых частых заболеваний в общехирургической практике. Операции по поводу паховых грыж занимают по частоте первое место как в нашей стране, так и за рубежом. Проблемы герниологии не стали менее актуальными, прежде всего потому, что результаты операций не могут полностью удовлетворять ни больных, ни хирургов. Рецидив грыжи составляет до 10% при простых формах и до 30% - при сложных. Представлен опыт выполнения герниопластики при различных видах грыж за период с 2012 по 2017 г, в негосударственной хирургической клинике. Все пациенты обследованы амбулаторно, госпитализация проводилась в день операции. Всем пациентам проводилась комбинированная, многокомпонентная интубационная анестезия с применением миорелаксантов и с комбинацией местных анестетиков (вентральные, пупочные грыжи). Применялись сетчатые импланты фирм Lintex (эсфил легкий), Covidien (parietex). Пребывание пациента в клинике после операции не превышало 3-х суток. Обязательным условием являлась

ранняя послеоперационная активизация больных. Всего выполнено 559 герниопластик. Возраст пациентов от 20 до 87 лет. Паховые грыжи – 375. Лиц мужского пола – 316, женского – 59. Прямых паховых грыж – 105, косых – 270, пахово-мошоночных – 174, рецидивных – 42. Лапароскопическая герниопластика выполнена 373 пациентам, одномоментная лапароскопическая герниопластика с двух сторон выполнена в 3 случаях, натяжная методика 1 случай, методика Лихтенштейна 1 случай. Вентральная грыжа – 112. По классификации Chevrel J.H., Rath A.M. / SWR-classification/, 1999. M, W2, R2 – 26 пациента; M, W3, R4 – 5 пациент; M, W4 – 9 пациента; ML, W3 – 2 пациента; L2, W2 – 3 пациента; L3, W3 – 3 пациента, M, W2 – 64 пациента. При больших срединных грыжевых дефектах применялась передняя сепарация элементов передней брюшной стенки по Ramires, с обязательным дренированием подкожных карманов передней брюшной стенки активными дренажами. В 98 случаях размещение сетчатого импланта проведено sablay, в 9-ти случаях проводилась комбинация размещения импланта onlay – sablay. В трех случаях выполнена лапароскопическая техника IPOM с применением композитной сетки Covidien. При боковых грыжах L3,W2 выполнена гибридная лапароскопическая герниопластика с подбрюшинным расположением сетчатого протеза. Пупочная грыжа - 72. Возраст пациентов от 25 до 80 лет. Лиц мужского пола – 31, женского – 41. Герниопластика с применением местных тканей по Мейо – 65, аллопластика 7 случаев. При выполнении трансабдоминальной предбрюшинной лапароскопической герниопластики отмечались послеоперационные боли связанные с невралгией кожных ветвей бедренного нерва у 7 пациентов, которые купировались назначением физиопроцедур и ударно-волновой терапии аппаратом фирмы «EMS» Swiss Dolorclast Master, в течении 6-ти месяцев. Рецидив паховой грыжи после лапароскопической герниопластики выявлен у 3-х пациентов, коррекция рецидивов проведена лапароскопически. У всех пациентов на операции выявлен грыжевой дефект в верхне - медиальной паховой области. В одном случае на первые сутки после операции выявлен рецидив паховой грыжи, который устранен релапароскопией с повторной фиксацией протеза. Рецидивов в группе вентральных, пупочных грыж не выявлено в сроки наблюдения от 6-ти месяцев до 4-х лет. Выполнение различных видов герниопластики в негосударственной хирургической клинике позволяет добиваться хороших результатов.



104. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З

Ташкент

РНПЦМиЭХДВ

Интерес к применению современных лапароскопических технологий при эхинококкозе печени вызван тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой и длительной реабилитацией пациентов. Цель исследования – оценить лечебную тактику и совершенствовать способы ликвидации остаточных полостей, после лапароскопической эхинококкэктомии печени у детей.

Материал и метод. В период с 2007 по 2015гг. нами проанализированы результаты лечения 96 больных в возрасте от 3 до 18 лет, которым была проведена лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности. Солитарный эхинококкоз печени выявлен у - 66 (68,8%) пациентов, множественный (две и более кист) – у 30 пациентов (31,2%). Среди наблюдавшихся нами больных первичный эхинококкоз установлен у - 81 (84,4%), рецидивный у - 15 (15,6%) детей. Всего было удалено 147 эхинококковых кист (ЭК) При анализе клинического материала мы придерживались классификации ЭК по размеру и объему предложенной А.Т. Пулатовым (1983г.). Среди них мелкие кисты ЭК печени было 9 (9,4%), малые – 26 (27,1%), средние 43 (44,8%), большие 18 (18,7%). Наиболее чаще (более 70,8%) ЭК располагались в правой доле печени, у 26 (16,6%) пациентов отмечено поражение обеих долей. Результаты и обсуждения. С 2007 года в нашей клинике при эхинококковых заболеваниях органов брюшной полости мы предпочтение отдаем эндовизуальной – лапароскопической эхинококкэктомии о преимуществах, которого неоспоримы в сравнении с традиционными «открытыми» эхинококкэктомиями. Ликвидация остаточной полости (ОП) печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. ОП расположенные на передних сегментах печени с тонкой неригидной стенкой фиброзной капсулы лапароскопически ушивали изнутри. Ригидные ОП IV-V сегментов печени в непосредственной близости от ворот печени и желчного пузыря тампониروвали большим сальником. Средние и большие по размерам остаточные полости VI-VII и VIII сегментов печени, мы так же после иссечения фиброзной капсулы дренировали. В ОП мелких и малых ЭК после выполнения выше описанных необходимых этапов лапароскопического вмешательства прово-

дили коагуляцию внутренней стенки фиброзной капсулы с абдоминализацией ОП без дренирования. Во всех случаях, ложе удаленной кисты, под печеночное и/или под диафрагмальную область, в зависимости от локализации кисты дренировали. У 89 (92,7%) пациентов, после лапароскопической эхинококкэктомии печени послеоперационный период протекал значительно благоприятней, чем после традиционных эхинококкэктомий. Больные активизировались к концу 1-2-х суток. У - 5 (5,2%) больных наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое самостоятельно купировалось на 8-11 сутки, нагноение ОП отмечалось у - 3 (3,1%), образование непаразитарных кист в отдаленном периоде наблюдалось у 7 (8,3%) больных. В 4 случаях образование непаразитарных кист размерами более 5см и у 2-х больных с нагноением остаточной полости под контролем УЗИ удалось произвести чрескожное дренирование. У этих пациентов послеоперационных осложнений не отмечено. Среднее пребывание больного на койке в послеоперационном периоде составило $6,5 \pm 0,5$ койко-дней.

Выводы: Применение эндовидеохирургического вмешательства при эхинококковой болезни печени у детей, показало очевидные его преимущества, что позволяет считать их перспективным направлением в детской хирургии.

105. ОПЫТ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

Актуальность. Ожирение в настоящее время является одним из самых распространенных в мире хронических заболеваний. Распространенность ожирения в во всем мире достигла масштабов эпидемии и становится серьезной проблемой медицины. По данным доклада ВОЗ (2003г) порядка 1,7 млрд. людей страдают от ожирения (ИМТ >30). Неуклонный рост данной патологии отмечен практически во всех странах мира. При этом ожирение является фактором риска развития таких заболеваний как – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, онкологические и прочие соматические заболевания. В последнее десятилетие крупных исследований по распространенности ожирения в России не проводилось. Ожирение в РФ представляет собой



насушную проблему здравоохранения, которая к тому же недооценивается, плохо изучена. Выборочные исследования, проведенные у нас в стране, позволяют предположить, что от ожирения страдает порядка 25% трудоспособного населения, а избыточная массой тела отмечается у 30% населения. Порядка 40% лиц страдающих ожирением отмечают у себя признаки и рефлюкс-эзофагита (РЭ) и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), что делает актуальной проблему хирургического лечения у лиц данной категории. Цель исследования: выявить особенности течения и оценить результаты хирургической коррекции рефлюкс-эзофагита у больных с ожирением.

Материал и методы исследований: проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов страдающих ГПОД и РЭ с ожирением. Возраст больных - от 27 до 72 лет. Женщин было 27, мужчин - 23. Все больные по виду проведенной хирургической коррекции были разделены на две группы: 1-я группа – 26 пациента, которым выполнена лапароскопическая фундопликация по Тупе; 2-я группа – 24 пациента, после выполнения лапароскопической фундопликации по Тупе, в сочетании с аллопластикой синтетическим эндопротезом. Всем больным проведено комплексное обследование включающее сбор анамнеза, общеклинические анализы, УЗИ - исследование органов брюшной полости, 24-часовая рН-метрия, рентгенологическое исследование пищевода с пассажем бария, эзофагогастродуоденоскопия. В качестве синтетического материала у пациентов 2-ой исследуемой группы использован монофиламентный композиционный (50% - полипропилен, 50% - монокрил) эксплант «Ультрапро». Всем больным были выполнены малоинвазивные видеоассистированные фундопликации по методике Тупе. Результаты и их обсуждение. При анализе данных эндоскопического исследования получены следующие результаты - рефлюкс-эзофагит I степени выявлен у 31 больных (62%), II ст.- у 8 больных (16%), III ст. - у 9 больных (18%), IV ст.- у 2 больных (4%). При морфологическом исследовании рефлюкс-эзофагит IV ст. в 1 случае (2%) сочетался с клеточной метаплазией слизистой дистального отдела пищевода (пищевод Барретта). Признаки рефлюкс-эзофагита выявлены у большинства больных (82%). В клинической картине у больных с ожирением преобладали жалобы диспептического характера - у 35 больных (70%) выявлена отрыжка, у 12 (24%) – изжога, в 6 случаях (12%) – отмечена икота. Дисфагические расстройства выявлены у 7 больных (14%). У большей части больных в первые сутки после вмешательства выявлено явление серозного плеврита, у всех исследуемых купировано самостоятельно на 2-4 сутки. В раннем послеоперационном периоде, на 2 -е сутки после операции

у 1 больного в первой и у 1 во второй исследуемых группах, выявлено повышение сывороточной амилазы в крови и диастазы в моче, диагностирован панкреатит. На фоне проводимой комплексной инфузионно - спазмолитической терапии отмечена нормализация показателей биохимии крови. Явление дисфагии отмечено на 2-5-е сутки после вмешательства, у большинства исследуемых при употреблении твердой и холодной пищи - 42 пациента (84 % больных). Наиболее часто дисфагия развивалась после проведенного вмешательства у лиц II исследуемой группы – 87,5%, против 80,7%- в I группе. Купирована самостоятельно к концу первой недели после операции. У 1 пациента из 2-й исследуемой группы (4,1%) сохраняющаяся дисфагия, потребовала назначения пероральных прокинетики (мотилиум, церукал). Рецидив заболевания нами не выявлен, что подтверждено отсутствием специфической симптоматики, а также результатами дополнительных инструментальных исследований (полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода с пассажем бария, эзофагогастроскопия).

Заключение. 1) Лапароскопическая фундопликация по Тупе как в сочетании с аллопластикой эндопротезом, так и без, позволяет надежно устранить гастроэзофагеальный рефлюкс с его осложнениями. Статистически достоверных данных преимущества применения полимерных протезов при коррекции ГПОД при ожирении, нами не выявлено ($p < 0,05$). 2) Течение ГПОД и РЭ у больных с ожирением, характеризуется более выраженным клиническим проявлением синдрома диспепсии, что обуславливает возможность формирования такого осложнения как пищевод Барретта.

106. РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СИНТЕТИЧЕСКИМ ЭНДОПРОТЕЗОМ

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

Данные литературных источников указывают на увеличение числа больных, страдающих рефлюкс - эзофагитом и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) по всему миру. Проблема рефлюкс-эзофагита и параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ПГПОД)



приобрела в последнее время особо острое значение в связи с негативным влиянием на показатели качества жизни человека. Особый интерес представляет вопрос антирефлюксной коррекции параэзофагеальных ГПОД. По данным ряда авторов, при параэзофагеальных ГПОД обеспечить незначительный процент послеоперационного рецидива, возможно только при использовании синтетического экспланта. Вопрос выбора наиболее оптимального и эффективного метода оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы остается до сих пор дискуссионным. Цель работы. Провести ретроспективный анализ отдаленных результатов и осложнений после антирефлюксных коррекций по поводу параэзофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ПГПОД). Материал и методы исследования. Изучены результаты операций 28 больных с ПГПОД в различные сроки после вмешательства. Исследуемые пациенты были разделены на две группы: I гр. - больные, после выполненной лапароскопической фундопликации по методике Тупе – 11 пациентов; II - я гр. - больные после выполненной лапароскопической фундопликации по Тупе с пластикой ПОД синтетическим протезом – 17 пациентов. Обе исследуемые группы пациентов были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания и сопутствующей соматической патологии. В качестве полимерного протеза нами использовался монофиламентный композиционный эндопротез «Ультрапро». Результаты. Всем больным выполнены видеолапароскопические антирефлюксные коррекции. На 2-3 сутки после вмешательства у 2 пациентов I исследуемой группы (18 % больных) и 1 пациента II исследуемой группы (5,9 % больных) отмечено повышение показателей диастазы мочи и сывороточной амилазы крови. Был диагностирован реактивный панкреатит. На фоне проведенного инфузионно - спазмолитического лечения была отмечена нормализация биохимических показателей крови. Через три года после антирефлюксных вмешательств, нами выявлены клиничко-инструментальные признаки рецидива ГПОД у 1 пациента (9 % больных) I - ой исследуемой группы. Данный факт подтвержден наличием специфической клинической симптоматики и результатами рентгенологического исследования пищевода с пассажем бария, а так же эзофагоскопией. Выявлено, что использование синтетических эндопротезов при лапароскопической коррекции ПГПОД, уменьшает вероятность рецидива патологии, улучшая показатели качества жизни исследуемого. Заключение. Согласно результатам исследования, частота встречаемости функциональных осложнений, после антирефлюксной коррекции ПГПОД в обеих исследуемых группах, сопоставима с результатами описанными в литературе. Внедре-

ние в практику полимерных эндопротезов, при антирефлюксной коррекции параэзофагеальных ГПОД с рефлюкс - эзофагитом, характеризуется низкой частотой послеоперационных функциональных осложнений и полным отсутствием рецидива заболевания, что делает аллопластику ПГПОД, эффективным и адекватным методом в антирефлюксной хирургии.

107. ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ РЕЦИДИВА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

По данным литературных источников, по всему миру, отмечен неуклонный рост числа больных страдающих рефлюкс-эзофагитом и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Наша клиника располагает опытом лечения 345 пациентов по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). В 38 случаях имел место рецидив патологии. Анализ литературных данных показывает, что выявление причин рецидива ГПОД, определение показаний или противопоказаний к повторным вмешательствам, представляет все еще нерешенную задачу хирургии пищевода. Анализ причин заболевания, позволил нам выделить 3 основных фактора, способствующих развитию рецидива ГПОД после выполненного хирургического лечения: 1) Расхождение ножек диафрагмы послужило причиной развития рецидива заболевания у 26 пациентов (68,4%). Излишнее перенапряжение тканей при эзофагокруррорафии и дегенеративно-дистрофические изменения тканей после предшествующего вмешательства, способствуют созданию условий для разволокнения ножек диафрагмы, миграции манжетки в заднее средостение и возрастанию натяжения на фундопликационную манжетку. Все это приводит к истончению, расхождению диафрагмальных ножек и развитию рецидива патологии. 2) Узкая фундопликационная манжетка способна предотвратить рефлюкс кислого содержимого желудка в пищевод, что может способствовать развитию тяжелых осложнений. И если в период освоения нами методики лапароскопической фундопликации, нами накладывалась желудочная муфта шириной 3-3,5 см, то анализ причин оперативных неудач, способствовал пересмотру нашей техники наложения манжетки,



в сторону добавления 1-2 интракорпоральных аподактильных узлов, и тем самым общему увеличению ширины фундопликационной манжетки до 4-5 см. На наш взгляд, причина этого кроется в том, что наложение узлов на ткани желудочной стенки, приводит к формированию зоны нарушенной микроциркуляции и кровоснабжения, с последующей мышечной атрофией и истончением фундопликационной манжетки. Узкая фундопликационная манжетка послужила причиной развития рецидива у 8 исследуемых нами пациентов (21%) 3) Недостоточная мобилизация структур желудка в зоне формирования фундопликационной манжетки и как следствие отсутствие эффекта муфты. Недостоточная мобилизация дна желудка способствовало постоянному натяжению тканей, с последующим истончением и снижением эластичности стенок желудка. Выявлена у 4 исследуемых пациентов (10,5%). У большей части пациентов при повторных операциях выявляются анатомические предпосылки к формированию рецидива клиники рефлюкс-эзофагита – миграция фундопликационной манжетки, несостоятельность, чрезмерное натяжение тканей при формировании желудочной муфты или круррорафии, нарушение техники наложения манжетки. В этой связи, исходя из данных литературных источников и анализа собственного исследования, мы считаем, что пластика местными тканями при рецидивной грыже пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточна для надежного устранения рефлюкс-эзофагита и ГПОД. Вовсех случаях повторного рецидива ГПОД, была выполнена рефундопликация, в сочетании с ненатяжной пластикой полимерным эндопротезом. В течение двухлетнего периода наблюдений, повторного рецидива патологии, у данной группы пациентов, нами не выявлено. Выводы. Анализ результатов антирефлюксного хирургического лечения ГПОД с явлениями рефлюкс-эзофагита, показал высокую эффективность ненатяжной пластики, с использованием синтетического протеза. Отсутствие рецидива заболевания, минимальное количество послеоперационных функциональных осложнений, относительная малоинвазивность вмешательства, возможность надежно осуществить пластику даже при дегенеративно-дистрофических изменениях тканей и истинных рецидивах патологии, позволяют считать оправданным использование полимерных эндопротезов в хирургическом лечении ГПОД. Методика фундопликации с использованием ненатяжной пластики в антирефлюксной хирургии может считаться операцией выбора при рецидивных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

108. ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ В АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ХИРУРГИИ

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

Цель работы - изучить возможные показания к повторным операциям, а так же варианты их коррекции у больных с ГПОД. Материалы и методы. Изучены результаты антирефлюксных коррекций 118 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Все пациенты были разделены на две исследуемые группы. Пациентам первой группы были выполнены оперативные вмешательства, заключающиеся в мобилизации и извлечении тканей желудка из средостения, с дальнейшим наложением фундопликационной манжетки по методике Ниссена. Пациентам второй группы, коррекция ГПОД выполнялась путем наложения парциальной фундопликационной манжетки по Тупе, с воссозданием физиологического угла Гиса. До настоящего времени выявление причин рецидива патологии, определение лечебной тактики и показаний к повторным вмешательствам представляет сложную и не до конца изученную проблему. Несмотря на это, мы считаем, что при антирефлюксной коррекции ГПОД показаниями к выполнению повторных вмешательств являются: 1) Стойкая послеоперационная дисфагия не поддающаяся консервативной терапии; 2) Рецидив заболевания; 3) Чувство переполнения желудка воздухом; 4) Миграция фундопликационного жома в средостение, сопровождающаяся дискомфортом за грудиной и явлениями дисфагии. Стойкая послеоперационная дисфагия выявлена у 2 (4,2%) пациентов после лапароскопических коррекций по Ниссену. Обоим пациентам были проведены по 10 курсов эндоскопической баллонной дилатации с хорошим клиническим эффектом у 1 пациента (2,1%). Второму пациенту была выполнена рефундопликация по Ниссену традиционным способом, в сочетании с аллопластикой. Миграция фундопликационной манжетки в средостение не являлась абсолютным показанием для выполнения реконструктивной рефундопликации. Повторная операция нами выполнялась только в случае наличия у пациента патологической симптоматики, приводящей к значительному снижению гастроинтестинального индекса качества жизни (ГИИКЖ). В нашем случае, из 4 пациентов (3,9%) с диагностированной миграцией в средостение, оперативное вмешательство выполнено у 1 (2,1%) пациента, после лапароскопической фундопликации по Ниссену.



ГИИКЖ вырос после рефундопликации по Ниссену с протезированием с 82,3 до 119,6 баллов. Симптом переполнения желудка воздухом являлся абсолютным показанием к рефундопликации и был выявлен у 3 пациентов - в 1 случае после традиционной фундопликации по Ниссену (6,7%), в 2 случаях после традиционных операции по методике Тупе (5,9%). Патологическая симптоматика проявлялась болями разной степени интенсивности и распираем в эпигастральной области после приема пищи, чувством мгновенного насыщения. Причиной данного осложнения служила грубая деформация зоны пищеводно-желудочного перехода с массивным спаечным процессом. Всем трем пациентам после лапаротомного доступа сформирована фундопликационная манжетка по Ниссену. ГИИКЖ вырос после рефундопликации по Ниссену в сочетании с аллопластикой с 86,5 до 117,5 баллов. Рецидив заболевания не является абсолютным показанием к рефундопликациям, однако, реконструктивные вмешательства должны быть выполнены при неэффективности консервативной терапии и снижении показателей качества жизни пациентов. Рецидив патологии, не поддающийся медикаментозному лечению, нами выявлен в 2 (5,9%) случаях, после ранее выполненных традиционных коррекции по методике Тупе. Обоим пациентам была выполнена традиционная рефундопликация по Ниссену с дополнительным протезированием полимерным эндопротезом. Отдаленные результаты продемонстрировали эффективность выполненных коррекций, ГИИКЖ составил после операции 118,7 баллов, тогда как до операции он был - 79,24.

Выводы. Рефундопликация с дополнительной аллопластикой синтетическим эндопротезом может считаться операцией выбора при повторных вмешательствах в антирефлюксной хирургии. Субъективная оценка состояния больных (ГИИКЖ) после ранее выполненной фундопликации, является одним из наиболее важных критериев при решении вопроса о необходимости повторной реконструктивной операции. После рефундопликации по Ниссену с дополнительной аллопластикой синтетическим эндопротезом, индекс качества жизни повторно прооперированных пациентов приблизился к показателям здорового человека.

109. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

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

Дмитров, Московская область.
ГБУЗ МО "Дмитровская городская больница"

Не смотря на успехи медикаментозной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), количество осложнений пептической язвы неуклонно растет. Перфорация язвы является третьим по частоте после язвенного кровотечения и стенозирования осложнением, на долю которого приходится 7-8 % от общего количества осложнений, причем количество лиц трудоспособного возраста составляет порядка 85%, что характеризует эту проблему как социально значимую. На сегодняшний день ушивание перфоративной язвы является самой распространенной операцией в хирургических стационарах, а для ее реализации все чаще используются малоинвазивные технологии. В связи, с чем имеется необходимость оценки эффективности различных способов малоинвазивных хирургических вмешательств в лечении пациентов с перфоративными язвами желудка и ДПК. В хирургическом отделении ГБУЗ МО «Дмитровская городская больница» апробированы лапароскопический способ ушивания перфоративных язв желудка и ДПК и ушивание перфоративных язв с использованием комплекта «Мини-ассистент», с видеоэндоскопической ассистенцией либо без таковой. Материал исследования составили результаты лечения 11 больных с перфоративными язвами желудка и ДПК. Мужчин 9 (81,8%), женщин 2 (18,2%). Средний возраст составил $49,3 \pm 7,1$ года. Перфорация желудочной язвы отмечена у 3 пациентов (27,3%), перфорация язвы двенадцатиперстой кишки у 8 пациентов (72,7%). Время с момента перфорации до госпитализации варьировало от 1 часа до 2 суток (в среднем 9,2 ч). В сроки до 1 часа поступил 1 пациент (9,1%), до 6 часов – 6 пациентов (54,5%), до 24 часов – 3 пациента (27,3%), свыше 24 часов – 1 пациент (9,1%). Диаметр перфоративного отверстия варьировал от 2 до 7 мм. Все больные были оперированы, у 4 пациентов была выполнена лапароскопическое ушивания перфоративного отверстия, у 4 пациентов – видеоассистированное ушивание с использованием комплекта «Мини-ассистент», и у 3 больных ушивание перфоративного отверстия выполнено с помощью комплекта «Мини-ассистент», без видеолaparоскопической поддержки. Интраоперационное осложнение в виде прорезы-



вания швов при ушивании язвы отмечено в 1 случае при видеоассистированном минидоступном ушивании, потребовавшее тампонирования перфоративного отверстия пряжью сальника на ножке по Опелю-Поликарпову. Послеоперационное осложнение – поддиафрагмальный абсцесс отмечен в одном случае у пациента перенесшего ушивание язвы ДПК с помощью комплекта «миниассистент» без лапароскопической санации брюшной полости. Для ликвидации которого использован пункционно-дренажный метод лечения под сонографическим контролем. При лапароскопическом ушивании перфоративных язв осложнений не отмечено. Длительность стационарного лечения составила 7,2 койко-дня.

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 эндоскопическую подготовку специалиста. Обязательным условием эффективности лечения является проведение современной антисекреторной и эрадикационной терапии.

110. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТОЧАЩИХ ХРОНИЧЕСКИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

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

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения больных с кровотечениями из хронических язв двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 404 пациентов с кровотечением из хронических язв двенадцатиперстной кишки. Мужчин- 322, женщин -82.

Результаты и обсуждение: Оперативные вмешательства выполнены 121 (29,9%) больному. Из них в экстренном порядке -37 (30,6%), срочном- 45(37,2%), отсроченном-39 (32,2%). Резекция желудка произведена у 91(75,2%); клиновидное иссечение язвы - у 23(19%), прошивание язвы выполнено у 7 (5,8%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 19(15,7%) пациентов: не-

достаточность культы ДПК – у 7 (5,8%), пневмония - у 4 (3,3%), инфаркт миокарда – у 3 (2,5%), ОНМК – у 2 (1,7%), тромбоемболия легочной артерии – у 2 (1,7%), гастростаз -у 1 (0,8%). Послеоперационная летальность составила 14% (17 больных). Причиной летальных исходов явились: послеоперационный перитонит - у 7, декомпенсированный геморрагический шок – у 5; инфаркт миокарда - у 2, ТЭЛА - у 2, ОНМК - у 1 больного

Выводы: таким образом, в настоящее время, несмотря на большие возможности лечебной эндоскопии и широкий выбор препаратов для комплексной консервативной противоязвенной терапии, в лечении кровотечений из хронических язв двенадцатиперстной кишки уровень оперативной активности находится на уровне 30%. Частота послеоперационных осложнений-15,7%, послеоперационная летальность-14%, общая-4,7%.

111. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОРАКОСКОПИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Аксельров М.А.1,2, Емельянова В.А.2, Аксельров А.М.1, Мальчевский В.А.1,3, Супрунец С.Н.1,2, Киселева Н.В.2, Анохина И.Г.2, Егорова Е.С.2

Тюмень

1) ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ 2) ГБУЗ ТО ОКБ №23) ФГБУН Тюм НЦ СО РАН

В настоящее время оперативные вмешательства в грудной клетке у новорожденных стремятся провести радикально, одномоментно и как можно менее травматично. Значительная роль в решении данной проблемы принадлежит внедрению в практическую деятельность детского хирурга торакоскопии. Для выполнения торакоскопии у новорожденного кроме современного эндоскопического оборудования необходимы глубокие знания и опыт работы с детьми периода новорожденности как хирурга, так и анестезиолога-реаниматолога. Ведь положение на боку (основное положение при торакоскопии) ведет к уменьшению функциональной остаточной емкости легких, что способствует спадению альвеол в зависимых участках легких, в них снижается вентиляция, увеличивается кровоток в этой области, что приводит к нарушению вентиляционно-перфузионных отношений. Особенно это актуально при коррекции диафрагмальной грыжи, когда оба легких гипоплазированы. Проведение однологочной вентиляции также очень проблематично у детей первых



дней жизни. Кроме того, прекращение вентиляции одного легкого может вести к значительным нарушениям газообмена, поскольку сохранение кровотока в невентилируемом легком ведет к грубому нарушению вентиляционно-перфузионного соотношения. Поэтому в нашей клинике используется традиционная интубация трахеи однопросветной эндотрахеальной трубкой. Во время создания карботоракса анестезиолог следит за сатурацией, гемодинамикой, элиминацией углекислого газа. После достижения определенного давления углекислого газа в плевральной полости, дается возможность новорожденному адаптироваться к создавшимся условиям, что занимает от 5 до 15 минут. Если показатели стабильны хирург начинает операцию. Всего за период с 2010 по 2016гг в клинике детской хирургии Тюменского ГМУ оперировано 98 новорожденных с пороками развития пищевода, диафрагмы и легких. У 41 ребенка (41,8%) для коррекции порока развития применена торакоскопия. Торакоскопия проводилась детям с диафрагмальной грыжей у 17 из 26, атрезией пищевода у 20 из 59, пороках развития легких (кистозная мальформация, секвестрация) у 4-х из 13 детей. Торакоскопическая хирургия пороков развития в нашей клинике еще на пути становления и весь потенциал и возможности нами не изучены, однако первые впечатления показывают, что это одно из перспективных направления в хирургии периода новорожденности.

112. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Мансуров У.Х., Сармисоков У.И.

Истаравшан, Таджикистан

Центральная больница г. Истаравшан

Цель исследования. Изучить возможности хирургической коррекции различных причин механической желтухи у пациентов с острым холециститом из мини-доступа.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ЦБ г. Истаравшан с 2010 по 2016 год выполнены 226 пациентов холецистэктомия (ХЭ) из правостороннего трансректального продольного мини-доступа. Из них у 20 (8,8%) больных течение болезни осложнилось развитием механической желтухи различной этиологии. Мужчин было 4 (20%), женщин -16 (80%), их возраст колебался от 32 до 76 лет. Средний возраст - 59,7 года. Все страдали сопутствующими патологиями. Доставлены в стационар в разные сроки от начала заболевания (от

6 часов до 3 недель). Пациенты всесторонне обследованы (лабораторно-биохимические методы, лучевые, эндоскопические и т.д.). Консервативная терапия выявилась неэффективной. В связи с этим у 18 (90%) больных показанием к операции был острый калькулезный холецистит и у 2 (10%) - холецистопанкреатит, осложненные механической желтухой. Из них лишь у 2 (10%) пациентов определена ее этиология - холедохолитиаз. В течение 6 часов после госпитализации оперирован 1 (5%) больной, 6–24 часов -4 (20%), 1–2 суток -12 (60%), 3 суток - 2 (10%) и 5 суток - 1 (5%). Интраоперационно катаральная форма ОХ диагностирована у 4 (20%) пациентов, флегмонозная форма - у 9 (45%) и перфоративная - у 1 (5%). Околопузырный инфильтрат выявлен у 4 (20%) больных и абсцесс - у 2 (10%). После дальнейшей ревизии определена причина механической желтухи. Наиболее частыми причинами ее был холедохолитиаз - у 6 (30%) пациентов, гнойный холангит - у 5 (25%) и синдром Мирizzi I- у 4 (20%). Редкими причинами механической желтухи оказались околопузырный инфильтрат при медиальном расположении желчного пузыря - у 2 (10%) больных, панкреонекроз со сдавлением холедоха - у 2 (10%) и папиллит - у 1 (5%). Всем пациентам выполнена ХЭ от шейки, дренирование холедоха (по Холстеду - 18, Вишневскому - 2), дополненные холедохолитотомией у 5 чел. (25%). Релапаротомия потребовалась 1 (5%) больному, который самостоятельно удалил дренаж из культи пузырного протока. Сняты швы с раны, проведены повторное дренирование холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде после фистулохолангиографии у 3 (15%) пациентов диагностирован резидуальный холедохолитиаз. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, из них у 2 (10%) больных после литоэкстракции восстановлен пассаж в двенадцатиперстную кишку, у 1 (5%) - литоэкстракция не удалась из-за большого диаметра конкремента. При повторной операции осуществлена холедохолитотомия. Все больные выздоровели.

Выводы. У пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, выполняема холецистэктомия из мини-доступа с коррекцией разнообразных причин желтухи.



113. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Мансуров У.Х., Сармисоков У.И.,
Мухаммадиев Д.И.*

Истаравшан, Таджикистан
Центральная больница г. Истаравшан

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику при осложненных формах желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. В хирургическом отделении Истаравшанской ЦБ накоплен опыт лечения 170 пациентов с неотложными состояниями, обусловленными ЖКБ и ее осложнениями. При разработке подходов к лечению такого рода пациентов считаем правильным весь контингент разделить на группы. В основу деления положена «доля участия» желтухи в формировании неотложной хирургической ситуации, учет характера и особенностей ее течения. В I группу вошли 61 (35,8%) пациентов, у которых неотложная хирургическая ситуация была вызвана острыми гнойно-воспалительными изменениями в брюшной полости (перитонит, гнойно-воспалительные изменения в желчном пузыре, экстрапузырные осложнения), а МЖ выражена незначительно. У таких больных основной акцент лечебных мероприятий должен быть сделан на ликвидацию очага деструкции, а решение проблем, связанных с МЖ, осуществляется попутно. Пациентов этой группы считали возможным оперировать в экстренном или срочном порядке в сроки 24–48 часов с момента поступления в стационар при отсутствии эффекта от проведенной консервативной терапии, нарастании гнойно-воспалительной интоксикации и перитонеальных симптомов. Ко II группе отнесли 85 (50%) пациентов, у которых неотложная хирургическая ситуация обусловлена МЖ и ее осложнениями (гнойный холангит, нарастающая интоксикация, прогрессирующие печеночно-клеточные нарушения), а острые патологические проявления со стороны брюшной полости имеют второстепенное значение. Приоритет МЖ диктовал необходимость перехода к тактике двухэтапного лечения. Ключевым моментом первого этапа являлось устранение желчной гипертензии любым из доступных способов. Временная декомпрессия желчных путей в сочетании с консервативными мероприятиями позволяет купировать воспалительные изменения в желчных протоках, уменьшить клиническую симптоматику, снизить холемическую интоксикацию, улучшить функциональное состояние печени. В неотлож-

ном порядке таких больных оперировали лишь в тех случаях, если попытки предварительного дренирования желчных путей терпели неудачу, либо в ходе предварительного дренирования не удавалось ликвидировать проявления, обусловленные МЖ. III группу 8 (4,7%) составили пациенты, у которых неотложная хирургическая ситуация в равной степени определялась острыми проявлениями со стороны брюшной полости наличием МЖ. У них имело место сочетание разлитого желчного перитонита и глубокой холемической интоксикации. Такие больные должны быть оперированы в экстренном порядке, независимо от возраста, сопутствующую соматическую патологию, высокую билирубинемия. К IV группе отнесли 16 (9,4%) пациентов, у которых экстренную ситуацию удавалось ликвидировать консервативными мероприятиями в ранние сроки после госпитализации в хирургический стационар. Им не требуется предварительная коррекция желчеотведения и неотложная операция. Такие больные могут быть оперированы в плановом порядке.

Выводы. Применение разработанных принципов лечения МЖ позволило снизить летальность в группе пациентов с осложненными формами ЖКБ до 2,7 %.

114. КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

*Дурлештер В.М., Габриэль С.А., Гучетль А.Я.,
Дынько В.Ю., Андреев А.В.*

Краснодар

Кафедра хирургии №3 ФПК и ППС КГМУ,
г.Краснодар, ул.Седина,4. Государственное
Бюджетное Учреждение Здравоохранения
«Краевая Клиническая Больница №2»

Министерства Здравоохранения Краснодарского
Края (ГБУЗ «ККБ№2»); 350012, Краснодар,
Красных Партизан ул.

Введение. Количество больных с механической желтухой различной этиологии не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к небольшому росту. Скрытое течение, тяжелое состояние пациентов, наличие сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания – основные факторы, поддерживающие стабильно высокий процент осложнений и летальности при лечении этой категории больных. С развитием миниинвазивных технологий с целью билиарной декомпрессии активно стали применяться методы под ультразвуковым или эндоскопическим контро-



лем, которые используются в качестве предоперационной подготовки или как паллиативный метод лечения.

Целью работы было определить эффективность выполняемых нами эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у пациентов с механической желтухой различной этиологии.

Материалы и методы: Работа основана на проспективном анализе 1508 больных с механической желтухой, проходивших обследование и лечение в условиях ГБУЗ ККБ №2 г. Краснодара за 2008-2015 гг. В исследование были включены все больные с уровнем билирубина выше 20 мкмоль/л. В данной группе применялся следующий спектр эндоскопических чреспапиллярных методов: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ) и литотрипсия (ЭМЛТ), эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия (ЭЭГЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), БРАШ-биопсия и биопсия большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК), эндоскопическая дилатация и бужирование общего желчного протока, эндоскопическое стентирование, папиллэктомия.

Результаты: В зависимости от уровня билирубина, пациенты распределились следующим образом: от 20-100 мкмоль/л – 927 больных (61,47%), от 101 – 200 мкмоль/л – 403 (26,72%), 201 и более – 178 больных (11,80%). Причинами механической желтухи в данной группе больных являлись: ЖКБ. Холецисто-холедохолитиаз у 629 больных (41,71%); ПХЭС. Холедохолитиаз у 206 больных (13,66%); ЖКБ. Холецистолитиаз (транзиторная желтуха) (при ревизии конкрементов нет) у 208 больных (13,79%); Хронический осложненный панкреатит со стриктурой терминального отдела общего желчного протока у 177 (11,73%); Рубцовые стриктуры общего желчного протока у 17 (1,12%); Рубцовые стриктуры + холедохолитиаз у 14 (0,92%); Острый панкреатит, панкреонекроз у 37 (2,45%); Ятрогенное повреждение общего желчного протока у 32 (2,12%); Опухоль головки поджелудочной железы у 51 (3,38%); Опухоль головки поджелудочной железы + холедохолитиаз у 14 (0,92%); Опухоль общего желчного протока у 63 (4,17%); Опухоль желчного пузыря у 8 (0,53%); Опухоли другой локализации с метастазами в лимфоузлы гепатодуоденальной связки у 5 (0,33%); Опухоль БС ДПК у 38 (2,51%); Опухоль печени у 3 (0,19%); Киста левой доли печени у 1 (0,06%); Аденома БС ДПК у 2 (0,13%); Склерозирующий холангит у 3 (0,19%). Из представленных данных следует, что основной причиной желтухи механического генеза была осложненная желчнокаменная болезнь (69,16%). Так же видно, что большинство пациентов это пациенты с механической желтухой доброкачественного

генеза (87,88%). В анализируемой группе гнойный холангит, как осложнение основного заболевания, выявлен у 9,94% (150 больных). Изменения области БС ДПК в нашей группе были выявлены у 57,22%. Наиболее частыми изменениями со стороны БС ДПК были дивертикулы ДПК и папиллиты. Дивертикулы имели место у 227 больных (15,05%), причем у 154 (10,21%) больных БС ДПК располагался парапапиллярно, 73 (4,84%) больных имели интрадивертикулярное расположение БС ДПК. У 254 больных (16,8%) эндоскопическая папиллотомия была выполнена в анамнезе. Вид и количество эндоскопических вмешательств, выполненных пациентам нашей группы: РХПГ - 1872 (39,17%); ЭПСТ - 1344 (28,12%); ЭМЛЭ - 974 (20,38%); ЭМЛТ - 96 (2,01%); Стентирование ОЖП пластиковым стентом - 255 (5,33%); Стентирование ОЖП саморасширяющимся нитиноловым стентом - 3 (0,06%); Стентирование главного панкреатического протока - 3 (0,06%); Назобилиарное дренирование - 46 (0,96%); Эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия - 8 (0,16%); Холедохоскопия - 12 (0,25%); БРАШ-биопсия - 93 (1,94%); Биопсия области БС ДПК - 50 (1,04%); Бужирование ОЖП - 14 (0,29%); Балонная дилатация ОЖП - 7 (0,14%); Папиллэктомия - 2 (0,04%). Всего было выполнено 4779 вмешательств. Мы проанализировали этапность эндоскопических вмешательств, выполненных пациентам нашей группы. У 78,5% больных эндоскопические вмешательства выполнены в один этап. Многоэтапные эндоскопические вмешательства (три и более) были в 6,4% случаев. У 52 больных нашей группы после выполненных вмешательств были осложнения. Наиболее частым осложнением был РХПГ-индуцированный панкреатит, который был отмечен у 34 больных (65,38%). Еще у 1 больного имел место панкреонекроз (1,92%). Кровотечение из папиллотомной раны отмечено у 12 больных (23,07%). Ретродуоденальная перфорация – у 5 больных (9,61%) В данной группе у 45 больных (2,98%) эндоскопические чреспапиллярные вмешательства оказались не эффективными. Основной причиной неудач были случаи невозможности литоэкстракции конкрементов общего желчного протока в связи с крупными размерами или их вклиниванием. Летальных случаев, в данной группе больных, отмечено не было. Таким образом, эффективны наши вмешательства были у 1463 больных (97,02%). Выводы: 1. Применение эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у больных с механической желтухой является обязательным условием полноценной работы современного гастроэнтерологического центра. Комплексное применение эндоскопических чреспапиллярных методик показало свою высокую эффективность (97,02%) в диагностике и лечении больных с механической желтухой



с невысокой частотой осложнений (3,45%) и неудач (2,98%). Данный показатель напрямую зависит от аппаратно-инструментального оснащения лечебного учреждения. 2. Основной причиной механической желтухи у больных многопрофильного стационара является холедохолитиаз (57,21%). Основная причина неудач эндоскопической санации холедоха при холедохолитиазе – невозможность захвата крупных и вклиненных конкрементов корзинкой Dormia или доступа к БС ДПК после перенесенных ранее оперативных вмешательств на органах панкреато-билиарной зоны и желудке. 3. В свою очередь, внедрение новых миниинвазивных методик позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре и снизить затраты на их лечение.

115. РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЖЕЛУДОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Лубянский В.Г.(1) Насонов В.В.(2), Лепилов А.В.(1), Лохин Д.Д.(2)

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России,
- 2) КГБУЗ "Краевая клиническая больница"

В клинике обследовано 45 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Среди них было 33 мужчины и 12 женщин, средний возраст составил $48,3 \pm 1,79$ лет. Все больные разделены на 2 группы. В первую вошли 18 больных, оперированных в ранние сроки до 6 недель с момента возникновения острого панкреатита. Во вторую вошли 27 больных в сроки до 3 лет от начала болезни. Все больные обследованы с применением КТ с болюсным контрастированием, а также с ЭУС. При обследовании больных первой группы выявлено, что формирование кист происходило из парапанкреальных инфильтратов путём ферментативного лизиса клетчатки. Регистрируемые при ЭУС в полости кисты нити фибрина в последующем осаждались на стенки с формированием капсулы кисты. У 13 больных в полости кисты определялись секвестры. При исследовании во всех 45 случаях в содержимом кисты обнаружен высокий уровень амилазы и липазы. В 6 случаях кисты были инфицированные. На первом этапе формирования капсулы начинается с отложения фибрина и появления грануляционной ткани. По истечению 4 недель определяется капсула, которая достигает 1-3 мм. У больных второй группы в отдаленные сроки стенка кисты была представлена фиброзной

тканью толщиной 3мм, содержимое кисты было прозрачным и стерильным. Техника трансжелудочного дренирования включала пункцию или наложение эндоскопического цистогастроанастомоза. Пункционное дренирование проведено у 10 больных. Цистогастроанастомоз накладывался цистотомом с двойным ножом фирмы «Endo Flex» по цистотому устанавливался баллон и отверстие дилатировалось до 1.8см. После этого в 11 случаях у больных первой группы проводилась поэтапная некро-секвестрэктомия (5-6 манипуляций). С помощью петли, игольчатого электрода секвестры измельчались и извлекались из полости кисты. После извлечения секвестров в полость кисты устанавливались 3 пластиковых стента. У больных второй группы секвестрэктомия и санационные цистоскопии не потребовались. Из осложнений раннего послеоперационного периода следует отметить кровотечения, которые возникли у 3 больных на ранних этапах работы до применения баллонной дилатации. При анализе результатов оказалось у больных первой группы уменьшение размеров кист отмечалось после проведения 4-8 санаций. При контрольной КТ у них отмечалось редукция воспалительного процесса в поджелудочной железе, уменьшение парапанкреального воспалительного инфильтрата. У больных второй группы течение послеоперационный период протекал легче. Уменьшение размеров кист и выписка больных проходили в более короткие сроки. Таким образом, трансжелудочное дренирование кисты после панкреонекроза возможно после 4 недель с момента возникновения болезни и должно сопровождаться некрэктомией и стентированием кисты. В отдаленные сроки результаты трансжелудочного дренирования кист более благоприятны, что связано с отсутствием воспалительного процесса в ПЖ. В то же время применение этой технологии в раннем периоде более перспективно, поскольку способствует резорбции парапанкреального инфильтрата и обеспечивает малоинвазивное дренирование кисты.

116. ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ.

Андреева М.Б., Магамет В.П., Курятников А.В., Лобков Е.Ю., Селедцов В.В.

Краснодар

ГБУЗ КГК БСМП

Введение. Тромбозы в системе воротной вены достаточно редкая форма нарушений мезенте-



риального кровообращения, с высоким уровнем летальности 25-50%. Относительная редкость заболевания определяет необходимость алгоритмизации диагностического процесса и актуальность исследования. Цель исследования. Изучить возможности клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики тромбозов системы воротной вены с созданием эффективного в клинике диагностического алгоритма. Материалы и методы. В исследование включены 48 пациентов, поступивших в хирургические отделения БСМП г. Краснодара с острой абдоминальной хирургической патологией в период 2002-2013гг., у которых в процессе диагностики установлен диагноз порто-мезентериального венозного тромбоза. Объекты исследования разделены на группы первичного (26 пациентов) и вторичного (22 пациента) портального тромбоза по патогенетическому механизму и тактике лечения. Пациенты с первичными ПМВТ разделены на две подгруппы. В первую (21 человек) вошли больные с клиникой инфаркта кишечника и селезенки, потребовавшие хирургического лечения, во вторую (5 человек) - пациенты с доказанным компьютерной томографией тромбозом в портальной системе, пролеченные консервативно. Результаты и обсуждение. Клинические проявления в группе первичных ПМВТ имели характер неотложной абдоминальной патологии, с острым или подострым началом, где на первый план выступала симптоматика инфаркта кишечника с перитонеальными знаками и нарушением перистальтики. В группе вторичных ПМВТ преобладала клиника подострой или хронической патологии гепато-панкреато-дуоденальной зоны. Тромботический венозный анамнез статистически значимо преобладал в группе первичных ПМВТ, аналогичная картина в группе вторичных ПМВТ наблюдалась относительно вирусных гепатитов и опухолей ГПДЗ. В пользу системной тромбофилической природы первичных ПМВТ свидетельствовали результаты ретроспективного исследования полиморфизма генов системы свертывания крови. Сонографическая картина при первичных ПМВТ не являлась специфичной и соответствовала «сосудистой» кишечной непроходимости, различия по критериям пневматоза, гастро и энтеростаза статистически значимы. Выполнено 35 (76,1%) исследований. Спленомегалия выявлена у 12 (34,3%) больных, по косвенным признакам перитонита и кишечной непроходимости заподозрен инфаркт кишечника у 7 (20%). Следует отметить, что диагноз всех вторичных и первичных ПМВТ без некроза кишечника (5 наблюдений), верифицирован при помощи КТ. Портальная гастропатия является маркером острого нарушения портальной проходимости. ФГДС выполнена 40 больным. Изменения со стороны слизистой оболочки желудка

выявлены у всех пациентов, без статистически значимых различий между группами первичных и вторичных ПМВТ. Лапароскопия выполнена всем пациентам с венозным инфарктом кишечника (21 наблюдение) с точным диагнозом у 18 (85,7%) больных. Выводы. Знаковыми позициями алгоритма диагностики первичных острых венозных нарушений брыжеечного кровообращения следует считать постепенно развивающийся абдоминальный болевой синдром, лихорадку, испражнения вишневой окраски, «венозный тромботический» анамнез. Для вторичных ПМВТ- подострое и хроническое течение заболевания, диспепсию, проявления портальной гипертензии (асцит), желтуху. Для полноценной визуализации необходима КТ-ангиография- «золотой стандарт» диагностики портальных тромбозов. Для инфаркта кишечника видеолапароскопия играет аналогичную роль и определяет показания к лапаротомии.

117. РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОНИКАЮЩИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

Войновский А.Е., Петров В.Н., Шабалин А.Ю., Пильников С.А.

Балашиха

Главный военный клинический госпиталь войск Национальной гвардии России

Цель: определение роли и места релапаротомии при проникающих огнестрельных ранениях живота в современных войнах и вооруженных конфликтах. **Материал и методы:** проведен анализ лечения 417 раненых с проникающими огнестрельными ранениями живота (ОРЖ), находившихся на лечении в передовых военно-медицинских учреждениях войск национальной гвардии России и МВД России в период проведения контртеррористических операций на территории Северного Кавказа (1994-1996; 1999-2009). Проникающие ранения составили около 70% раненных с ОРЖ. Сочетанные ранения отмечены у 85% раненных. Ведущим повреждение живота было у 53% раненных. Более 70% раненных доставлено на этап оказания хирургической помощи в тяжелом, крайне тяжелом и критическом состоянии (шкала ВПХ-СП). По тяжести повреждений преобладали тяжелые (43%) и крайне тяжелые (31%) (шкала ВПХ-П(ОР)). Большинство раненных были мужчинами в возрасте до 30 лет. Травматический шок диагностирован у 62%, более чем у 40% шок 3 степени и терминальное состояние. Объем кровопотери у 72% составил более 1 литра.



Результаты: Релапаротомии (РЛ) подразделяли на «программные» и «по требованию». Среди программных отдельно выделены «программные санации». Среди РЛ «по требованию» отдельно выделены «ранние». Таким образом, 106 раненым выполнено 162 РЛ, из которых «по требованию» - 98, «программные» - 64. Среди программных - 7 раненым выполнена РЛ в рамках реализации 3 этапа тактики DC, 3 раненым - операция «второго взгляда» («second look»). Также выполнено 50 программных санаций брюшной полости. Более чем у половины раненых показаниями к РЛ явились перитонит (34,6%) и острая кишечная непроходимость (19,6%). Достаточно высокая доля (12%) повторно оперированных в связи с развитием внутрибрюшного кровотечения. В рамках реализации ЗМХТ РЛ выполнена 10 раненым - 7 при реализации тактики «damage control», 3 - запрограммированная ревизия брюшной полости (операция второго взгляда - second look). Повторные РЛ выполнены 38 раненым. Из 107 раненых, которым была выполнена РЛ, умерло 17 (19,6%). Выводы: Нуждаемость в РЛ при проникающих ОРЖ составляет более 25%. Доля РЛ «по требованию» достигает 91%. Стремление выполнения РЛ «на опережение» развивающихся осложнений обуславливает необходимость планирования и выполнения РЛ в наиболее ранние сроки. РЛ должна выполняться: в первые двое суток при применении ЗМХТ и в течение первых суток после перевода раненого из другого лечебного учреждения при клинике развившихся послеоперационных осложнений и высоком риске прогнозирования неблагоприятного течения послеоперационного периода.

118. ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Полянский М.Б., Назаренко Д.П., Ишунина Т.А.

Курск

Курский государственный медицинский университет

По данным многочисленных исследований, основным фактором риска острого калькулёзного холецистита (ОКХ) является возраст. Наибольшее количество случаев с ОКХ регистрируется у людей в возрасте 60 лет, а у людей пожилого и старческого возраста ОКХ занимает первое место в структуре хирургической патологии. В старших возрастных группах течение ОКХ осложняется наличием сопутствующих заболеваний, таких как: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия,

хронический бронхит, сахарный диабет, мочекаменная болезнь и др., что приводит к более высокому уровню послеоперационных осложнений и летальности.

Цель настоящего исследования - определение особенностей течения ОКХ в различных возрастных группах: молодые (25-44 г.), средний возраст (45-59 лет), пожилые (60-74г.) и старческий возраст (75-89 лет). Материалы и методы. Проведен комплексный анализ лабораторных показателей 60 пациентов различных возрастных групп, проходивших лечение в хирургическом отделении ОКБ №1 г. Курска по поводу ОКХ. Результаты. Установлено, что наиболее значительные отклонения лабораторных показателей от референсных значений у людей пожилого и старческого возраста. На всех сроках госпитализации в этих группах установлены высокие уровни АЛТ (79-137-63ед/л для пожилых и 77-83-75ед/л для старческого возраста, АСТ (75-53-56ед/л для пожилых и 72-73-56ед/л для старческого возраста), билирубина (47-18-15ммоль/л для пожилых и 64-46-27ммоль/л для старческого возраста, р

119. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ. ИЗВЕЧНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ВОПРОС: ДРЕНИРОВАТЬ БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ИЛИ НЕТ?

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

Ноябрьск ЯНАО, 2 Тюмень, 3 Тюмень

1 ГБУЗ ЯНАО "Ноябрьская ЦГБ", 2 ГБУЗ ТО "Облстная клиническая больница №2", 3 ФГБУН ТюмНЦ СО РАН

За период с 2013 по 2016 годы в ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ» было выполнено 728 лапароскопических холецистэктомий (взрослые и дети). Показанием к операции являлось наличие ЖКБ, острые или хронические воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. Оперативное лечение проводилось по стандартной методике с использованием четырех лапаропортов. Пузырный проток клипировался титановыми клипсами, пересекался, пузырная артерия клипировалась или коагулировалась (биполярная коагуляция, лига-шу), пересекалась. Среднее время операции составляло $35,6 \pm 10,4$ минут. Всем пациентам операцию заканчивали дренированием ложа пузыря перфорированной силиконовой трубкой. При анализе послеоперационного периода, у 32 (4,4%) пациентов отмечалось отхождение желчи



по страховочному дренажу в течении от 3 до 10 дней. У 30 больных желчеистечение прекратилось самостоятельно, однако у 2 желчеистечение было связано с несостоятельностью культи пузырного протока и потребовало повторного оперативного вмешательства. У 4 (0,6%) пациентов в послеоперационном периоде отмечалось отхождение геморрагического отделяемого по дренажу. Все случаи кровотечения купированы консервативно, повторные операции не потребовались. Таким образом, обязательное дренирование под печёночного пространства у 0,3% пациентов позволило своевременно выявлять грозные осложнения - несостоятельностью культи пузырного протока, своевременно провести повторную операцию и вылечить больного.

120. ЛАПАРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С УРГЕНТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ермолов А.С., Ярцев П.А., Гуляев А.А., Левитский В.Д., Кирсанов И.И., Цулеискири Б.Т.

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

В настоящее время, в связи с развитием хирургических технологий, одной из основных задач становится минимизация операционной травмы, сокращение количества послеоперационных осложнений и летальности, а также сроков стационарного лечения больных с сохранением качества хирургической помощи. Достигнуть этой цели в ургентной абдоминальной хирургии возможно при широком и повсеместном внедрении в повседневную практику эндохирургических технологий. К настоящему времени экстренные лечебные эндохирургические вмешательства в Институте внедрены при: остром холецистите, перфоративной язве двенадцатиперстной кишки и желудка, остром аппендиците, ущемленных вентральных грыжах и острой кишечной непроходимости. Мы придерживаемся следующей тактики лечения острого холецистита: у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска применяем этапное лечение: минимальное вмешательство (дренирование желчного пузыря под УЗ наведением), а после стихания воспалительных явлений – лапароскопическая холецистэктомия. Больным без выраженной сопутствующей патологии, поступившим в ранние сроки от начала приступа, может быть выполнена лапароскопическая холецистэктомия по срочным показаниям. За по-

следние 15 лет в институте выполнено более 6000 лапароскопических холецистэктомий. Из них около 10% на высоте приступа и 13% - как второй этап лечения. Около 77% вмешательств выполняются в плановом порядке после стихания острых воспалительных изменений. Частота интра- и послеоперационных осложнений при остром холецистите ежегодно не превышает 0,5%. Доля лапароскопических ушиваний при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки к настоящему времени составляет 87,5%. Всего выполнено более 500 эндохирургических вмешательств. В 87% наблюдений произведено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, а у 13% больных выполнена конверсия. Частота послеоперационных осложнений у больных после лапароскопического ушивания в среднем составила 0,6%. С 2008 года лапароскопическая аппендэктомия была выполнена более чем 2500 больным с острым аппендицитом, что составило 80,6% от общего числа пациентов с данной патологией. Частота послеоперационных осложнений после рутинного внедрения лапароскопической аппендэктомии в среднем составила 1,2%. При ущемленных грыжах передней брюшной стенки с 2000 года лапароскопический доступ для грыжесечения и герниопластики был использован у 116 пациентов. Осложненный послеоперационный период отмечен у 5,1% пациентов: скопление жидкости в надсеточном пространстве (грыжевой мешок), что требовало пункции и аспирации серомы под УЗ контролем. При спаечной кишечной непроходимости лапароскопический доступ был применен у 33 больных. Показаниями считали наличие клинической и инструментальной картины острой кишечной непроходимости без анамнестических данных о ранее перенесенных операциях на органах брюшной полости, а также клиническую картину странгуляционной кишечной непроходимости и «малые лапаротомии» в анамнезе. Интраоперационные осложнения были отмечены у 6,1% больных. Послеоперационные осложнения отмечены у 3,8% в виде послеоперационного пареза кишечника. В 2010 году был разработан алгоритм двухэтапного лечения у пациентов с раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью. На первом этапе перед операцией во время фиброколоноскопии выполнялось заведение шинирующего устройства проксимальнее опухолевой стриктуры с последующим заведением рентгенконтрастной трубки. Лапароскопическую резекцию ободочной кишки выполняли после эндоскопической реканализации через 5 - 7 суток. По предложенной нами схеме было пролечено более 40 пациентов. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных (7,5%). Заключение: Использование лапароскопического доступа при неотложных заболеваниях органов брюшной



полости возможно в большинстве случаев и сопровождается минимальным количеством послеоперационных осложнений.

121. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

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

Владимир, Иваново

1. Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Владимир. 2. Ивановская Государственная Медицинская Академия, кафедра хирургических болезней ИПО

Несмотря на наличие современной клинко-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ-диагностики, вопросы дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения стали возможными благодаря стремительному развитию лапароскопической хирургии. Анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся лапароскопической диагностике и лечению, проведён за период с 2000 по 2015 год. Выполнено около 5000 экстренных лапароскопических вмешательств. Структура острых заболеваний органов брюшной полости представлена следующей патологией: острый аппендицит (преимущественно деструктивные формы), острый холецистит (в том числе флегмонозный, гангренозный, с перивезикальным инфильтратом), перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Для переписки, острый панкреатит (в том числе с ферментативным перитонитом), тупая травма живота с повреждением и без повреждения внутренних органов, некроз жировых подвесков сигмовидной кишки, мезаденит, острая гинекологическая патология, онкологические заболевания тонкого и толстого кишечника, осложнённый дивертикулит, синдром абдоминальной ишемии, тромбоз мезентериальных сосудов, перитониты, осложняющие вышеперечисленные заболевания. При острой абдоминальной патологии лапароскопия является наиболее приоритетным по информативности и оперативности осуществления методом дифференциальной диагностики. При этом диагностическая лапароскопия всегда

может быть переведена в лечебную с применением лапароскопических технологий оперирования и санации брюшной полости. В структуре экстренных лапароскопических вмешательств преобладают: диагностические лапароскопии, лапароскопические аппендэктомии, лапароскопические холецистэктомии, санация и дренирование брюшной полости при остром панкреатите. Выполнено 145 лапароскопических аппендэктомий. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась при всех формах строго аппендицита, преобладали деструктивные формы – флегмонозный аппендицит 110 (97,9%), гангренозный аппендицит 35 (14,3%). Одной из наиболее грозных хирургических патологий является острый панкреатит. Доказано, что лапароскопическая санация брюшной полости, блокада круглой связки печени, декомпрессия по показаниям желчного пузыря, дренирование брюшной полости способны abortивно прервать острый процесс в поджелудочной железе и добиться ремиссии ферментативного перитонита. С 2000 года по настоящее время выполнена 131 диагностическая и лечебная лапароскопия по поводу острого панкреатита, с санацией и дренированием брюшной полости, раскрытием парietальной брюшины по фланкам брюшной полости, формированием транскутанных транспечёночных или контактных холецистостом. При травме живота выполнена 169 диагностической и лечебной лапароскопии. При тупой травме живота без повреждения внутренних органов диагностическая лапароскопия в 101(59,7%) случаях позволила избежать неоправданных лапаротомий. При проникающих ножевых ранениях живота у 91(53,8%) пострадавших лапароскопия позволила исключить повреждение внутренних органов. Удаление некротизированных подвесков сигмовидной кишки выполнено у 46 пациентов. В 132 клинических наблюдениях, при выполнении диагностической лапароскопии, констатировано отсутствие абдоминальной хирургической патологии, т.е. диагностирован ложный острый живот. Активное использование лапароскопических методик в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии позволило сократить продолжительность времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий.



122. МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Абдуллаев Э. Г., Левчук А. Л., Бабышин В. В,
Абдуллаев А. Э., Рунова К. А.*

Владимир, Москва

Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи, г. Владимир.
Национальный Медико-хирургический центр им.
Н.И. Пирогова, г. Москва.

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненная перфорацией является общепризнанным, наиболее эффективным и основным методом. Особую значимость оно приобрело в связи с широким внедрением в клиническую практику новых видеоэндоскопических минимально-инвазивных технологий. Одним из грозных осложнений язвенной болезни являются перфорации, которые требуют неотложного хирургического вмешательства. Операцией выбора является ушивание перфоративной язвы с последующей санацией брюшной полости. Применение малоинвазивных хирургических технологий открывают новые возможности в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Выполнение операции при данном заболевании чисто лапароскопическим методом зачастую сопровождается некоторыми техническими трудностями. Мы располагаем опытом лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки с сочетанием видеолапароскопии для диагностики и санации брюшной полости и мини-доступа для ушивания перфоративной язвы с помощью разработанного М.И. Прудковым (1) комплекта инструментов «мини-ассистент». Методика, при необходимости, позволяет выполнить и ваготомию на этапе лапароскопии (2). В 2000 – 2015 гг. нами в экстренном порядке минимально-инвазивным методом была выполнена 88 операций. Все больные оперированы сразу после поступления в сроки от 1 до 5 часов от начала заболевания под эндотрахеальным наркозом. Среди оперированных все были мужчины от 18 до 35 лет. У всех пациентов диагноз перфоративной язвы был выставлен в дооперационном периоде по клинко-диагностическим данным. Техника операции. После обработки операционного поля в одной из парамбиликальных точек Калька вводили 10 мм троакар и накладывали пневмоперитонеум CO₂ 10 мм рт. ст. При видеолапароскопии уточняли диагноз перфоративной язвы, ее локализацию, оценивали степень поражения и распространенности инфи-

цированного выпота по брюшной полости. После этого в правом подреберье выполняли минилапаротомию длиной 3 – 4 см. Для визуализации использовали набор ретракторов и локальное освещение, используемое при холецистэктомии из мини-доступа. Ушивали перфоративное отверстие по принятой методике однорядным швом в поперечном направлении с фиксацией пряжи сальника. По завершении указанного этапа в правой мезогастральной области вводили второй манипуляционный троакар (5мм). Для санации брюшной полости использовали стандартную лапароскопическую ирригационно-аспирационную систему. Санация брюшной полости заключалась в эвакуации экссудата и промывании мест его скопления. Операцию завершали установкой зонда в желудок для декомпрессии, дренажа в подпеченочном пространстве, при необходимости, и в малый таз. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, противоязвенную терапию; после выхода из состояния наркоза – это через 2 – 3 часа после операции, больные вставали, ходили. Осложнений со стороны органов брюшной полости, операционной раны, а также летального исхода не было. Длительность госпитализации в хирургическом стационаре составлял 6 – 7 дней. Дальнейшее противоязвенное лечение проходило в условиях гастроэнтерологического отделения. Таким образом, описанная оперативная техника сочетает преимущества и нивелирует недостатки лапароскопического пособия и мини-доступа. Лапароскопический этап позволяет установить и уточнить диагноз перфорации или выявить иную ургентную патологию, при котором объем вмешательства может быть другой; дает возможность оценить характер и распространенность поражения брюшины, провести адекватную санацию брюшной полости. Минидоступ позволяет точно оценить морфологические изменения в зоне перфорации (размер язвенного инфильтрата, наличие пенетрации и стеноза) и выполнить адекватное оперативное пособие. Используемая нами методика ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с лапароскопической санацией брюшной полости позволяет рекомендовать данную методику в клинической практике хирургических стационаров, оснащенных соответствующим оборудованием и специалистами.



123. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Владимир, Иваново

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

Проблема хирургического лечения холелитиаза остается актуальной в хирургической гастроэнтерологии. Желчнокаменной болезнью страдают 10% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению данного показателя каждое десятилетие примерно в 2 раза. Увеличивается и количество оперируемых больных, в том числе лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями. При хирургическом лечении желчнокаменной болезни роль сопутствующей патологии достаточно велика. Она не только усугубляет состояние больных, но и обуславливает более ранний переход имеющейся патологии в состояние декомпенсации. В связи с этим необходима разработка показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству у больных с высоким операционным риском, что связано как с осложнениями самого заболевания, так и с наличием сопутствующих заболеваний. В последние годы в хирургии желчнокаменной болезни широко применяется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Преимущество этой операции перед традиционной холецистэктомией достаточно освещены как в зарубежной, так и в отечественной литературе. Вместе с тем проведение ЛХЭ у лиц с отягощенным анамнезом сопряжено с высоким риском оперативного вмешательства и анестезиологического обеспечения, который заключается в развитии гипоксии миокарда в связи с наложением пневмоперитонеума, развитии гиперкапнии в результате резорбции CO₂ через брюшину, а также такого серьезно осложнения, как газовая эмболия. Учитывая вышеизложенное, мы с целью улучшения результатов лечения мы применяем у больных с сопутствующей патологией холецистэктомию из минидоступа. С этой целью используем набор хирургических инструментов, разработанный медицинской компанией САН, включающий кольцевидный ранорасширитель с набором сменных зеркал с изменяемой геометрией (Прудков М. И., 1993). В I-м хирургическом отделении городской клинической больницы скорой помощи г. Владимира за 2000-2015 г.г. холецистэктомия из

минидоступа выполнена 780 больным, у которых имелись различные сопутствующие заболевания, ведущими по тяжести были заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) из подвергшихся холецистэктомии из минидоступа была у 197 пациентов. Больным с ИБС I-II функционального класса холецистэктомию проводили после комплекса лечебно-диагностических мероприятий: полного устранения коронарного синдрома нитратами быстрого и пролонгированного действия (нитроглицерин, нитросорбит, сустак, нит-ронг), оценки функционального состояния миокарда и коронарной недостаточности по данным ЭКГ, результатам дозированных физических нагрузок, в сомнительных случаях по данным эхокардиографии, консилиума хирурга, анестезиолога и терапевта с обсуждением вопросов профилактики коронарных осложнений в первые дни после операции. У больных со стенокардией III функционального класса от оперативного вмешательства временно воздерживались и проводили предоперационную подготовку в кардиологическом отделении. Следует отметить, что перенесенный ранее инфаркт миокарда не всегда являлся причиной отказа от операции. В случае отсутствия аневризмы сердца, сложных нарушений ритма, тяжелой сердечной декомпенсации холецистэктомия из минидоступа завершалась успешно. В этой группе больных при осуществлении анестезиологического пособия большое внимание уделяли тщательной предоперационной подготовке. Учитывали степень сердечно-сосудистой недостаточности, нарушения ритма и коронарного кровообращения. Больным с гипертонической болезнью (160 пациента) холецистэктомию из минидоступа обычно выполняли после нормализации артериального давления антагонистами кальция, клофелином, обзиданом, фurosемидом, полного устранения головных болей и головокружения, оценки функции сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ. Основанием для отказа больному в оперативном лечении являлись тяжелые гипертонические кризы, тяжелые инсульты в анамнезе, стойкое повышение артериального давления с церебральным синдромом, выраженная хроническая левожелудочковая недостаточность, приступы сердечной астмы, полная блокада левой ножки пучка Гиса с заметной одышкой, III стадия гипертонической болезни. Во время анестезии с целью коррекции гипертензии применяли ганглиоблокаторы и нитраты, учитывая гипотензивное действие вводимого наркоза. Общеизвестно, что основной задачей анестезиологического обеспечения у больных с гипертонической болезнью является предотвращение резкого подъема артериального давления, который может спровоцировать ишемию



миокарда и острую левожелудочковую недостаточность. У больных с бронхиальной астмой (87 пациентов) предоперационная подготовка и медикаментозная терапия во время анестезии были направлены на предупреждение бронхоспазма и гипоксемии. В основном этим пациентам назначали лекарственные препараты двух групп с целью купирования и профилактики приступов обструкции и воспаления бронхоальвеолярной системы (бронходилататоры и антибиотики широкого спектра действия). Во время наркоза и в посленаркозном периоде у этих больных решали три основные задачи: проведение предварительной блокировки рецепторов воздухоносных путей перед началом инструментальных манипуляций по интубации и экстубации трахеи; максимальное расслабление гладких дыхательных мышц; предотвращение высвобождения медиаторов аллергии. Ожирение III-IV степени с сахарным диабетом было у 86 пациентов. У этих больных предоперационная медикаментозная подготовка была направлена на коррекцию и стабилизацию уровня сахара в крови. Перед операцией и в ближайшем послеоперационном периоде для поддержания адекватного углеводного обмена продолжали антидиабетическую терапию инсулином. За 2 дня до операции всех этих пациентов переводили на прием простого инсулина короткого действия. Доза инсулина зависела от характера суточной гликемической кривой. Всех пациентов экстубировали только после восстановления адекватного спонтанного дыхания. Послеоперационный период протекал благоприятно, что можно объяснить как относительно небольшой длительностью операции, так и ее малой травматичностью. В среднем длительность операции составила $34,2 \pm 1,5$ мин. Таким образом, холецистэктомия из минидоступа у больных с сопутствующей патологией является методом выбора и может быть рекомендована в стационарах, где есть соответствующее оборудование и владеющие методикой специалисты.

124. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ.

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

Владимир, Иваново

Кафедра хирургических болезней
ИПО Ив ГМАКлиническая больница скорой
медицинской помощи, г. Владимир.

В основе хороших результатов при лечении боль-

ных с острой хирургической патологией является ранняя, правильная диагностика, обеспечивающая своевременное и рациональное лечение. Традиционные клиничко-лабораторные подходы к диагностическому процессу часто бывают не достаточно информативными и не позволяют подтвердить или опровергнуть диагноз. Ущемленная грыжа является наиболее часто встречаемой патологией среди острых хирургических заболеваний, с достаточно высокой летальностью, достигающей порой 11%. Наиболее часто ущемленная грыжа встречается у лиц пожилого и старческого возраста. При этом, синдром кишечной непроходимости встречается в 6-11%. Нередко, при поступлении больного в стационар, наблюдается самопроизвольное вправление грыжевого содержимого в брюшную полость; в некоторых случаях, хирургу приходится провести дифференциальную диагностику между паховым лимфаденитом и ущемленной грыжей. В подобных случаях значительную помощь может оказать диагностическая лапароскопия. В экстренной герниологии лапароскопия позволяет оценить состояние грыжевых ворот со стороны брюшной полости, установить наличие или отсутствие ущемления органа в грыжевом мешке, определить характер ущемленного органа и степень морфологических изменений в нем. В клинике хирургии ГКБСМП г. Владимира с 1999 по 2009 г диагностическая лапароскопия при ущемленных грыжах была применена в 76 случаях, при этом мужчин было 20, а женщин 56. Применение лапароскопии при ущемленной грыже показано в следующих случаях: 1. Для дифференциальной диагностики ложных и истинных ущемлений грыж передней брюшной стенки; 2. Для оценки жизнеспособности и морфологических изменений кишечника и других органов брюшной полости после самопроизвольного вправления ущемленной грыжи; 3. Для интраоперационного осмотра брюшной полости при внезапном вправлении ущемленной грыжи во время операции. Лапароскопическая оценка жизнеспособности ущемленного органа после его самопроизвольного вправления, нами осуществлялась в 32 случаях. При этом, в большинстве наблюдений ущемленный орган был принят за жизнеспособный, в 6 случаях ущемленная петля тонкой кишки была некротизирована, что позволило в срок выполнить лапаротомию, с дальнейшей резекцией тонкой кишки. В 12 случаях проводилась дифференциальная диагностика методом лапароскопии, между ущемленной грыжей и другими хирургическими заболеваниями (паховый лимфаденит). Во всех случаях клинический диагноз с помощью других дополнительных методов обследования поставить было сложно. У 6 пациентов установлен диагноз – ущемленная бедренная грыжа и больные оперированы – гры-



жесечение с пластикой бедренного канала по Бассини. В 4 наблюдениях поставлен диагноз – паховый лимфаденит и назначена консервативная терапия. Группу этих пациентов составляли лица с различными видами ожирения или с длительным анамнезом заболевания. Применение интраоперационной лапароскопии при ущемлении в брюшную полость ущемленной петли кишки во время операции по поводу ущемленной грыжи позволяет визуально оценить признаки жизнеспособности вправившейся кишки. Для этого через грыжевые ворота вводится гильза троакара, грыжевым мешком герметизируют брюшную полость вокруг гильзы, накладывая круговую лигатуру, рассматривая органы брюшной полости. При осмотре ущемленной кишки определяют ее цвет, перистальтику, пульсацию сосудов. К подобному приему мы прибегали в 4 случаях. При уверенности в жизнеспособности кишки операцию заканчивали без перехода на лапаротмию. Таким образом, высокая информативность метода при ущемленных грыжах не вызывает сомнений, помогает хирургам ориентироваться в хирургической ситуации, помогает решать сложные вопросы дифференциальной диагностики в экстренной герниологии.

125. ЛЕЧЕНИЕ РАНЕННЫХ С ОТРЫВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ

Ковалев А.С., Войновский А.Е., Пильников С.А., Петров В.Н., Баркалев М.А.

Балашиха

Главный военный клинический госпиталь войск Национальной гвардии России

Цель: улучшение результатов лечения раненных с отрывами нижних конечностей при минно-взрывных ранениях.

Материал и методы: проведен анализ лечения 165 раненных с отрывами нижних конечностей вследствие минно-взрывных ранений, полученных во время боевых действий при восстановлении конституционного порядка в Чеченской Республике (1994-1996г.) и контртеррористической операции на Северном Кавказе (1999-2011г.). Работа проводилась по 2 направлениям: ретроспективный анализ историй болезни 75 раненных (1994-2001) и II группа - анализ 90 клинических наблюдений (2002-2011). Группы раненных были сопоставимы по тяжести повреждений и состояния, но различались по хирургической тактике. Раненым в I группе ампутации проводились стандартными спосо-

бами, а во II группе - ампутации конечности "по типу ПХО" с последующей реконструкцией культи на этапе специализированной медицинской помощи. Во II группе лечение ран проводилось под антибактериальной пленочной повязкой с использованием средств микробиологического и цитологического контроля течения раневого процесса, с использованием методов ультразвуковой кавитации, ВАК-терапии.

Результаты: разработанный метод хирургического лечения раненных с отрывами нижних конечностей при МВР позволил снизить частоту гнойно-септических раневых осложнений с 19,3% до 14,6%, повысить эффективность протезирования нижних конечностей и адаптации к новым условиям жизни с хорошими косметическими и функциональными результатами. Выводы: при минно-взрывных ранениях в зоне боевых действий показано выполнение ампутации «по типу первичной хирургической обработки», которая позволяет сохранить утильные и ушибленные ткани, предупредить их вторичную девитализацию и создать условия для ранней реконструктивно-восстановительной операции, выполнение которой необходимо проводить в условиях специализированного травматолого-ортопедического отделения. Проводимое хирургическое лечение ран культей под антибактериальной пленочной повязкой с использованием средств микробиологического и цитологического контроля течения раневого процесса, с использованием методов ультразвуковой кавитации, ВАК-терапии, позволяет сократить частоту гнойных осложнений с 75,3% до 54% и сроки готовности раны культи для выполнения реконструктивной реампутации с 34 до 21 суток.

126. ВЫБОР МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Вербицкий В.Г., Бондарев М.Р., Терешичев А.А., Ендовицкий А.С.

Санкт-Петербург

СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Введение. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации эндовидеохирургов (2006) лапароскопическое ушивание перфоративных язв (ПЯ) признается первичным и предпочтительным методом лечения. Выполнение лапароскопического ушивания ПЯ с учетом противопоказаний имеет существенные преимущества перед «открыты-



ми» операциями по таким показателям как срок госпитализации, частота раневой инфекции, длительность послеоперационного пареза кишечника и летальность. Однако, по данным мультицентрового метаанализа, M.J. Bertleff и J.F. Lange (2010) отмечают, что несостоятельность швов после лапароскопического ушивания ПЯ развивалась существенно чаще (6,3%) по сравнению с традиционной методикой операции (2,6%). Сохраняющийся риск несостоятельности швов и опасность прорезывания тканей при формировании интракорпорального узла свидетельствуют об актуальности проблемы дальнейшего совершенствования данной технологии путем разработки новых вариантов закрытия перфорационного отверстия. Цель работы – оценить непосредственные результаты применения предложенного способа эндовидеохирургического ушивания перфоративных язв пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Материалы и методы исследования. Разработан и внедрен в хирургическую практику оригинальный, усовершенствованный способ эндовидеохирургического устранения ПЯ желудка и ДПК (Приоритет №2016103477 от 02.02.2016). Техника предложенного способа состоит в прошивании монофиламентным шовным материалом («Vicryl» 3-0) перфорационного отверстия Z-образным швом. Далее осуществляется тракция свободных концов лигатуры эндозажимами до сведения краев. К ушитому перфорационному отверстию между 2 свободными концами лигатуры подводится губка «Тахокомб», которая укладывается на герметично прошитый дефект. На «Тахокомб» сверху укладывается прядь сальника и свободные концы лигатуры над сальником перекрещиваются и фиксируются эндоклипсами. Выполнено аналитическое обсервационное исследование по типу «случай-контроль», в ходе которого проведен анализ 79 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в стационаре за последние 5 лет. Критериями включения в исследование являлись: выполнение ушивания перфоративной пилорoduоденальной язвы размером до 10 мм эндовидеохирургическим способом, наличие у больного не более 1-2 баллов по шкале J. Воеу (1987). Противопоказаниями к лапароскопическому ушиванию пилорoduоденальной ПЯ считали: повторные перфорации; сочетание различных осложнений ЯБ; локализация язвы, недоступная для ушивания; наличие тяжелых форм перитонита (токсическая фаза распространенного перитонита); выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 29 пациентов, которым выполнено лапароскопическое ушивание ПЯ с использованием предложенного способа. Контрольную группу составили 50 пациентов,

перенесших лапароскопическое ушивание перфоративной язвы однорядными швами с интра- и экстракорпоральным формированием узлов. Из специальных методов исследования в 100% случаев применяли ФГДС, что позволяло уточнить характер заболевания, определить локализацию ПЯ, а также исключить наличие второй «зеркальной» язвы на противоположной стенке ДПК, диагностировать язвенное кровотечение или стеноз. После операции в течение 2 суток больным назначали внутримышечно или внутривенно ингибиторы протонной помпы. После удаления назогастрального зонда и перехода на энтеральное питание переходили на трехкомпонентную эрадикационную терапию. Результаты и их обсуждение. Обе группы пациентов оказались сравнимы по основным показателям и достоверно не отличались по возрасту, локализации ПЯ и распространенности перитонита. Однако анамнестически сроки перфорации язвы в течение 12-24 часов достоверно чаще ($p=0,045$) отмечались в основной группе больных. Ранние сроки от момента возникновения клинической перфорации полого органа (до 6 часов) имели место в 44,8% случаев в основной группе и у 62% пациентов в контрольной. Операции выполнялись в экстренном порядке в общей сложности восемью хирургами. Средняя продолжительность операции лапароскопического ушивания ПЯ составила $46 \pm 8,5$ мин в основной и $94 \pm 10,4$ мин в контрольной группах. Гастростаза тяжелой степени после лапароскопического ушивания в обеих группах пациентов мы не наблюдали. Средние сроки пребывания больных в клинике после операции составили 6 ± 2 койко-дня. Осложнения раннего послеоперационного периода имели место у 4 (8%) больных контрольной группы. Среди них в 2 (4%) случаях развилась несостоятельность швов ушитой язвы. Это потребовало выполнения лапаротомии и повторного ушивания дефекта с благоприятным исходом. В 2 оставшихся случаях с послеоперационными осложнениями была диагностирована госпитальная пневмония, обусловленная, на наш взгляд, длительностью операции более 120 мин и старческим возрастом пациентов. Летальных исходов не было. Осложнений, связанных с техникой выполнения лапароскопического вмешательства, в основной группе больных не отмечено. Выводы. Лапароскопическое ушивание ПЯ желудка и ДПК является операцией выбора при небольших размерах перфоративного отверстия (до 10 мм). Усовершенствованный нами способ ушивания ПЯ пилорoduоденальной зоны обладает всеми преимуществами однорядного шва и является альтернативой традиционной методике эндовидеохирургического вмешательства. Трехэтапная методика вмешательства (Z-образный шов, наложение «Тахокомба», оментопексия)



без формирования интра- и экстракорпорального узлов снижает риск развития осложнений в виде прорезывания и несостоятельности швов, что снижает вероятность возможной конверсии способа и развития ранних послеоперационных осложнений.

127. ОПЫТ СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Бондарев М.Р., Вербицкий В.Г., Ендовицкий А.С.,
Гайдук С.С.*

Санкт-Петербург

СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Введение. По данным ВОЗ сочетание различной хирургической патологии живота составляет от 25 до 30% среди больных хирургического профиля. Доля операций, выполняемых в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу этиологически несвязанных между собой заболеваний, составляет лишь 1,5-6,0% от всех производимых вмешательств. Тезис о целесообразности симультанных операций, возможности и необходимости более частого их выполнения в плановой хирургии является вполне очевидным. Преимущества таких операций обоснованы и достаточно широко представлены в литературе. Симультанная операция включает в себя основное, как правило, наибольшее по объему вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и дополнительную операцию по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства. Цель исследования. Оценить результаты и перспективы выполнения симультанных лапароскопических операций при сочетании желчнокаменной болезни и грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы. В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 17 больных с желчнокаменной болезнью, сочетающейся с грыжами передней брюшной стенки: 10 женщин и 7 мужчин. Средний возраст пациентов составил $62,1 \pm 1,3$ лет. В качестве основного этапа симультанного вмешательства все 17 больных перенесли лапароскопическую холецистэктомию (ЛСХЭ), из них 5 пациентов были прооперированы без технических трудностей по поводу острого флег-

монозного калькулезного холецистита с местным отграниченным перитонитом в экстренном порядке. В качестве дополнительного оперативного вмешательства выполнялись устранение паховой грыжи (4 больных) с помощью сетчатого трансплантата «Пролен». Пациентам с пупочной грыжей (10 больных) произведено ушивание пупочного кольца ($n=7$) и трансабдоминальная пластика с помощью сетчатого эксплантата ($n=3$). В 3 случаях диастаз прямых мышц живота устранен отдельными лигатурами с помощью иглы для ушивания троакарных ран. Результаты и обсуждение. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Больным с острым холециститом в послеоперационном периоде назначали антибиотики и ненаркотические анальгетики. Средняя длительность операции ЛСХЭ составила 35 ± 10 мин. Продолжительность симультанных операций составила 70 ± 15 мин. Средний койко-день после симультанных операций у всех исследуемых больных не отличался от соответствующего показателя у пациентов, перенесших аналогичные изолированные вмешательства, и составил 5 дней. Выводы. Первый опыт выполнения симультанных операций в виде ЛСХЭ и лапароскопически ассистированной герниопластики свидетельствует о том, что они не сопровождаются увеличением числа осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительными этапами сочетанного вмешательства, и не продлевают сроки лечения больных. Симультанные операции должны производиться по показаниям с учетом тяжести основного заболевания, возможных технических трудностей в ходе ЛСХЭ и общесоматического статуса пациента. Выполнение подобных вмешательств в экстренных случаях при флегмонозном калькулезном холецистите с местным отграниченным перитонитом должно быть обоснованным и строго индивидуальным. Таким образом, симультанная ЛСХЭ и лапароскопическая герниопластика у больных с желчнокаменной болезнью и грыжами передней брюшной стенки является оправданной операцией, очевидные достоинства которой определяют возможность расширения показаний к ее выполнению.



128. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Дурлештер В.М. (1), Дидигов М.Т.(2), Бабенко Е.С. (2), Авакимян С.В. (2), Ключников О.Ю. (2)

Краснодар

1)ГБУЗ ККБ № 2, 2) МБУЗ КГК БСМП

Актуальность проблемы. Гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) являются одним из наиболее грозных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным различных авторов, общая летальность составляет 10-14%, послеоперационная - от 12 до 35%. Все это указывает на значимость выбора оптимальной хирургической тактики и профилактики рецидива ГДЯК. Цель исследования. Провести клинико-статистический анализ результатов лечения больных с ГДЯК, оценить их динамику и наметить пути улучшения результатов лечения. Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 1674 больных с ГДЯК, находившихся в хирургических отделениях МБУЗ КГК БСМП (г. Краснодар) за пятилетний период (2011 - 2015гг.). Мужчин было 1092 (65%), женщин - 582 (35%). По локализации язвенного дефекта преобладали больные с язвами двенадцатиперстной кишки (ДПК) - 1107 человек (66,1%). С язвами желудка было пролечено 511 человека (30,5%). У 45 пациентов (2,7%) имела место сочетанная форма язвенной болезни. 11 человек (0,7%) госпитализированы с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по Бильрот II. Диагностический алгоритм, проводимый в приемном покое, не превышал 1,5 часов и включал в себя: сбор анамнеза, неотложное эндоскопическое исследование, анализ лабораторных показателей. Для оценки устойчивости гемостаза и риска рецидива применялась классификация эндоскопических признаков гастродуоденального кровотечения по Forrest (1974г.). Выбор метода гемостаза зависел от источника кровотечения (локализация, размеры); характеристики кровотечения (струйное, из-под сгустка, капиллярное, из нескольких источников); общего состояния больного; опыта и квалификации врача-эндоскописта; наличия соответствующего оснащения. Использовались следующие методы эндоскопического гемостаза: подслизистая инфильтрация гемостатическими и сосудосуживающими средствами, нанесение пленкообразующих веществ (лифузол, статизоль, гентопласт), клипирование, орошение сосудосуживающими, гемостатическими и денатурирующими растворами медикаментов (ами-

нокапроновая кислота, капрофер, мезатон, этиловый спирт 96%). Дальнейшая тактика зависела от эффективности гемостаза и прогнозирования рецидива кровотечения. Из хирургических методов лечения при локализации язвенного субстрата в ДПК операцией выбора считали дуоденопластику, при желудочной локализации или сочетанной форме язвенной болезни - резекцию желудка или гастропластику. Результаты и их обсуждение. У 1288 больных (77%) удалось добиться стойкого эффективного гемостаза. Эти пациенты госпитализировались в палаты интенсивной терапии хирургических отделений, где проводилось наблюдение и консервативное лечение. У 386 больных (23%) возник рецидив кровотечения в течение от 2 до 72 часов, была выполнена повторная эндоскопия, стойкого гемостаза удалось добиться у 131 больного, а 255 были оперированы. При оценке показаний к оперативному вмешательству и определению сроков проведения операций придерживались активной индивидуально обоснованной тактики. 71 больной (4%) прооперирован в экстренном порядке. Показаниями к экстренной операции были: профузный характер кровотечения, продолжающееся кровотечение (Forrest IA, Forrest IB), или II - III степень кровопотери при неэффективности общего и эндоскопического гемостаза, рецидивирующее кровотечение в стационаре без успеха эндоскопического гемостаза. 184 пациента (11%) оперированы в срочном порядке. Показаниями к срочной операции были: неустойчивый гемостаз при наличии признаков высокого риска повторного кровотечения, остановка которого консервативными и эндоскопическими способами была недостаточно надежной (Forrest IIA и Forrest IIB). Больным этой группы хирургическое вмешательство, как правило, производилось в течение 2-12 ч от момента поступления - времени, необходимого для подготовки больного к операции. Послеоперационные осложнения возникли у 23 больных (9%). Наибольшее число осложнений отмечалось после резекции желудка - у 15 больных (6%), после дуоденопластики у 8 человек (3%). Из 255 оперированных больных с ГДЯК умерли 29 пациентов. Послеоперационная летальность составила 11%. При этом наибольшее число летальных исходов имело место после резекции желудка - 18 больных (62%). Выводы. Проведение эндоскопического мониторинга показано всем больным с неустойчивым гемостазом и при стабильном местном эндоскопическом гемостазе с высокой степенью риска рецидива кровотечения. Применение комплексной противоязвенной терапии, а также внедрение методов эндоскопического гемостаза позволило значительно снизить количество операций при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Органосохраняющие хирургические по-



собия имеют лучшие результаты по сравнению с резекционными методами.

129. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО МЕДИАСТИНИТА

Чикинев Ю.В.1,2, Дробязгин Е.А.1,2,
Кутепова Т.С.1,2

Новосибирск

- 1- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
- 2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

В период с 2007 по декабрь 2016гг. в отделении торакальной хирургии ГНОКБ находилось 47 пациентов с вторичным острым медиастинитом (женщин – 15, мужчин – 32). Возраст пациентов был от 18 до 82 лет. В большинстве случаев (28 пациентов) причиной была одонтогенная флегмона дна полости и шеи. Аденофлегмоны являлись причиной заболевания у 17 пациентов, паратонзиллярные флегмоны у 2, абсцесс надгортанника у 2. Пациенты госпитализированы в клинику в сроки от 1 до 7 суток от момента начала заболевания. У большинства пациентов (30) отсутствовали специфические клинические симптомы заболевания. Диагноз вторичного медиастинита был установлен при дообследовании (рентгенография органов грудной клетки и шеи, мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки) у 20 пациентов. Выявлено расширение средостения во всех случаях с наличием отека его клетчатки. В 27 случаях диагноз был установлен интраоперационно при вскрытии и ревизии глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения, не смотря на отсутствие специфических рентгенологических признаков заболевания. Тотальный задний медиастинит был у 21 пациента, поражение переднего и заднего средостения у 9, заднего верхнего средостения у 13, тотальное поражение переднего средостения у 1. Сочетание заднего-верхнего и переднего верхнего медиастинита было у 2 пациентов, тотального заднего медиастинита и переднего верхнего у 1. Все пациенты были оперированы после кратковременной предоперационной подготовки. Во всех случаях использованы внеплевральные доступы для дренирования средостения: заднего нижнего средостения по Савиных-Розанову, заднего верхнего средостения по Разумовскому, переднего средостения по Каньшину-Кюну. Во всех случаях дренирование осуществлялось двух или трехпросветными атравма-

тичными дренажами для осуществления лаважа средостения 0,9% раствором хлорида натрия в постоянном режиме в послеоперационном периоде. Дренажи выводились по «кратчайшему пути»: через послеоперационные разрезы на шее, верхний угол лапаротомной раны, под мечевидным отростком. Осложнений в ходе проведения вмешательств не было. В послеоперационном периоде лечения пациентов осуществлялось в отделении реанимации и интенсивной терапии. При проведении лечения различные осложнения были у 29 пациентов. В структуре осложнений преобладали сепсис и полиорганная недостаточность (15 пациентов), пневмония (10), кровотечения вследствие аррозии на фоне гнойного процесса и дренирования средостения (5). Повторные вмешательства выполнены 10 пациентам (5 – из-за кровотечения, 5 - из-за прогрессирования гнойного процесса в средостении). Умерло 5 пациентов (10,63%). Причинами летального исхода в 4 случаях было прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне септического шока, в 1 случае – аррозионное кровотечение из плечевого ствола. Таким образом, у большинства пациентов специфических клинических симптомов заболевания не отмечено. Ведущей причиной вторичного медиастинита является одонтогенная патология. Внеплевральное дренирование средостения является предпочтительным. С учетом частоты и структуры осложнений необходимо внедрение алгоритмов ранней диагностики заболевания.

130. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА

Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Постолов М.П.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Цель работы. Поиск путей по улучшению результатов хирургического лечения прободной язвы двенадцатиперстной кишки у больных группы высокого операционно-наркозного риска. Материал и методы. За двадцатилетний период времени в клинике факультетской хирургии ВолгГМУ оперировано 452 пациента с диагнозом прободная язва двенадцатиперстной кишки, из них у 53 % (n=240) была выполнена стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией, 205 больных перенесли операцию ушивания перфоративной язвы (33 % (n=149) – ушивание из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости, 12 % (n=56)



- лапаротомное вмешательство), другие операции (лапароскопическое ушивание, пилоропластика без ваготомии) были выполнены у 2 % (n=7) больных. Степень риска послеоперационной летальности у больных с перфоративной язвой определяем на основании критериев Воеу (1982, 1987), включающих в себя такие факторы, как наличие сопутствующей патологии, длительность перфорации более 24 часов и явления шока (уровень систолического давления ниже 100 мм. рт. ст.) перед операцией. Каждый из этих факторов оценивается в один балл. Согласно первоисточнику, при сумме баллов 0 риск послеоперационной летальности составляет 0 %; при сумме баллов равен 10 %; при сумме баллов 2 – 45,5 %; при сумме баллов 3 – 97 %. В анализируемой когорте пациентов, (n=452) 9 % больных (n=40) имели высокий и крайне высокий риск послеоперационной летальности (Воеу 1982, 1987), который составлял 45,5 % и 97 % соответственно. Все пациенты, относящиеся к группам высокого и крайне высокого послеоперационного риска (n=40), перенесли в качестве оперативного пособия ушивание перфоративного отверстия двенадцатиперстной кишки, выполненное лапаротомно (n=16) или из минидоступа (n=24). Таким образом, с применением миниинвазивных технологий было прооперировано 60 % пациентов группы риска. Полученные результаты. Летальность в группе риска составила 17,5 % (умерло 7 из 40 пациентов), в то время, как прогнозируемая летальность у этих больных варьировала в пределах 45,5 % - 97 %. Мы провели ретроспективный анализ историй болезни семи умерших пациентов. Одному больному было выполнено ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа с лапароскопической санацией брюшной полости, остальные шесть пациентов были оперированы лапаротомно. Оценка причин летальных исходов выявила, что в трех случаях причиной смерти стал острый инфаркт миокарда; в двух наблюдениях к летальному исходу привела острая сердечно-сосудистая недостаточность; в одном наблюдении была выявлена тромбоэмболия ветвей легочной артерии; и ещё в одном причиной смерти стала прогрессирующая полиорганная недостаточность, вызванная тяжелой соматической патологией пациента. С целью улучшения результатов лечения больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки, относящихся к группе риска, мы предлагаем этапно использовать миниинвазивные технологии. Ушивание перфоративного отверстия может быть выполнено из минидоступа; в последующем, при третичном перитоните и при локализованных гнойно-воспалительных образованиях в брюшной полости могут быть этапно использованы лапароскопические или навигационные пункционные вмешательства.

Выводы. Прогностически неблагоприятные пациенты, с высокой вероятностью летального исхода, составляют пятую часть больных, перенесших операцию ушивания прободной язвы (19,5 %; n=40 из 205), и исходы их лечения требуют дополнительных многоцентровых исследований. Для улучшения результатов лечения пациентов этой группы представляется целесообразным более активно применять минилапаротомные операции, а также этапно использовать минилапаротомные, лапароскопические и навигационные пункционные миниинвазивные технологии.

131. СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Габриэль С.А., Гучетль А.Я., Дурлештер В.М.,
Дынько В.Ю., Мурашко Д.С., Крушельницкий В.С.*

Краснодар

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».
Краснодар. Россия. Красных Партизан ул., д. 6,
корпус 2 г. Краснодар, 350012 тел (861)222-01-63,

Введение. Лечение осложнений портальной гипертензии является одной из актуальных, сложных и нерешенных проблем современной медицины. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа больных циррозом печени – наиболее частой причины развития портальной гипертензии. Многие авторы связывают это с ростом употребления алкоголя, увеличением заболеваемости вирусными гепатитами, увеличением количества потребляемых лекарств и др. Частота выявления синдрома портальной гипертензии на доцирротической стадии составляет 50% наблюдений и достигает 90% при сформировавшемся циррозе. Наиболее тяжелым и труднопрогнозируемым осложнением портальной гипертензии является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП).

Целью исследования является показать эффективность эндоскопического лигирования в лечении и профилактике кровотечений из ВРВП у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии различной этиологии.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 338 больных с циррозом печени, которым выполнялось лигирование за период с 2009 по май 2016 годы. Из них мужчин было 209 (61,8%), женщин - 129 (38,2%). В этой группе больных было выполнено 511 лигирований.



Результаты и обсуждение. Возраст пациентов колебался от 17 до 79 лет (в среднем $51,68 \pm 12,8$). Наибольшее количество больных (57,7%) это больные в активном возрасте - от 41 до 60 лет. 103 пациентам нашей группы мы выполняли лигирование в несколько этапов (от 2 до 8 этапов) за 2-5 лет наблюдений. Поэтому средний возраст этих больных выведен по первой госпитализации. В зависимости от степени варикозного расширения вен пищевода пациенты распределились следующим образом: ВРВП 1 степени - 21 пациент (4,1%), ВРВП 2 степени - 199 пациентов (38,9%), ВРВП 3 степени - 291 пациент (56,9%). Этиологическим фактором цирроза были: алиментарной этиологии - 86 пациентов (25,4%); вирусной этиологии - 183 пациентов (54,1%); цирроз смешанной этиологии - 33 пациента (9,8%); первичный билиарный цирроз печени - 14 пациентов (4,1%); токсический цирроз - 9 пациентов (2,7%); аутоиммунный цирроз - 5 пациентов (1,5%); цирроз печени в результате тромбоза воротной вены - 8 пациентов (2,4%). Из сопутствующей патологии наиболее часто встречались портальная гастропатия (34,3%) и эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (39,2%). Нами проанализирована этапность лигирования ВРВП у каждого пациента: в 1 этап лигирование выполнялось 224 пациентам (66,2%), в 2 этапа 77 пациентам (22,8%), в 3 этапа 23 пациентам (6,8%), в 4 этапа 10 пациентам (2,9%), в 5 этапов 1 пациенту (0,3%), в 6 этапов 2 пациентам (0,6%) и в 8 этапов 1 пациенту (0,3%). За один сеанс выполняли лигирование от 1 до 14 узлов. Всего было лигировано 4086 узлов. Чаще всего за 1 этап выполнялись лигирования 6, 8 и 10 узлов (91,08%). В 3 случаях (0,89%) было выполнено лигирование 11, 12 и 14 узлов, т.е. использовались 2 набора лигаторов. Эффективным, в нашей группе, лигирование было в 502 случаях (98,2%). В 9 случаях (1,8%) эндоскопическое лигирование было не эффективным и закончилось постановкой зонда Блекмора. Основной причиной неудач явилось активное кровотечение из ВРВП, развившееся до- или во время лигирования. В нашей группе у 145 (42,9%) больных в анамнезе были эпизоды кровотечения из ВРВП. С признаками состоявшегося кровотечения из ВРВП лигирование выполнено у 45 больных (8,8%). Из них лигирование на высоте кровотечения выполнено у 11 пациентов (2,2%). Еще у троих пациентов (0,6%) кровотечение развилось на фоне проведения лигирования, из них в одном случае удалось лигировать источник кровотечения, в двух других случаях был установлен зонд Блекмора. У оставшихся 31 пациентов в просвете желудочно-кишечного тракта были признаки состоявшегося кровотечения (гематин на стенках желудка, жидкость типа «кофейной гущи», мелена накануне), но активного кровотечения во время лигирования не было. Им

успешно выполнено эндоскопическое лигирование. Из 11 пациентов с активным кровотечением во время лигирования эффективным эндоскопическое лигирование было в 5 случаях (0,9%). У других 6 больных (1,2%) применение лигирования с целью эндоскопического гемостаза оказалось безуспешным. Осложнениями в нашей группе можно считать 3 случая возникновения кровотечения при попытке лигирования. В одном случае кровотечение возникло при попытке лигирования у пациента без признаков состоявшегося кровотечения. И в трех случаях был рецидив кровотечения при лигировании у пациентов с признаками уже состоявшегося кровотечения. Госпитальная летальность составила 0,5% (2 пациента). В нашей группе троим больным, после выполненного лигирования ВРВП, осуществлена успешная ортотопическая трансплантация печени.

Заключение. Эндоскопическое лигирование ВРВП является высокоэффективным (с экономической и медицинской точки зрения) методом лечения и профилактики кровотечения из ВРВП у больных с циррозом печени. Наибольшую эффективность данный метод имеет для профилактики развития кровотечений из ВРВП, не на высоте кровотечения. При возникновении кровотечения во время лигирования или при поступлении больного с кровотечением из ВРВП целесообразным считаем постановку зонда Блекмора, с последующим лигированием в отсроченном порядке (через сутки) после стабилизации состояния больного. Эндоскопическое лигирование ВРВП позволяет пациентам, находящимся в листе ожидания, дожить до трансплантации печени, минимизируя риск возникновения кровотечений на этапах предоперационной подготовки. Все больные с циррозом печени нуждаются в последующем постоянном динамическом эндоскопическом наблюдении.

132. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ

Можаровский К.В.

Дмитров, Московская область

ГБУЗ МО "Дмитровская городская больница"

Аппендэктомия является наиболее распространенной операцией в urgentной хирургии. Однако в связи с наличием нерешенных вопросов в выборе показаний к лапароскопической аппендэктомии и техники выполнения операции дальнейшие исследования в этом направлении по-прежнему остаются актуальными.



Материал исследования составили результаты лечения 224 больных перенесших оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита в хирургическом отделении ГБУЗ МО «Дмитровская городская больница. В зависимости от метода выполненного вмешательства пациенты были разделены на 2 группы: группу исследования составили 26 пациентов (n=26) в лечении которых использован видеолапароскопический доступ, группу сравнения составили 198 пациентов (n=198) которым выполнена традиционная открытая аппендэктомия по Волковичу-Дьяконову. При выполнении традиционной аппендэктомии интраоперационные осложнения в виде кровотечения из а. appendicularis встретились у 15 больных, для их устранения потребовалось дополнительное лигирование. При этом в 7 случаях потребовалось расширение доступа по оси. В одном случае выполнена конверсия, срединная лапаротомия в связи с незавершенным поворотом кишки (подпеченное расположение червеобразного отростка). Послеоперационные осложнения представлены 9 случаями нагноения послеоперационной раны, в 7 случаях послеоперационный период осложнился формированием абсцессов брюшной полости и в 3 случаях сформировались кишечные свищи, закрывшиеся самостоятельно на фоне проводимой терапии. Использование лапароскопии у 26 больных позволило реализовывать берегательный принцип: в 4 случаях от аппендэктомии воздержались. В одном случае в связи с выраженной инфильтрацией купола слепой кишки, высоким риском прорезывания петли Редера произведена конверсия с выполнением традиционной аппендэктомии. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения из а. appendicularis отмечено в 1 случае, устранено наложением петли Редера. В 1 случае произошла интраоперационная перфорация червеобразного отростка до момента извлечения, осложнение устранено санацией брюшной полости. Послеоперационные осложнения отмечены у одного пациента, в следствии электротравмы подвздошной кишки произошла перфорация последней с образованием абсцесса брюшной полости. Длительность стационарного лечения у пациентов первой группы составила 5,6 койко-дней, второй группы составила 9,2 койко-дня. Выводы. Использование лапароскопического доступа у пациентов с острым аппендицитом не сопровождается значимым снижением интраоперационных осложнений, однако позволяет добиться трехкратного снижения послеоперационных осложнений с 9,6% до 3,8%, сопровождается снижением стационарного этапа лечения и сроков общей нетрудоспособности.

133. ВЫПОЛНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРТИЯ ДИАФРАГМЫ У РАНЕЕ ПРООПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

Наша клиника располагает опытом выполнения 58 лапароскопических антирефлюксных вмешательств пациентам с различными операциями на органах брюшной полости в анамнезе. Все более широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных видеолапароскопических технологий ознаменовало наступление нового периода антирефлюксной хирургии. Однако, ранее выполненные операции на органах брюшной полости способны создать определенные технические сложности для выполнения последующих видеолапароскопических вмешательств у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс – эзофагитом. из-за массивного спаечного процесса, приводящего к более частым ятрогенным повреждениям внутренних органов. Наша клиника располагает опытом выполнения 58 лапароскопических антирефлюксных вмешательств пациентам с различными операциями на органах брюшной полости в анамнезе. Чаще всего повторные малоинвазивные антирефлюксные коррекции выполнялись после предшествующей традиционной открытой холецистэктомии (n=38), грыж передней брюшной стенки (n=17), традиционной аппендэктомии (n=2) и диагностической лапароскопии при подозрении на кишечную непроходимость (n=1). Из 58 повторных антирефлюксных вмешательств после ранее выполненных операций на органах брюшной полости, у 11 (18,9%) пациентов были выявлены клинические признаки хронической спаечной болезни брюшной полости - болевой синдром различной степени выраженности и явлениями нарушения пассажа кишечного содержимого. Адгезиолизис нами выполнялся только в тех случаях, если возникали технические сложности для выполнения основного антирефлюксного этапа лапароскопической коррекции ГПОД. В случае же наличия субклинических и бессимптомных сращений в брюшной полости или спайках не мешающих наложению фундопликационной манжетки, по нашему мнению, необходимости в адгезиолизисе нет. Наложение



фундопликационной манжетки осуществлялось только после предварительной мобилизации и извлечения дна желудка из заднего средостения. Для восстановления нормального угла Гиса фундопликационная манжетка дополнительно фиксировалась и к дистальному отделу пищевода. Ввиду того, что наиболее важным и одновременно с этим ответственным этапом лапароскопических вмешательств является наложение карбоксиперитонеума, особенно при повторных операциях, для профилактики ятрогенных повреждений внутренних органов, установка троакаров осуществлялась только после выполнения ультразвукового исследования и выявления максимально безопасных зон для введения инструментов. По нашим данным, это позволяло в 90-95% случаев избежать кровотечения или перфорации спаенного с брюшной стенкой полого органа. Выводы: 1) Адгезиолизис сращений в брюшной полости не показан при бессимптомном течении спаечной болезни, за исключением случаев, когда адгезиолизис обеспечивает адекватную экспозицию операционного поля для последующего наложения фундопликационной манжетки. 2) Предшествовать выполнению повторных видеолaparоскопических вмешательств на органах брюшной полости должно специальное ультразвуковое исследование, при котором выявляются наиболее оптимальные точки доступа, минимизации интраоперационных ятрогенных осложнений.

134. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ КОРРЕКЦИИ ПРИ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И РЕФЛЮКС - ЭЗОФАГИТЕ

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

Актуальность проблемы. В настоящее время отмечается увеличение числа больных, страдающих рефлюкс - эзофагитом, ГПОД, в том числе, когда речь идет о скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Наиболее распространенным методом операций при данной патологии являются различные методы фундопликаций.

Цель исследования. Изучить эффективность различных видов антирефлюксного хирургического лечения при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Материалы и методы. Нами

проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни больных с скользящими ГПОД, которым были выполнены лапароскопические фундопликации с использованием синтетического эндопротеза. Возраст исследуемых пациентов колебался от 27 до 69 лет. Женщин было - 14, мужчин - 8. В качестве синтетического протеза нами использован композиционный эндопротез фирмы «Ethicon». Операция заключалась в наложении фундопликационной манжетки по методике Тупе на протяжении не менее 4 см, после предварительной мобилизации и извлечения желудка из заднего средостения. Всем больным в предоперационном периоде было выполнено: общеклинические анализы, рентгенография пищевода с пассажем бария, эзофагоскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости, 24-часовая рН-метрия. Степень выраженности рефлюкс - эзофагита определялась при эндоскопическом исследовании по классификации Savary - Miller (1978г). Оценка степени укорочения пищевода проводилась по классификации А.Ф.Черноусова. Результаты. В отдаленном периоде до 3 лет, результаты прослежены у всех 22 пациентов. Летальных исходов после операций не было. Средняя продолжительность операции составила 74 мин. В первые сутки после вмешательства, у большинства пациентов отмечено явление реактивного плеврита (75,7%), купировавшиеся самостоятельно. На 3-5-е сутки после вмешательства у 2 (9 %) пациентов отмечены дисфагические явления при употреблении пищи. Самостоятельно купированы к концу первой недели после операции. При суточной рН - метрии в раннем и отдаленном послеоперационных периодах признаки рефлюкс - эзофагита не выявлены. Рецидива рефлюкс - эзофагита или ГПОД нами не выявлено. Данный факт подтвержден отсутствием результатами инструментальных диагностических исследований (эзофагоскопия, рентгеноскопия пищевода с пассажем бариевой взвеси), а также отсутствием клинической картины заболевания. **Заключение:** 1) Анализ результатов лапароскопической хирургической коррекции скользящих ГПОД с использованием синтетических протезов, выявил высокую эффективность данного метода лечения. 2) Ненатяжная пластика с использованием полимерных эндопротезов, может считаться оправданной при коррекции скользящих ГПОД.



135. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАТИВНЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ, РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Масленников В.В., Масленников В.Н.

Воронеж

БУЗ ВО "ВГКБ №2 им. К.В.Федяевского",
отделение гнойной хирургии

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 положительны во всех отделах, перистальтика не выслушивается, газы не отходят, олигурия. Нб-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, бак. посев гнойного отделяемого из брюшной полости, назогастроинтестинальная интубация, обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностольная 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, произ-

ведено 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.



136. РЕКАНАЛИЗАЦИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ОРТОГРАДНЫМ ДОЗИРОВАННЫМ БУЖИРОВАНИЕМ ПО НАПРАВИТЕЛЮ

Оскретков В.И., Федоров В.В., Андреасян А.Р., Ганков В.А., Ветошкин А.А.

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Пептический эрозивно-язвенный эзофагит с последующим стенозированием является осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Этапность лечения его включает реканализацию просвета пищевода с последующим выполнением антирефлюксного вмешательства. Формирование фундопликационной манжетки допустимо лишь при полном восстановлении просвета пищевода. Для изучения такой возможности путем бужирования пищевода и были проведены наши исследования. Материал и методы исследования. Работа основана на анализе 9 больных стенозирующим рефлюкс-эзофагитом, наблюдавшихся нами в течение последних 5 лет, что составило 6.3% от всех оперированных больных с ГЭРБ вследствие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Лишь у 2 больных стенозирование пищевода развилось на фоне выраженных клинических проявлений ГЭРБ. Чаще клинические признаки ГЭРБ не определялись или пациенты не обращали на них внимания (7 чел). Ни один из наблюдавшихся больных за медицинской помощью не обращался и антисекреторную терапию не получал. Степень дисфагии при поступлении была у 3 чел I степени, у 2 чел – 2 степени и у 4 чел- III степени. Диаметр стриктуры составлял от 5 мм до 10 мм. с локализацией её в нижней трети пищевода. Время поступления в клинику с момента появления признаков стеноза составляло от 3 мес. до 5 лет. Бужирование пищевода проводилось ортоградно по направителю (нить или струна) изготовленным и модифицированным нами многоступенчатым бужом типа Гелестин, состоящего из 5 секций различного диаметра, расположенных от дистального конца по возрастающей. Соответственно шкалы Шарьера диаметр 1 секции соответствовал бужам №12 -15, второй секции - № 18-22, третьей секции - № 26-32, четвертой секции - № 32 – 38, пятой секции - №38 -42. Протяжённость 1 секции составляла 3 см, 2 – 4 секций по 5 см, длина 5 секции составляла оставшуюся часть бужа. Для измерения усилия, прикладываемого на буж, использовали специально разработанный динамометр а для

фиксации динамометра к бужу - зажим-опору. Когда появлялась осевая нагрузка на буж 3 кг, бужирование прекращали, отмечали, сколько сантиметров бужа (по меткам на нём) проведено в пищевод от уровня верхних резцов. Ранее проведёнными в нашей клинике работами установлено, что при превышении такого усилия на буж возникал риск перфорации пищевода. Повторный сеанс проводили бужом, соответствующим диаметру ступени бужа Гелестина, прошедшей через стриктуру за первый сеанс. И так, при каждом сеансе бужирования, когда достигалось критическое усилие на буж, расширение пищевода прекращали. Результаты исследования. У наблюдавшихся больных со стенозирующим рефлюкс-эзофагитом усилие, прикладываемое на буж при реканализации пищевода, составляло от 500 г. до 2500 г. У всех пациентов удалось достигнуть полной реканализации пищевода. Продолжительность бужирования в зависимости от дисфагии составила в среднем 8,3 к/дня с дисфагией I степени, 16 к/дня с дисфагией II степени, 19 к/дня с дисфагией III степени. Клинически значимых осложнений, в том числе и перфорации пищевода, ни у одного из пациентов не было. Таким образом, реканализация пищевода при стенозирующим рефлюкс-эзофагите путем орального бужирования с дозированным усилием на буж позволяет достигнуть полного восстановления просвета пищевода без клинически значимых осложнений и тем подготовить больного к выполнению антирефлюксного вмешательства.

137. СИНДРОМ МИРИЗЗИ КАК ПРОБЛЕМА ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ

Барбадо Мамедова П.А.(1), Муцуров Х.С(2), Гвоздик В.В.(3), Вербовский А.Н.(4), Балалыкин А.С.(5)

Наро-Фоминск, 2)Грозный, 3)Москва

1)ГБУЗ МО НРБ№1, 2)Чеченский государственный университет, 3),4)ГКБ№36, 5)Филиал №3 ФГУ ЗЦВКГ им А.А.Вишневского

Цель работы – изучить возможности чреспапиллярных вмешательств (ЧПВ) при лечении синдрома Мириizzi (СМ). СМ - редкое осложнение желчнокаменной болезни, субстратом которого является нарушение желчеоттока, вызванное обструкцией камнями внепеченочных желчных протоков. Его частота составляет 0.8 - 3,5 % по данным литературы. Эффективность ЧПВ в диагностике и лечении СМ является дискуссионной проблемой



и является предметом данного сообщения.

Материал и методы. Работа основана на опыте диагностики и лечения 9 больных с синдромом Мириззи, частота которого составила 1,65 % на 424 ЭРХГ в 2004-2006 гг. Результаты и их обсуждение. Классификации СМ разнообразны, и основаны, в большинстве своем, на степени и характере разрушения стенок общего желчного протока. Сдавление различных отделов гепатикохоледоха при ЭРХГ мы считаем спорным симптомом СМ, так как «сдавление», «оттеснение» протоков и др. могут присутствовать при других заболеваниях (острый холецистит, опухоли). Выделение же острой формы 1 типа СМ на наш взгляд уводит от понимания сущности патологического процесса. В нашем исследовании, пузырно-общепеченочный свищ в 1-2 см от бифуркации печеночных протоков имел место у 6 больных, а у 1 свищ располагался между пузырным и общим печеночным протоком при низком их слиянии. Диагностика СМ на основании холангиографии – трудная задача. Сведения о эффективности ЭРХГ в получении и трактовке рентгенэндоскопических данных у пациентов с СМ разноречивы и правильный диагноз устанавливается у 59-90% пациентов (Савельев В. С., 2003; Гальперин Э. И., 2006; Майзельс Е. Н., 2010). Причинами диагностических ошибок на наш взгляд являются недостаточный объем рентгенологической информации о состоянии желчевыводящей системы (полный блок желчных протоков и отсутствие контрастирования проксимальных отделов, обтекание контрастным веществом крупного камня и неполное его контрастирование и т.д.), что отмечено у 1 из 9 пациентов. Эндоскопическое лечение СМ технически сложно. Исторически целью эндобилиарных ЧПВ была диагностика и подготовка пациентов к традиционному хирургическому вмешательству. Эндоскопическая внутрисветная хирургия открыла перспективы лечения СМ. Главной сложностью при СМ является проведение инструментов, проводников, стентов, НБД выше места обструкции ОЖП, проблемы захвата и разрушения камней. Из 9 больных у 3 произведен комплекс ЧПВ, включающий ЭПТ, литотрипсию, эндопротезирование и назобилиарное дренирование (2 из них выписаны со стентами в связи с высокой степенью операционного риска); у 5 – ЧПВ и операция ЛХЭ (1 больная после неудачи ЧПВ была оперирована традиционно, но хирурги камень не удалили и эффективным был способ удаления камня из ОЖП с помощью корзины через дренаж ОЖП в послеоперационном периоде); у 1 – традиционная холецистэктомия после неудач ЧПВ (больной умер от аррозивного кровотечения в послеоперационном периоде).

Заключение. Синдром Мириззи – трудная проблема современной хирургии, перспективы диа-

гностики и лечения которого связаны с эндоскопической чреспапиллярной хирургией. При наличии холангита и механической желтухи, она может быть, при наличии эндоскопического инструментария в руках опытных специалистов, эффективным средством подготовки больных к традиционным операциям. У больных с высокой степенью операционного риска методом выбора может быть сменяемое применение пластиковых стентов.

138. К ВОПРОСУ О НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ (ЭЧПХ)

*Балалыкин А.С.(1), Барбадо Мамедова П.А.(2),
Муцуров Х.С.(3), Гвоздик В.В.(4),
Вербовский А.Н.(5)*

Москва, 2)Наро-Фоминск, 3)Грозный

1)З филиал ЗЦВКГ им А.А.Вишневского,
2)ГБУЗ МО НРБ№1, 3)Чеченский государственный университет, 4),5)ГКБ№36

Актуальность. Эндоскопические вмешательства (ЭРПХГ, ЭПТ, экстракция (МЭК) и разрушение камней (МЛТ),назобилиарное дренирование (НБД), стентирование пластиковыми (ПС) и металлическими – (МС) стентами) заняли ведущие позиции в лечении доброкачественных (холедохолитиаз, стриктуры, новообразования)и злокачественных заболеваний и их осложнений (желтуха, холангит). Однако, при целом ряде клинических ситуаций, называемых нестандартными, неудачи применения ЭЧПХ, достигают 20-30%, а осложнения и летальность - 10-15%, которые дискредитируют это направление как альтернативу традиционной хирургии. **Материал и методы.** Работа основана на опыте применения ЭВПХ с 1978 года, а непосредственному анализу подвергнуты 315 чреспапиллярных операций (ЧПО), включающих все современные их виды. К нестандартным ситуациям в ЭЧПХ мы относим дивертикулы 12-перстной кишки (23%), аденоматоз устья БДС (18%), множественные складированные и крупные камни(29%), желчеистечения(7%), дренажи гепатикохоледоха (9%), стриктуры желчных протоков (3%), резекция желудка по Б-2 (7%), в том числе и их сочетания. Одни из них создают проблемы доступа (канюляции) в желчные протоки (дивертикулы, аденоматоз); другие - проведения по протокам инструментов и выполнение соответствующих вмешательств (камни, стриктуры)

Результаты. Успех применения ЭВПХ в нестан-



дартных ситуациях определяют опыт врача, сложность работы операционной бригады, наличие качественного рентгеновского оборудования и современного эндоскопического инструментария и его прогнозирования на основании создания индивидуального алгоритма выполнения ЧПО. Неудачи ЭРПХГ составили 5,9%, а ЭПТ-3.8 % несмотря на применение всех видов инструментов. Таким образом, у 10% методом лечения остается традиционный хирургический. Кроме того, у ряда больных ЧПО были паллиативными при крупном камне, синдроме Мириizzi и стриктурах, ибо хирургическое лечение им не проводилось, а естественный ток желчи обеспечен установкой стентов. Операции МЭК и МЛТ предприняты у 239 больных (75.9%), у 21 (8.8%) они были неудачными. Операция НБД производилась либо для лечения холангита, либо, как и стентирование ПС, для восстановления естественного тока желчи. Попытки стентирования предприняты у 64 (24.2%) больных и были успешными у 51 (78%). Неудачи отмечены при крупных камнях и стриктурах после повреждений и клипирований протоков во время операций. Таким образом, при холангиолитиазе ЧПО были успешны у 91.2% пациентов. Осложнения имели место при проведении ЧПО у 18 (5.7%) пациентов, умерли – 4 (1.3%), несмотря на их коррекцию традиционными хирургическими операциями.

Резюме. Нестандартные ситуации являются проблемой современной эндоскопической чреспапиллярной хирургии заболеваний панкреатобилиарной системы. Однако, при наличии современного оборудования и инструментов опытные врачи могут добиться хороших результатов у большинства пациентов.

139. КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА КАК ПРОГРАММА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

*Баулина Н.В., Баулин А.А., Литвиненко А.И.,
Баулина Е.А.*

Пенза, г.Подольск Московская область

Кафедра акушерства и гинекологии
мединститута ПГУ, кафедра хирургии, онкологии
и эндоскопии ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ
№6 им.Захарьина, хирургическое отделение
Подольской городской клинической больницы

Гнойно-септические процессы в экстренной гинекологии, как и хирургии, занимают ведущую нишу не только в количественном отношении, но

и в причинной связи с тяжелыми осложнениями и летальностью. Классификации того или иного патологического процесса преследуют в первую очередь создание отправных точек для формирования лечебной программы. Многолетний опыт работы экстренного гинекологического отделения на базе городской многопрофильной больницы, основной поток пациенток которого составляют женщины с гнойно-воспалительными процессами (более 35 %), даёт возможность нам взглянуть на эту проблему в первую очередь с прикладного применения для гинекологической практики. Поэтому нам представляется, что для гинекологии, как для хирургической специальности, наиболее рационально классифицировать перитониты следующим образом. 1. По причине перитонита, который как основное заболевание формирует доступ, программу хирургического воздействия на очаг, когда в основе лежит радикальное удаление. Однако у части пациентов радикальное удаление или невозможно, или крайне опасно, поэтому нам представляется важным второй пункт. 2. По возможности радикального удаления очага: а - полного его удаления, б - вскрытия или частичного удаления. Отсюда вытекают действия во время первой операции в плане безопасного воздействия на очаг, возможности его удаления или отграничения и формируются показания для программированных санаций, где мы предпочтение отдаём повторным санациям. 3. В зависимости от вида микроорганизма формируется антимикробная терапия, а поскольку выяснить вид микроорганизма в экстренных условиях фактически невозможно, важнее решить какой характер носит воспалительный процесс, поскольку от этого зависят дальнейшие действия. 4. Аэробный или анаэробный перитонит – это требует принятия решения - зашивать брюшную, оставлять открытой или прибегать к программированию. Уже по описанным простым признакам анаэробного характера воспаления (зловонный запах, пузырьки газа, серый налёт и выпот, отсутствие отграничений и др.) можно предположить и наметить программу эффективной аэрации во время операции и в последующем. 5. По выпоту: серозный, фибринозный, гнойный, гнилостный и др. Оценка, в том числе количества, нацеливает на необходимость зашить наглухо, как дренировать, санировать ли повторно. Критическим количеством мы считаем более 500мл. 6. Накопление выпота ведёт к неотграниченному или отграниченному перитониту. Здесь хирургическая тактика различна, где мы стараемся не превращать отграниченный характер очага в неотграниченный, и уделяем большое внимание при выполнении операции, при завершении и раннем послеоперационном периоде. 7. Важно делить на местный процесс и



распространенный. Это указывает нам на доступ, объём, кратность санации, не допущение превращения местного процесса в распространённый. 8. Очень важный пункт - поражение кишечника перитонеальным процессом: парез или паралич, что настраивает нас на выбор профилактики и борьбы вплоть до тотальной интубации. Однако, опыт показал, что довольно травматичную манипуляцию – тотальную интубацию можно избежать, если намечаются программированные релапаротомии, заменяя интубацию эвакуацией содержимого через назогастральный зонд. 9. Деление по стадиям: реактивную, токсическую и терминальную влияет и на хирургическую тактику, и на консервативное лечение, и пребывание в ОРИТ. Фактически, токсическую и терминальную стадии мы рассматриваем как абдоминальный сепсис. 10. По степени повышения внутрибрюшного давления - рационально делить по общепринятым стадиям, которые указывают на закрытое или открытое ведение брюшной полости. Однако проведенное нами исследование по динамическому наблюдению за внутрибрюшным давлением у более шестидесяти больных выявило лишь у 20% повышение до уровня субкомпенсации, поэтому дальнейшее исследование прекратили. Возможно, на это повлияла наша тактика, в основе которой лежали программированные санации. Переход на схему лечения запущенных перитонитов с применением программированных релапаротомий в сравниваемых сопоставимых статистически достоверных группах пациентов показал, что произошло значительное улучшение результатов, заключающееся в первую очередь в исчезновении тяжелейших послеоперационных внутрибрюшных осложнений, приводящих к вынужденным релапаротомиям в худших оперативных условиях. Таким образом, клиническая классификация подсказывает путь хирургического действия в брюшной полости. Как минимум с трех из десяти представленных в классификации позиций перитонит может быть охарактеризован еще до операции, а в процессе последней - со всех десяти, что в целом и определит программу предоперационной подготовки, характер и объем оперативного вмешательства, масштаб интубации ЖКТ, вид дренирования брюшной полости, специфику антибактериальной и интенсивной терапии и др. Применение данной классификации в условиях ургентной хирургии и гинекологии 0,5 миллионного города привело к совершенствованию схемы лечения и сказалось улучшением результатов лечения пациенток с перитонитом.

140. ОПТИМИЗАЦИЯ ПЛАСТИКИ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ

*Модин И.В., Баулин А.А., Баулина Е.А.,
Литвиненко А.И., Баулин В.А.*

Пенза, г.Мытищи Московская область

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им.Захарьина,
Мытищинская ГКБ

Пупочная грыжа – довольно распространенное заболевание, особенно у детей и взрослых женщин (от 2% до 15,2%). Хотя общепризнано, что чаще встречаются паховые грыжи, тем не менее, при углубленных исследованиях доказана большая частота пупочных грыж. После классических пластик часто возникают раневые осложнения, рецидивы после первых операций достигают 14-20%, а после повторных пластик – 30% и даже 40%. При оказании помощи данным больным выявляется ещё один недостаток, заключающийся в том, что при выявлении пупочной грыжи доктора забывают об обследовании на другую хирургическую патологию не только отдалённых областей, но и брюшной полости. Ровно, как и при выявлении патологии брюшной полости, например, ЖКБ и хронического холецистита, не обращают внимание на наличие пупочной грыжи. За счёт организационных мероприятий нам удалось увеличить выявляемость пупочных грыж у больных, готовящихся к операциям, и проводить симультанные вмешательства. В связи с развитием малоинвазивной технологии в клинике применяются ряд приёмов, изменивших привычную технику грыжесечения. Первый. При наличии пупочной грыжи, если отверстие не более 2см в диаметре, 112 больным после лапароскопической холецистэктомии и 11 - при минидоступе симультанно выполнено ушивание пупочного кольца следующим образом. Выпячивание в области пупка захватываем двумя пинцетами и рассекаем на длину в 1,5см. Вход для лапароскопа 11мм троакарном осуществляем непосредственно через пупочное кольцо. После завершения холецистэктомии, эндоскоп переводим в эпигастральный доступ и осматриваем место дефекта. В 3см справа и слева от пупка делаем остроконечным скальпелем две насечки кожи длиной 2-3мм. Иглой изогнутой на 2\3 или 1\2 с нитью №5-капрон прошиваем под контролем лапароскопа, используя отверстие над пупочным кольцом и насечки для выкола-вкола. Шов захватывает прямые мышцы на всю толщину, в подкожной клетчатке нить проводим в обратном направлении. Концы нитей стягиваем и завязываем.



Проверяем пальцем наличие дефекта. Методика прошивания вариабельна. Количество швов также может быть от одного до трёх. При прошивании при минидоступе для контроля использовали тупфер, который вводили через основной разрез в проекцию грыжевого дефекта, а также тракцию вверх за кожу. Продолжительность операции 12-17 минут, осложнений во время и после операции не было. Мужчин оперировано 22, женщин 101. Диаметр отверстия до 1см был у 82 больных, до 2см – у 51. Из особенностей послеоперационного периода отмечено наличие более длительного болевого синдрома (у некоторых до 1,5 месяца), нежели у больных после обычной лапароскопической операции, поскольку никаких швов у таких больных не накладывали, кроме кожных. У 7 больных имели место инфильтраты и гематомы – рассосались без особого лечения. В сроки от 1 до 12 лет осмотрены 84 человека. На боль жаловались трое, на выпячивание – 6, оперировано с рецидивом двое. При осмотре как рецидив можно было расценить у 2 больных, выпячивание без ощущения грыжевых ворот – у 7, в том числе двойное(сверху и снизу нити) – у трех. Болезненность отмечена у 6 пациентов. Второй. При грыжевых воротах до 5см как самостоятельную операцию грыжесечения не выполняем из большого разреза. Под местной анестезией в зависимости от формы пупка делаем окаймляющий пупок или продольный, или поперечный разрез кожи над отверстием длиной 2-4см, поднимаем края кожи держалками вверх, выделяем грыжевой мешок, обнаруживаем грыжевые ворота, отсекаем или погружаем грыжевой мешок. Захватываем зажимами края или прошиваем держалками. Отслаиваем брюшину от задней поверхности влагалищ прямых мышц, создавая максимально возможное пространство. Вырезаем сетку по размеру превышающему дефект и приблизительно равному образованной полости. С помощью крутой иглы накладываем фиксирующие швы, для чего захватываем в швы углы и края сетки, оттягиваем вверх край апоневроза, а брюшину отталкиваем вглубь. Иглу в 3-4см от краёв заводим позади мышц, вкалываем, оттягиваем кожу с подкожной клетчаткой в этой зоне и выкалываем без прошивания кожи. Подобным образом накладываем 6-8 швов, затем одновременно подтягиваем их, тем самым сетку растягиваем и фиксируем в образованном пространстве. Накладываем сближающие или в виде небольшой дубликатуры швы на края апоневроза с подхватом сетки. Оставляем два тонких дренажа на 1-2 суток. Зашиваем кожу. Контролируем УЗИ скопления жидкости, пунктируем при необходимости. Таким образом оперировано 79 больных, диаметр отверстия был от 2 до 5см, операции прошли без осложнений, послеоперационный период глад-

кий, сроки наблюдения от 1 до 12 лет, рецидивов не отмечено. Третий. У 6 пациенток детского возраста произведено простое ушивание пупочного кольца через мини разрез без установки сетки. Края сшивались под контролем зрения после поднятия брюшной стенки вверх по принципу первой технологии. Осложнений не было, операция легко переносится. Наблюдения накапливаются. Сравнительные данные говорят, что количество неудовлетворительных результатов при простом ушивании сопоставимы с классическими операциями, а при применении для пластики сетки по оригинальной методике значительно превосходят по эффективности классические способы.

141. НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ШВОВ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

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

Сургут

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

Несостоятельность анастомозов после операций на толстой кишке – важнейшая клиническая проблема абдоминальной хирургии и остается наиболее грозным осложнением хирургического вмешательства до настоящего времени. Распространенность несостоятельности толстокишечных анастомозов по литературным данным по-прежнему колеблется между 0,5% и 30%, и у 34-80% больных она является причиной послеоперационного перитонита, а в 40-60% - причиной летального исхода.

Цель исследования – проанализировать частоту несостоятельности швов толстокишечных анастомозов в плановой хирургии рака сигмовидной и прямой кишки. В течении последних 5 лет в онкохирургическом отделении прооперировано 285 больных с раком сигмовидной и прямой кишки. Мужчин было 141 (49,8%), женщин – 144 (50,2%), средний возраст составил 55,4 + 7,4 г. Локализация злокачественной опухоли: сигмовидная кишка – 124 (43,5%), ректосигмоидный отдел – 49 (17,2%), прямая кишка – 112 (39,3%). Объем выполненного вмешательства: резекция сигмовидной кишки с анастомозом – 101 (35,4%), передняя резекция прямой кишки (в т.ч. с сигмовидной) с анастомозом – 133 (46,7%), резекция сигмовидной кишки (левосторонняя гемиколэктомия) с проксималь-



ной колостомией – 16 (5,6%), передняя резекция прямой кишки (в т.ч. с сигмовидной) с концевой колостомией – 15 (5,3%), передняя резекция прямой кишки (в т.ч. с сигмовидной) с протективной илеостомией – 20 (7,0%). В послеоперационном периоде несостоятельность швов толстой кишки отмечена у 38 оперированных (13,3%). У 5 (13,2%) больных в связи с ограниченностью патологического процесса проведена комплексная консервативная терапия, 33 (86,8%) – оперированы повторно: разобщение анастомоза с выведением колостомы – у 18, отключение пассажа по толстой кишке без вмешательства в области анастомоза – у 15 (илеостомия – у 6, проксимальная колостомия – у 9). В послеоперационном периоде умерли 5 больных, послеоперационная летальность – 1,75%. То есть, несмотря на соблюдение основных хирургических принципов при формировании анастомозов на левой половине ободочной и прямой кишке (адекватное сопоставление краев, сохранение эффективного кровотока области анастомоза, повышение механической прочности и биологической герметичности, формирование анастомозов без натяжения) и плановый характер оперативного вмешательства (возможность адекватной компенсации общего состояния и местной подготовки кишечной трубки), до настоящего времени, не существует какого-либо единственного оптимального варианта техники, который бы позволял эффективно предотвратить нарушение заживления дистальных толстокишечных анастомозов. С 2016 г с целью улучшения результатов хирургического лечения рака дистального отдела толстой кишки мы внедрили в клиническую практику формирование илеостомы–«призрак» (Ghost ileostomy). Илеостома–«призрак» это методика, при которой терминальный отдел подвздошной кишки (место предполагаемого формирования илеостомы) с помощью подведенной под петлю держалки подводится к передней брюшной стенке без нарушения ее проходимости (деформаций, перегибов, излишней фиксации), и держалки через прокол передней брюшной стенки выводятся наружу в правой подвздошной области. При появлении в послеоперационном периоде клинических, лабораторных или инструментальных признаков, указывающих на возможность неблагоприятного заживления толстокишечного анастомоза, выведенные лигатуры-держалки позволяют сформировать полноценную илеостому под местной анестезией из мини-доступа. Илеостома–«призрак» сформирована у 16 больных, при этом только у 3 (18,8%) из них она переведена в реальную илеостому. Внутрибрюшных осложнений, потребовавших бы для лечения повторного широкого оперативного вмешательства, в данной группе не было. Заключение. Частота нарушений

заживления дистальных толстокишечных анастомозов в хирургии злокачественных опухолей толстой кишки достигает 13,3%. Возможное тактическое решение для улучшения результатов лечения – это формирование илеостомы–«призрак» (Ghost ileostomy).

142. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ

Баулин А.А., Пьянов Н.А., Песков А.В., Ивачев А.С., Горюнов А.И., Тищенко А.И., Мусатов П.П., Талышев С.И., Зябликов Ю.В., Семенов А.Н., Теряков А.В.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ, отделение гнойной хирургии ГКБ №6
им.Захарьина

Схема оказания хирургической помощи во всех регионах строится на амбулаторной помощи и стационарного лечения для наиболее тяжёлых больных в условиях общехирургических отделений или специализированных гнойной хирургии. Общим недостатком является разрозненность хирургов, оказывающих помощь.

Цель: Показать значение и преимущества создания центра гнойной хирургии в регионе, который работал почти 35 лет. Работа отделения и центра строилась на следующих принципах: 1 - круглосуточное специализированное обеспечение экстренной помощью; 2 - чередование работы врачей (поликлиника-приёмник-экстренная помощь-стационар); 3 - непрерывная учеба персонала; 4 - освоение смежных специальностей; 5 - индивидуальный анализ деятельности врача; 6 - единая основная доктрина в лечении; 7 - индивидуальный подход в выборе тактики; 8 - максимальный радикализм по отношению к очагам инфекции; 9 - селективный отбор, постоянное совершенствование методов лечения; 10 - применение современных дренирующих устройств; 11 - рациональная консервативная терапия на разных этапах лечения в зависимости от особенностей воспалительного процесса; 12 - оснащение современной аппаратурой; 13 - создание условий для интенсивной терапии; 14 - своевременное привлечение консультантов разных специальностей; 15 - экономически оправданные методики лечения; 16 - завершение лечения в основном до выписки из стационара; 17 – продолжение амбулаторного лечения врачами отделения; 18 - контрольный выборочный анализ



отдельных результатов лечения; 19 – научная работа, методические разработки, рекомендации, обучение курсантов. Реализованы следующие основные положения: 1. Сомкнуть амбулаторную и стационарную помощь в септическом центре для жителей города. 2. Госпитализировать наиболее тяжелых больных (в том числе и из сельской местности). 3. Сократить пребывание в стационаре горожан с последующим долечиванием в центре амбулаторно. 4. Создать в центре отдельный реанимационный пост. 5. Организовать дежурство по санитарной авиации. 6. Осуществлять постепенный переход к концентрации в центре всех больных с сепсисом (в том числе и нехирургической природы). За 35 лет хирургами оказана помощь 300.000 больным с гнойно-септическими процессами различных локализаций, из которых почти 50.000 лечились в стационаре. Из числа последних с хирургическим сепсисом (по трактовке 80-х годов) было более 700 пациентов. Это наиболее тяжелая категория больных, требующая больших затрат на лечение. Из 1400-1500 ежегодно стационарных больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) и осложнениями (ГВО): послеоперационные раневые осложнения -15,9%, ГВЗ мягких тканей - 13,5, ГВЗ кисти - 13,0, ГВЗ лица - 12,4, посттравматические ГВО - 12,3, постинъекционные ГВО - 10,5, ГВЗ сосудистые - 7,5, остеомиелит - 6,2, мастит - 4,4, прочие - 4,3. Мы применяем разные хирургические методы обработки гнойных процессов, но за основу была взята трехэтапная тактика лечения гнойной хирургической инфекции (около 70% пациентов). 1 этап – радикальное иссечение или широкое вскрытие и некрэктомия в очаге, 2 этап - открытое ведение с гипертоническими повязками и ежедневными некрэктомиями, 3 этап - возможно ранняя (через 3-5 дней) полная радикальная хирургическая обработка, чаще с глухим швом по типу первично отсроченных швов (без их превентивного наложения), со сквозным или по оригинальной методике концевым дренажом и аэрозольно-вакуумным дренированием; при невозможности закрытия – кожная пластика или вторичное заживление. Антибактериальная и интенсивная терапия проводятся по показаниям в зависимости от наличия общей реакции. Контролируется общее состояние больного, наличие разрежения в системе, характер и количество раневого отделяемого. Уменьшились средние сроки лечения в стационаре с 26,4 до 11,6 дней, снизилось число осложнений после операций по поводу ГВЗ и ГВО с 27,4% до 9,4%, «высокие» ампутации с 79% до 24%, летальность общая - с 4,6% до 1,5%, с гангренами конечностей - с 25,6 до 3,1%. Больные с сахарным диабетом составляют 21-23%. Многолетний опыт лечения, в том числе и больных с диабетической стопой, показал медицинскую и

экономическую эффективность централизованного подхода к лечению больных с ГВЗ и ГВО, однако последние события по модернизации, к сожалению, приводят к постепенному разрушению этого налаженного процесса.

143. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТИПА СПАЕК

Белоконев В.И., Афанасенко В.П., Ковалева З.В., Бабаев А.П., Губский В.М.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Результаты лечения больных со спаечной острой тонкокишечной непроходимостью (ОКН) остаются неудовлетворительными из-за высокой частоты рецидива заболевания и летальности. Лечение больного с ОКН на фоне спаечной болезни брюшной полости (СББП) сложная задача, как во время выполнения вмешательства, так и в послеоперационном периоде, так как эффективные способы профилактики спайкообразования до настоящего времени не известны. С учетом того, что у 50% больных с ОКН она обусловлена СББП, то дальнейший поиск методов эффективного лечения патологии имеет важное практическое значение. Цель работы – выработать тактику лечения больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью в зависимости от распространенности и типа спаек. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 65 больных со спаечной ОКН, мужчин было 26 (40%), женщин – 39 (60%). Возраст больных колебался от 20 до 70 лет. Интраоперационная тактика лечения больных с ОКН зависела от распространенности спаечного процесса (СП) и типа спаек. Распространенность СП в брюшной полости оценивали по классификации Е.О. Непокойчинского (1974). Для оценки спаек они разделены на три типа. В основу такого деления положена возможность разделения спаек без повреждения стенки кишки. Нами выделены спайки рыхлые (а), рубцово-измененные с признаками продуктивного воспаления (б) и рубцово-измененные без признаков продуктивного воспаления (в). При спайках типа «а» разделение петель кишечника не затруднено; при «б» - затруднено, но возможно без риска повредить стенку кишки; при «в» - невозможно без повреждения кишки не только в зоне расположения причины ОКН, но и на других участках ЖКТ (Белоконев В.И., Федорин А.И., 2012). В зависимости



от характеристики спаек тактика лечения больных менялась. При спайках типа «а» и «б» проводили разделение спаек с целью восстановления проходимости желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что позволяло сохранить непрерывность ЖКТ и избежать этапности в лечении патологии. При спайках «в» типа разделение спаек между петлями тонкой кишки проводили только до участка, где разделение их без повреждения стенки кишки было невозможно. На этом участке кишку пересекали, дистальный конец ушивали, а проксимальный конец выводили на переднюю брюшную стенку в виде концевой еюно- или илеостомы. При невозможности выведения проксимального конца кишки, фиксированной в глубине брюшной полости, использовали способ формирования кишечной стомы (Патент на изобретение №2532304). После мобилизации кожи и подкожной клетчатки в зоне расположения кишки дополнительно пересекали апоневроз влагалища прямой мышцы живота и прямую мышцу живота в поперечном направлении. Формировали окно в коже и подкожной клетчатке, которое подводили к фиксированной неподвижной в брюшной полости кишке. Это позволяло сформировать кишечную стому на поверхности кожи. При этом кишку фиксировали на коже с помощью полихлорвиниловой трубки, которую подшивали к коже четырьмя лигатурами. Результаты. Во время операций у 48 (73,8%) больных были спайки «а». После их рассечения операцию завершали интубацией ЖКТ назогастроинтестинальным зондом. У 11 (16,9%) пациентов были спайки «б» типа, у 6 из них, осложненные тонкокишечными свищами, открывающимися в брюшную полость. У них была выполнена резекция участка кишки, несущего свищ, с наложением первичных анастомозов. У 6 (9,2%) больных были спайки типа «в». Это потребовало пересечения тонкой кишки проксимальнее зоны непроходимости с выведением еюно- или илеостомы. У данной группы больных восстановление непроходимости ЖКТ проводили вторым этапом. Из 65 больных умерли 3 (4,6%) от развившейся полиорганной недостаточности. Выводы. 1. При острой спаечной тонкокишечной непроходимости интраоперационная тактика зависит от распространенности спаечного процесса и типа спаек операционная тактика зависит от типа спаек. 2. У больных со спаечной ОКН при спайках «в» типа для профилактики развития интра- и послеоперационных осложнений следует придерживаться принципа этапности.

144. СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Логонов Е.В.(1), Дарвин В.В.(2), Романенков С.Н.(1), Зубик В.Т.(1), Зубик Н.В.(1)

1) Нефтеюганск, 2) Сургут
1) БУ "Нефтеюганская ОКБ им. В.И.Яцкив",
2) ГБОУ ВПО "Сургутский ГУ"

Стентирование главного протока поджелудочной железы (ГППЖ) направлено на коррекцию внутрипротоковой гипертензии, которая при поперечном панкреонекрозе (ПН) является следствием сдавления ГППЖ за счет воспалительно-инфильтративных изменений паренхимы. Особенно актуальна эта позиция при наличии ограниченного поперечного некроза в головке и теле поджелудочной железы. Восстановление оттока из не вовлеченных в патологический процесс отделов поджелудочной железы (ПЖ), продолжающих продуцировать секрет, путем стентирования ГППЖ является эффективной профилактикой прогрессирования некротического процесса в самой железе и перехода на парапанкреатическую клетчатку. Цель исследования: проанализировать результаты лечения больных с панкреонекрозом при включении в программу лечения стентирования ГППЖ. Проведен анализ лечения 16 больных с ПН. Верификация диагноза, формы и конфигурации ПН основывалась на комплексном анализе клинико-инструментальных данных. Мужчин было 10, женщин – 6, средний возраст – 44,5±6,0 лет. В процессе исследования по данным компьютерной томографии (КТ) с болюсным контрастированием ограниченный ПН имел место у 14 больных, тотальный – у 2. Элементы комплексной консервативной терапии пациентов с ПН были стандартизированы, включая антибактериальную терапию и профилактику, инфузионно-трансфузионную терапию, блокаду секреторной функции ПЖ, экстракорпоральную детоксикацию, антиферментную, реологически активную, нутритивную терапию, ПДА, протезирование функции органов жизнеобеспечения. Стентирование ГППЖ выполняли после предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) холедоха и ЭПСТ ГППЖ. При отсутствии механической желтухи, в случае катетеризации ГППЖ, выполнялась ЭПСТ ГППЖ без предварительной ЭПСТ холедоха. Рентгенологический контроль катетеризации ГППЖ производился посредством использования рентгенконтрастного нитинолового проводника с гидрофильным покрытием диаметром 0,025 дюйма. Использовали перфорированные пластиковые стенты диаме-



тром 5-7 Fr. Установлено 10 «длинных» (до 150 мм) и 6 «коротких» (до 30 мм). При механической желтухе стентирование ГППЖ дополняли установкой пластикового билиарного стента. Вследствие изменений свойств секрета поджелудочной железы при ПН в виде повышения вязкости с появлением хлопьев, а также возникновения «сладжа» в желчи, стремились к установке максимально возможного диаметра стентов. В связи с этим совместно с компанией «Endo-flex» был разработан новый дизайн стентов: панкреатические пластиковые перфорированные стенты переменного диаметра (7 Fr x 5Fr) от 70 до 150 мм длиной, билиарные пластиковые стенты 8,5 и 10 Fr с сужающимся до 7 Fr протоковым концом, дополнительными протоковыми фиксаторами и перфорационными отверстиями. Результаты: образование острых жидкостных скоплений наблюдали у 6% пациентов (в группе сравнения без стентирования ГППЖ – 27%), что потребовало дополнительного малоинвазивного дренирования. Переход процесса в инфицированную стадию отмечен у 8% (в группе сравнения – у 58%) – выполнены оперативные вмешательства (секвестрнекрэктомия). Летальные исходы отмечены у 2 больных (12,5%). В группе сравнения летальность составила 19%. Таким образом, наш опыт стентирования ГППЖ при ПН позволил определить показания к данной манипуляции случаями ограниченных поперечных некрозов с локализацией в головке и теле ПЖ, при этом предпочтение следует отдавать стентированию «длинным» (от 70 до 150 мм) перфорированным пластиковым стентом переменного диаметра (7 Fr x 5Fr), обеспечивающим лучшие возможности для коррекции внутрипротоковой гипертензии. При наличии некроза с локализацией в области хвоста ПЖ и тотального ПН целесообразность стентирования является спорной и требует дальнейшего изучения.

дигестивных анастомозов. Причинами, в основном (83,7%), явились повреждения протоков при холецистэктомии. Средний возраст пациентов 48,6 лет. Традиционные методы восстановления и реконструкции (транспеченочное дренирование на сменных дренажах, прецизионная техника) использованы у 56 пациентов. Рентгенэндобилиарное постоянное стентирование нитиноловыми стентами выполнено 43 пациентам. Использовались непокрытые (25) и покрытые (18) стенты с круглым сечением нити производства США, Кореи, Чехии, Германии. 72 пациентам произведено постоянное стентирование стентами с плоским сечением нити производства НИИ материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск), как в стандартном, так и в модифицированном исполнении стента (Патент РФ). Для профилактики образования грубых рубцовых тканей стент укрывается плотно примыкающим слоем сетчатой ткани из никелида титана, диаметром 30-60 мкм, при этом размеры ячеек сетчатой ткани составляют 0,1-0,5 с размерами просветов структуры сечения самого стента. Никелид титановая сетчатая нить имеет пористо-проницаемую поверхность. Пациенты прослежены в этих группах в отдаленные сроки, результаты лечения признаны в первой группе хорошими у 58,5%, удовлетворительными – у 22,0%, неудовлетворительными – у 19,5%. Во второй группе соответственно – 41,8%, 58,2%. В третьей группе - 88,4%, 8,4%, 3,2%. Таким образом, относительная простота технологии стентирования, малая травматичность, несмещаемость в тубулярной структуре или анастомозе, делает операцию стентирования никелид титановыми стентами с плоским сечением нити и покрытием стента «чехлом» из никелид титановой нити операцией выбора у столь тяжелой категории больных и открывает перспективы развития современных технологии в гепатобилиарной хирургии.

145. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

*Штофин С.Г., Анищенко В.В., Штофин Г.С.,
Налбандян А.Г.*

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет

Оперирован 171 пациент с рубцовыми поражениями внепеченочных желчных путей и билио-

146. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш.

Ташкент, Республика Узбекистан

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста.

Цель: обосновать эффективность лапароскопической эхинококэктомии нагноившейся эхинококковой кисты печени у детей.



Материал и методы исследования. С 2010 по 2016г. в Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста были прооперированы 32 больных в возрасте от 3 до 18 лет с нагноившейся солитарной эхинококковой кистой (ЭК) печени. Диагноз был установлен на основании жалоб, объективного осмотра, данных лабораторных, иммунологических анализов крови, УЗИ, КТ, МСКТ исследований. Результаты и обсуждение. По результатам сонографии диаметр ЭК варьировал от 5,5 до 15см, у 11 (34,3%) больных ЭК была обнаружена VII-VIII сегментах печени. Всем больным была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия печени (ЛЭЭП), антипаразитарную обработку остаточной полости (ОП) проводили двукратно 100% раствором глицерина, озонированной водой, затем проводили ревизию ОП для гемо- и желчестазы. В заключение, выполняли, дренирование и/или абдоминализацию ОП печени с оментопексией с последующим дренированием полости кисты. У 2 (6,2%) больных после операции наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое самостоятельно купировалось на 12 сутки, При контрольном ультразвуковом исследовании через 3-6-9 и 12 месяцев ОП в виде фиброзного канала размерами 0,5-0,8 x 1,5-2,5см была отмечена у -11 (34,4%) больных. Сроки госпитального периода лечения составили в среднем 10,2±1,1 к/дня. Во всех случаях наступило выздоровление.

Вывод. При осложнении эхинококковой кисты печени нагноением, лапароскопическая эхинококкэктомия у детей является методом выбора, она способствует ранней физической активизации и улучшению качества жизни больного.

147. ПОКАЗАНИЯ К КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ КОРРЕКЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ. НАШ ОПЫТ.

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

Вопрос о показаниях к конверсии способе завершения вмешательства в антирефлюксной хирургии грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) до настоящего времени считается дискуссионным. На базе нашей клиники с 2005 по 2016 годы выполнено 126 хирургических лапароскопических

вмешательств по поводу ГПОД и рефлюкс-эзофагита. Суть вмешательства заключалась в наложении фундопликационной манжетки с или без использования синтетических полимерных протезов. Из общего числа операций у 3 (2,4%) пациентов потребовалась трансформация малоинвазивного лапароскопического доступа в традиционный лапаротомный. У 1 (0,8%) пациента причиной конверсии послужило, в нашем случае, повреждение левого блуждающего нерва, что потребовало выполнения открытой дренирующей операции для профилактики моторно-эвакуаторных расстройств. Еще в 1 случае (0,8%) необходимость конверсии была обусловлена интраоперационной перфорацией желудка в период освоения нами техники лапароскопических антирефлюксных операций. Перфорация полого органа, на наш взгляд, не является абсолютным показанием к конверсии лапароскопического вмешательства, однако, ушить лапароскопически перфоративное отверстие нам не удалось. Повреждение плевры и развитие пневмоторакса при попытке выполнить эзофагокрурорафию, послужило причиной конверсии во время операции у 1 (0,8%) пациента. Попытки надежно ушить дефект плевры оказались безуспешными, что и побудило нас выполнить открытую операцию. Заключение. Алгоритм действий при интраоперационных осложнениях требует дальнейшего изучения и во многом зависит от квалификации и опыта оперирующего хирурга. Кровотечения из сосудов желудка или сальника, паренхимы печени, а так же перфорации полых органов или плевры не являются абсолютными показаниями к выполнению конверсии при лапароскопической антирефлюксной коррекции.

148. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ УКРОЧЕНИИ ПИЩЕВОДА.

Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В.

Саратов

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

Актуальность. В настоящее время, степень распространенности рефлюкс-эзофагита и его осложнений среди взрослого населения планеты, составляет до 50% , являясь одним из наиболее распространенных видов патологии ЖКТ, по частоте встречаемости, конкурируя с язвенной и желчекаменной болезнями.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2016 гг.



нами выполнено 178 операций по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита. Из них лапароскопически было выполнено 126 (70,8%) операций, традиционным доступом – операции у 52 (29,2%) пациентов. Гендерное соотношение - (М/Ж=63/115; средний возраст составил 57,2 лет). Полная 360° - градусная фундопликация по Ниссену была выполнена у 92 (51,7 %) пациентов, операция по методике Тупе – у 83 (46,6 %) пациентов, а по Дору – у 3 (1,7 %) пациентов. В 43 (24,1 %) случаях – суть антирефлюксной коррекции заключалась в наложении фундопликационной муфты, а затем пластики пищеводного отверстия диафрагмы сетчатым эндопротезом. В 159 (89,3 %) случаях фундопликации были дополнены выполнением задней или передней крурорафии. Вторичное укорочение пищевода было выявлено у 42 (23,6 %) пациентов. Из них укорочение пищевода I степени выявлено у 28 (15,7 %), II степени – у 14 (7,8 %). При этом у 19 (10,7 %) пациентов имеющих I – II степень укорочения пищевода крурорафия не выполнялась. У всех пациентов со II степенью укорочения пищевода накладываемая фундопликационная манжета не фиксировалась к ножкам диафрагмы, что способствовало свободному ходу манжетки. РЕЗУЛЬТАТЫ. Летальных исходов не было. Стойкая послеоперационная дисфагия выявлена у 2 (1,1 %) пациентов после фундопликации по методу Ниссена, что потребовало выполнения реконструктивной рефундопликации по методике Тупе. У 7 (3,9 %) пациентов рецидив клинической симптоматики рефлюкс-эзофагита стал причиной выполнения реконструктивных рефундопликации по методике Тупе. Результаты лечения больных после повторных вмешательств прослежены в срок до 12 месяцев. Рецидива заболевания нами не выявлено.

Выводы. Видеоассистированные фундопликационные методы коррекции в антирефлюксной хирургии – адекватный и эффективный способ лечения ГПОД при укорочении пищевода. Выраженное укорочение пищевода можно считать относительным противопоказанием к выполнению крурорафии и пластике пищеводного отверстия диафрагмы, ввиду того, что фиксированная фундопликационная манжетка, неспособная к свободному перемещению в грудную полость, может вызвать с одной стороны стойкую послеоперационную дисфагию, а с другой - манжетка стремящаяся в грудную полость, в условиях укорочения пищевода, способствует тракции тканей диафрагмы, что приводит в конечном итоге, к их повреждению. Это в свою очередь, способствует формированию параэзофагеальных ГПОД.

149. ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Глухов А.А.(1), Лейбельс В.Н.(1), Лейбельс С.П.(2), Смирнов М.А.(2), Карпухин А.Г.(2)

Воронеж

1) Воронежский Государственный Медицинский Университет имени Н.Н. Бурденко 2) БУЗ ВО "ВГКБ №2" имени К.В. Федяевского

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных деструктивными формами острого панкреатита с использованием миниинвазивных технологий.

Материалы и методы: За 2,5 года (с января 2014 по июнь 2016 гг.) в клинике находились на лечении 92 пациента с деструктивным панкреатитом, осложненным острыми жидкостными скоплениями (ОЖС) и постнекротическими кистами (ПНК). Мужчин было 76 (82,6 %), женщин 16 (17,4 %). Возраст от 27 до 72 лет. У 12 больных в I В фазе, как правило, на второй неделе заболевания, в стадии образования парапанкреатического инфильтрата, острое скопление жидкости ввиду небольших "прослоек" внутри и около железы не подвергались пункциям. Больным проводилось противовоспалительное лечение. У 80 пациентов к 4-5 неделе заболевания, во II, поздней, стадии секвестрации, наблюдали образование ПНК с нечеткой капсулой. Размеры кист от 4 до 18 см. в диаметре. Локализация кист была следующей: в области головки у 29 (36,2 %), тела - у 17 (21,3 %), в области хвоста железы у 34 (42,5 %). При размере до 5 см. в диаметре у 24 пациентов была произведена пункция под УЗ-навигацией с удалением экссудата. У 56 больных, при размерах кист более 5 см. в диаметре под контролем УЗ производили дренирование дренажами от 10 до 16 Fr с последующим ежедневным промыванием. В этой группе больных из 56 пациентов у 36 содержимое кист было неинфицированным, у 20 - инфицированным. У всех пациентов динамическое наблюдение, пункционные и дренирующие вмешательства проводились хирургами, прошедшими подготовку по УЗ диагностике и миниинвазивным технологиям и получившими сертификат.

Результаты: в группе из 24 пациентов, которым было произведено пункционное опорожнение кист, у 12 больных отмечено повторное их образование спустя 8-12 дней, после чего проведено дренирование под УЗ-контролем. Дренажи удалялись в сроки от 25 до 60 дней. В группе больных (36), которым было произведено дренирование неин-



фицированных кист, сроки дренирования от 2 недель до 6 месяцев. При количестве отделяемого по дренажу менее 5 мл. дренаж на сутки закрывался, а затем его удаляли. У двух пациентов отмечалось постоянно значительное количество, от 70 до 100 мл., отделяемого по дренажу с высоким содержанием амилазы. Эти пациенты были направлены для цистодуаденального стентирования по поводу панкреатического свища. Из 20 пациентов, которым было произведено дренирование инфицированных кист, у 19 больных в сроки от 2 до 6 месяцев удалось добиться излечения и дренажи были удалены. У одного пациента после дренирования было отмечено подтекание экссудата в брюшную полость. Больной был экстренно оперирован. Произведена видеолапароскопия, вскрытие кисты, удаление секвестров железы и повторное дренирование. Больной выписан в удовлетворительном состоянии через 2 месяца.

Заключение: 1. Чрезкожные пункционные и дренирующие вмешательства под УЗ-контролем позволяют в большинстве случаев добиться санации ПНК. 2. При длительном выделении по дренажу большого количества, более 70-100 мл., экссудата с высоким содержанием амилазы следует констатировать связь свища с протоком поджелудочной железы. В этом случае показано цистодуаденальное стентирование или наложение цистоеюноанастомоза. 3. Считаю важным участие в наблюдении и непосредственном выполнении миниинвазивных вмешательств под УЗ-контролем хирургов, имеющих соответствующую подготовку и сертификат.

150. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЛАТЕРАЛЬНЫЙ БЕДРЕННЫЙ ЛОСКУТ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

*Карпенко А.В., Сибгатуллин Р.Р., Бойко А.А.,
Белова Е.Н., Николаева О.М., Костова М.Г.,
Роман Л.Д.*

Санкт-Петербург

ГБУЗ "Ленинградский областной
онкологический диспансер"

Целью настоящей работы является анализ применения свободного реваскуляризованного переднелатерального бедренного лоскута для реконструкции постабляционных дефектов головы и шеи.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 94 пациентов в возрасте от 36 до 78 лет (средний возраст – 56,7 лет), оперированных с

мая 2011 по ноябрь 2016 года. Наиболее часто пациенты имели рак ротовой полости и ротоглотки – 64 и 21 пациентов, соответственно. 3 пациента оперированы по поводу рака кожи, 2 – рака верхнечелюстной пазухи, 1 – остеосаркомы верхней челюсти. В 3 случаях выполнялась отсроченная реконструкция глотки после ларингофарингэктомии. У всех остальных пациентов реконструкция была одномоментной. 4 пациента оперированы по поводу рецидива опухоли, у остальных 87 хирургический метод был применен на первом этапе лечения. 97,4% из них имели III-IV стадию заболевания. **Результаты.** Было использовано 61 кожно-фасциальных и 33 кожно-мышечных лоскута, включая 4 лоскута химерного типа. Площадь кожной площадки лоскута варьировала от 6x5 до 20x12 см. Внутримышечные перфоранты преобладали над септокутальными – 76,5 и 23,5%, соответственно. Типичная анатомия лоскута была встречена в 70 случаях. То или иное отклонение от типичного строения лоскута зафиксировано в 14 случаях, которые можно разделить на 3 анатомических типа, один из которых (перфорант, идущий через толщу прямой мышцы бедра) большинством авторов считается бесполезным в микрохирургии. В 4 случаях (4,3%) попытка подъема лоскута оказалась неудачной. У всех этих пациентов успешно было использовано противоположное бедро. Потеряно 5 лоскутов (артериальный тромбоз – 2, венозный – 2, проблемы с реципиентными сосудами - 1), т.о. успешность реконструкции достигнута в 94,7%. Слюнной свищ в послеоперационном периоде отмечен у 5 пациентов (6,3%). **Заключение.** Благодаря своей пластичности и минимальной травме донорской зоны переднелатеральный бедренный лоскут является универсальным для мягкотканной реконструкции. Дооперационное картирование перфорантов не является обязательным для успешного подъема лоскута.

151. НУТРИТИВНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Костюченко Л.Н., Ефанов М.Г., Кузьмина Т.Н.

Москва

Московский научный клинический центр
Департамента здравоохранения Москвы

К резекции печени прибегают при выявлении доброкачественных опухолей, злокачественных опухолей на ранней стадии, обнаружении метастазов из других внутренних органов, при травмах, множественных абсцессах печени, сужении желчного протока. Для успешного проведения операций и



профилактики осложнений важно адекватно оценивать область удаляемых сегментов, чтобы не нарушить функциональность печени, обеспечить доступную метаболическую подготовку и послеоперационное адекватное нутритивное сопровождение. Оценка нутриционного риска и выбор способов метаболической коррекции у больных с обширными резекциями печени являются актуальными. Материал и методы. Наблюдали несколько пациентов с правосторонней гемигепатэктомией. В дооперационном периоде, помимо классического обследования (клинико-лабораторного, КТ, УЗИ, гастроскопии и пр.) использовали технологию увеличения объема левой доли печени. При этом оценивали не только прирост объема, но и функциональную сохранность печеночных функций. Критерием нутриционной состоятельности служил известный алиментационно-волемический диагноз, в структуру которого обязательно входила оценка функционального резерва органов (главным образом печени), лимитирующих усвоение нутриентов. Это оказывалось важным, несмотря на то, что печень - хорошо регенерирующий орган (доказана возможность регенерации печени при удалении до 80% ее объема). Результаты (клинический пример). Пациентка Л., 76 лет, (и/б 21097/15) 21.10.15г. поступила в отделение гепатопанкреато-билиарной хирургии МКНЦ с диагнозом рак внепеченочных желчных протоков Bismuth-Corlette T2NxMx, хроническим рецидивирующим холангитом в стадии обострения, билирубинемией. При обследовании выявлены также множественные абсцессы в печени в S- 5, 6,7,8. Выполнена ЭРПХГ, стентирование левого долевого протока 10.09.15г. и в целях подготовки к последующему этапу операции (резекции печени) - 15.10.15г чрескожная ипсилатеральная портоэмболизация ветвей правой воротной вены. для выращивания объема левой печеночной доли. В дооперационном периоде - жалобы на слабость, снижение массы тела на 5кг за 2 месяца, тошноту, снижение слуха. Температура тела 36,5С. Кожные покровы бледно-розовые, тургор снижен. АД 130/80 мм рт ст., ЧСС -80 уд. мин. Язык чистый, влажный, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Диурез баланс. Стул в норме. Анализ крови: от 27.10.15г. гемоглобин 93г/л, гематокрит 26,3, тромбоциты 198тыс., лейкоциты 6,8тыс. без палочкоядерного сдвига. В биохимическом анализе крови от 27.10.15г - гипопропротеинемия (белок 59,5г/л), гипоальбуминемия (26,6г/л), гипербилирубинемия 22,9мкмоль/л, гипонатриемия- 131ммоль/л, гипергликемия- 8,4ммоль/л, хлор 104ммоль/л (норма), калий 3,7ммоль/л. Антропометрические показатели в норме: ОП-28см,ТЖСТ-9мм, рост 165см, масса 64кг, ИМТ-23,7. Нутриционный риск 4 балла по NHS-2002. Энергопотребности 1920 ккал/сут,

потребности в белке 80 гр/сут. Нутриционный диагноз: Белково-энергетическая недостаточность 2 степени. Дефицит циркулирующего белка 2 степени. Анемия средне-тяжелой степени. Учитывая высокий нутриционный риск, пациентке проводилась смешанная нутриционная терапия (диета + сипинг смесью 100мл x 2 раза в день + ферменты мезим форте 1 таб x 3 раза в день + парентеральная коррекция « 3 в 1» по 1500мл и электролитные смеси + KCl 4%-40,0 + вит С-6,0+ MgSO4-5,0, альбумин 20%-100,0 в течение 3х недель). На фоне проводимой коррекции состояние удовлетворительное с положительной динамикой. Однако, сохранялась небольшая слабость в ногах, снижение слуха, тремор кистей рук. В анализах крови отмечена нормализация показателей белкового обмена (общий белок 73,7г/л, альбумин 41,5г/л), и 18.11.15г. была выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, резекция внепеченочных желчных протоков, формирование отдельного бигепатикоеноанастомоза на петле по Ру. Послеоперационный период осложнился наружным желчным свищем. При этом потребность в энергии составила -2100 ккал/сут, в белке 90гр/сут. Однако, благодаря комплексной нутриционной коррекции антропометрические показатели удавалось удерживать без существенных изменений (ОП=26,5см, ТЖСТ=10мм, МАП- 9мм, рост 165см, масса 61кг, ИМТ-22,5), в клинико-лабораторных параметрах наблюдались признаки почечной дисфункции (10.12.15г- общ. белок 70,3г/л, мочевины 13,96ммоль/л, креатинин 139,2мкмоль/л), которая разрешилась через 12 дней (22.12.15г- общ. белок 61,3г/л, мочевины 4,19ммоль/л, креатинин 72,8мкмоль/л, калий 3,9ммоль/л). Желчный свищ закрылся, пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Вывод. Для успешной коррекции метаболических нарушений у всех пациентов, планируемых на обширную резекцию печени, необходимо оценивать все параметры алиментационно-волемического диагноза, в том числе нутритивный риск и функциональный резерв печени (особенно при использовании технологии приращенного объема).



152. ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ РАНеным С МНОЖЕСТВЕННЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ОСКОЛОЧНЫМИ РАНЕНИЯМИ.

Розин Ю.А., Дмитриев А.Д., Пацкань И.И.

Донецк, ДНР

В/ч № 2001 внутренние войска МВД ДНР,
Институт неотложной и восстановительной
хирургии им. В.К.Гусака, Донецк, МЗ ДНР.,
Донецкий Медицинский Университет
им. М. Горького

Актуальность: Во время боевых действий ведущихся на территории Донецкой Народной Республики с апреля 2014 года и по настоящий момент мы столкнулись с поступлением большого количества раненых с множественными сочетанными осколочными ранениями, что отличает оказание медицинской помощи в известных нам ранее локальных военных конфликтах и войнах. Применение ствольной артиллерии и реактивных систем залпового огня по объектам, находящимся в черте густонаселенных городов, приводит к большому проценту жертв не только военнослужащих, а также среди гражданского населения. Цель исследования: поиск наиболее рациональных путей оказания хирургической помощи пострадавшим в локальных конфликтах силами гражданских лечебных учреждений. На основании нашего опыта лечения множественных осколочных ранений выработать алгоритм мероприятий по оказанию хирургической помощи раненым с использованием современных рентгенхирургических и гибридных операционных. Материалы и методы: в период с апреля 2014 по декабрь 2016 г. было проведено оперативное лечение 163 раненых с множественными сочетанными осколочными ранениями. Всем поступившим на предоперационном этапе выполнялись рентгенография, ультрозвуковое исследование брюшной полости, забрюшинного пространства и магистральных сосудов, затем интраоперационная рентгенография на аппаратах с С-дугой, вторым этапом спиральная компьютерная томография с контрастным усилением (омнипак, ультравист). Результаты: все раненые находились в крайне тяжелом состоянии, вызванном множественными и сочетанными повреждениями магистральных сосудов конечностей и тяжелыми ранениями других анатомических областей тела. Соблюдался исчерпывающий объем оперативного вмешательства (радикальная хирургическая обработка ран мягких тканей с отсроченной пла-

стикой, ревизия сосуда в ране с целью остановки кровотечения и восстановления кровотока, декомпрессионная фасциотомия) с одновременным проведением интенсивной противошоковой терапией. Если во время ревизии раны удавалось выявить металлические фрагменты они удалялись, при невозможности извлечь осколки мы не акцентировали внимание на их обязательном удалении, чтобы не пролонгировать время операции. Вторым этапом, после стабилизации общего состояния раненого и регресса ишемии конечности в условиях рентгенхирургической операционной визуализировались и удалялись осколки. Выводы: хирургическая тактика заключается в радикальной первичной хирургической обработке с одновременным проведением противошоковой инфузионной терапии. Удаление осколков первично проводится только в случае угрозы повреждения крупных сосудисто-нервных пучков, используя для этого рентгенхирургические операционные оснащенные аппаратом с С-дугой позволяющие наиболее щадящее и эффективно визуализировать и миниинвазивно удалять металлические фрагменты бпэ.

153. ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

*Татаршаов М.Х., Борлаков В.Р., Кареев А.А.,
Борлаков М.М.*

Черкесск

Медицинский институт Сев-Кав. ГГТА (директор.-
д.м.н., И.Н.Чаушев). Карачаево-Черкесская
республиканская клиническая больница.

Острый панкреатит (ОП), особенно его деструктивные формы, некоторые авторы определяют как, полиэтиологическое, монопатогенетическое, не прогнозируемое заболевание и зыбкая надежда на благоприятный прогноз лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) превращается в безысходность при возникновении острых профузных аррозивных кровотечений. За период с 2005 по 2015г в отделении пролечено 218 больных с ОДП, различные по характеру и интенсивности кровотечения из зоны деструкции поджелудочной железы и прилежащих анатомических структур и тканей имели место у 34 (15.6%) больных. Во всех наблюдениях кровотечение возникло в фазе секвестрации и гнойно-некротических осложнений. Из них во время выполнения некрсеквестрэктомии и санации гнойных очагов в 24 (70.6%) на-



блюдениях, в 10 (29.4%) - в различные сроки после очередной программированной некрсеквестрэктомии. Легкая степень кровопотери имело место у 14 (41.2%) больных, средняя - у 8 (23.5%), тяжелая - у 12 (35.3%) больных. Степень ухудшения состояния больных зависело как от объема кровопотери, так и от исходного состояния и возраста больного. Причиной кровотечения являлись: несвоевременное и не полное удаление очагов секвестрации и гнойно-некротических тканей, попытка удаления не «созревших», не отторгнувшихся, плотно фиксированных участков некроза. Прошивание зоны кровотечения в массиве некротических тканей позволило первично остановить кровотечение у 10 (29.4%) больных, прошивание и тугое тампонирование - у 14 (41.2%) больных. Смена тампона производилась на 4-7 -ые сутки. Рецидив кровотечения имело место у 7 (29.1%) больных, у трех больных в послеоперационном периоде, у 4 - при смене тампона и программированной санации. У 10 (29.4%) больных источником кровотечения были крупные сосуды. При кровотечении из селезеночных сосудов, в одном наблюдении, произведено прошивание сосудов, спленэктомия, во втором - прошивание сосудов, дистальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия. Кровотечение из поджелудочно-двенадцатиперстных сосудов (3), остановлено прошиванием и лигированием сосудов. Кровотечение из средней ободочной артерии (2), остановлено прошиванием сосуда, в одном из них из-за возникшей ишемии поперечно-ободочной кишки выполнена ее резекция с формированием проксимальной и дистальной колостомы. Наиболее грозным является кровотечение из воротной вены и стволов верхне-брыжеечных сосудов, когда лигирование сосудов недопустимо, а ушивание дефекта стенки сосуда, в условиях гнойно-некротического процесса и плохой визуализации из-за анатомической сложности расположения поджелудочной железы и сосудов, технически сложно, прогностически не благоприятна. Подобные кровотечения имели место у трех больных. Двоим из них выполнено ушивание дефекта стенки воротной вены под перешейком поджелудочной железы, оба больных погибли от рецидива кровотечения. В третьем наблюдении, для четкой визуализации участка аррозии верхней брыжеечной и воротной вены и исключения контакта некротизированной ткани поджелудочной железы с ушитым дефектом воротной вены, произведено пересечение перешейка поджелудочной железы и ушивание дефекта стенки воротной вены. Между перешейком поджелудочной железы и воротной веной сформирована «прокладка» из большого сальника, выписан из отделения с функционирующим панкреатическим свищем, потери до 150 мл в сутки. Общая

летальность при ОДП - 17.4%, в группе больных с аррозивными кровотечениями - 41.2%, т.е 14 из 34 больных. При этом у 11 из них (78.6%), причина смерти непосредственно связано с кровотечением, его рецидивом или декомпенсацией органной дисфункции на фоне острой кровопотери при уже достигнутом стабильном гемостазе. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что тампонада зоны кровотечения оправдана при кровотечениях из сосудов малого калибра, прошивание и лигирование сосуда, в том числе и в массиве некротических тканей - эффективный метод первичной остановки кровотечения, но с сохраняющимся риском рецидива кровотечения. Сосудистый шов - единственный обоснованный метод окончательной остановки кровотечения из верхних брыжеечных сосудов и воротной вены, для его выполнения в исключительных случаях оправдано поперечное пересечение поджелудочной железы.

154. ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Татаршаов М.Х., Борлаков В. Р.

Черкесск

Медицинский институт Сев-Кав. ГГТА (директор д.м.н., проф. И.Н.Чаушев). Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница.

Удельный вес травматических повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК) по отношению к частоте повреждения других органов брюшной полости относительно не высок и составляет 0.4 - 6.5 % . Унифицированного алгоритма оказания хирургической помощи пациентам с различными повреждениями дуоденальной стенки (кровоизлияние, разрыв, разможнение и ранение) на сегодняшний день нет. За период с 2000 по 2015 гг на лечении в хирургическом отделении Карачаево-Черкесской республиканской клинической больницы находилось 1832 пациентов с ранениями и повреждениями органов брюшной полости, из них - 32 (1.7%) пострадавших с различными повреждениями ДПК. С открытыми повреждениями - 20 (62.5%), закрытыми - 12 (37,5%). Открытые ранения колото-резанного характера - 18 (90.0%). огнестрельные - 2 (10.0%). в 18 (90.0%) наблюдениях повреждения носили сочетанный характер. При повреждениях внутрибрюшной части ДПК, вне зависимости от срока давности полученной травмы, и у пострадавших со свежими (до 6 часов) повреждениями забрюшинного отдела ДПК на 1/2 диаметра стенки, края раны иссекали и уши-



вали двухрядным швом с проведением назогастродуоденального зонда. При наложении швов в условиях местно распространенного перитонита проводили и второй - назоюнональный зонд для энтерального питания. При обширных разрушениях внутрибрюшного отдела ДПК и пилорического отдела желудка, в одном наблюдении, выполнена резекция сегмента ДПК и дистальной трети желудка. У одного больного при разрыве нисходящего отдела ДПК с отрывом общего желчного протока и головки поджелудочной железы с вирсунговым протоком выполнена панкреатовирсунгоюностомия, холедохоеюностомия на одной и гастроэнтероанастомоз на второй петле кишки выключенной по Ру. При повреждениях более половины диаметра брюшинного отдела ДПК, пострадавшим, оперированным от 6 до 12 часов с момента получения травмы, выполняли ушивание раны с выключением ДПК из пассажа пищи. При свежем полном разрыве ДПК, после иссечения краев раны формировали дуодено-дуоденоанастомоз с дополнительным дуоденоюноанастомозом, с выключением ДПК из пищеварения. У пострадавших с развившимся гнойно-воспалительным процессом в брюшинном пространстве, при отсутствии некроза брюшинной клетчатки, производили ушивание дефекта, истинную дивертикулизацию ДПК, холецистостомию, при развившейся флегмоне брюшинного пространства, ушивание дефекта стенки ДПК считаем бесперспективным, в подобных случаях формировали дуоденостому на дренаже с истинной дивертикулизацией ДПК. Во всех случаях повреждения брюшинного отдела ДПК операция завершалась дренированием брюшинного пространства двухпросветными дренажами, при развитии гнойно-некротического процесса и флегмоны брюшинного пространства у 4 пострадавших выполнена люмботомия справа. Декомпрессивная холецистостомия сформирована у 8 пациентов, у которых возможный риск несостоятельности швов ДПК был высоким. Из трех наблюдений, когда операцией выбора была дуоденостомия, у двух сформирована юностома по Майдлю. Осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 14 (43,7%) пациентов, после закрытых повреждений ДПК - у 58,3%, при открытых - у 35,0%. Наиболее частым послеоперационным осложнением являлся панкреатит - у 8 (25,0%) больных, несостоятельность швов ДПК - у 4 (12,5%), у трех из них с развитием флегмоны брюшинного пространства, аррозивное кровотечение было отмечено у 2 (3,3%) пациентов. Релапаротомии выполнены у 9 (28,1%) пострадавших. При релапаротомиях в трех наблюдениях выявлены повреждения ДПК, не диагностированные при первом вмешательстве, несостоятельность швов ДПК - 4, аррозивное кровотечение из желудоч-

но-двенадцатиперстной артерии - 2. Из 32 больных с повреждениями ДПК умерли - 7 (21,8%): из них, после закрытых повреждений ДПК - 3 (25,0%), после колото-резанных ранений - 3 (16,7%). после огнестрельного - 1 (50,0%). Непосредственной причиной смерти во всех наблюдениях являлась брюшинная флегмона. Двое поступили после 18 и 36 часов с момента получения травмы, в трех случаях повреждение ДПК не были диагностированы при первой операции и поздняя релапаротомия. Несостоятельность швов ДПК - у 2 больных. Следует отметить, что у больных с повреждениями ДПК флегмона брюшинного пространства развивается в достаточно ранние сроки (16 - 18 часов), что выявлено в трех наших наблюдениях, при этом отмечалось обширное расплавление брюшинной клетчатки и образование массивных гнойных полостей с развитием тяжелого сепсиса. **Выводы.** Таким образом, диагностика повреждений ДПК должна носить комплексный характер и включать: клиническое, рентгенологическое, ультразвуковое обследование, обзорную лапароскопию, которую целесообразно дополнить эндоскопическим исследованием. При повреждениях в анатомической зоне ДПК обязательным условием интраоперационной диагностики является мобилизация ДПК по Кохеру-Клермону, а при обширных повреждениях - по Cattell- Braasch. При оперативных вмешательствах выполняемых позже 12 часов и высоком риске несостоятельности швов ДПК, показана выключение ДПК из пассажа пищи, разгрузочная холецистостомия и дренирование брюшинного пространства двухпросветными дренажами с активной аспирацией. В условиях выраженного гнойно-некротического процесса в брюшинном пространстве, операцией выбора является формирование дуоденостомы с выключением ДПК из пассажа пищи.

155. АНАЛИЗ ДАННЫХ ОБ ОБЪЕМАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГРЫЖАМИ ЖИВОТА В САНКТ- ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2013-2014 ГГ.

Чистяков Д.Б., Мовчан К.Н.

Санкт-Петербург

- 1) ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ; 2) СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург

Проведен анализ статистических данных по материалам выставленных счетов Территориального фонда обязательного медицинского страхования



об объемах оказания медицинской помощи больным грыжами живота в медицинских организациях Санкт-Петербурга за 2013 и 2014 годы. В медицинских организациях Санкт-Петербурга было пролечено 9080 пациентов с грыжами живота в 2013 году, в 2014 году - 8135 чел. Среди общего количества больных грыжами живота преобладали пациенты с паховыми грыжами. Их количество составило 4844 человек в 2013 году и 4309 в 2014 году, что оказалось равным 53% в общей структуре больных грыжами живота. Следующим видом патологии грыж по объему устранения их в стационарах Санкт-Петербурга оказались пупочные грыжи (примерно 19%). Операций по их устранению было выполнено в 2013 году - 1659, в 2014 году - 1713. Остальное количество операций (менее 28%) выполняемых в стационарах города приходится на устранение остальных видов грыж (ГПОД, посттравматических диафрагмальных, вентральных вне паховой и внебедренной локализации и т.д.). Протезирующие технологии при устранении грыж использовались в 2692 (30%) случаях в 2013 году и в 2594 (32%) случаях в 2014 году. Несмотря на имеющиеся на сегодняшний день современные синтетические материалы для герниопластик, и доказанной их эффективности, количество использования имплантатов для устранения грыж живота в стационарах Санкт-Петербурга остается невысоким. При лечении больных с вентральными грыжами использование эндовидеохирургических технологий составляет 16% в 2013 и 17% в 2014 годах, а протезирующие пластики (эндовидеохирургия + традиционные протезирующие технологии) составляют 2692 (30%) в 2013г и 2594 (32%) в 2014г. Выполнение эндовидеохирургических герниопластик по поводу паховых грыж составляет 28% в 2013 году и 30% в 2014 году. Очевидно, что в крупнейшем мегаполисе России - Санкт-Петербурге количество протезирующих операций оставляет желать лучшего, так как результаты операций при устранении вентральных грыж собственными тканями несомненно хуже, чем при протезирующих методиках.

тов с эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Основную группу составили 68 больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями, находившихся на лечении с 2010 по 2016 гг., которым осуществлялся эндоскопический гемостаз, стандартное лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки с включением магнитотерапии и дерината. Контрольную группу составили 30 больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями на фоне, находившихся на лечении с 2007 по 2010 гг., которым осуществлялся эндоскопический гемостаз, стандартное лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) наблюдался у 92 (93,8%) больных. ДГР 1 степени - у 38 (38,7%) больных, ДГР 2 степени - у 31 (31,6%), ДГР 3 степени - у 27 (27,5%) пациентов. Магнитотерапию аппаратом АМТ-02 «Магнитер» проводили предложенным нами способом. Пациента укладывали на живот. Аппарат устанавливали на область позвоночника на уровне сегментов Th5-Th8. Режим работы аппарата - пульсирующий, при амплитуде магнитной индукции 30,0+/-7,5 мТл. Длительность одной процедуры - 15 минут. Курс лечения - 10-15 процедур. Деринат в виде раствора для инъекций применяли в/м в средней разовой дозе 75 мг (5 мл 1.5% раствора) 5 инъекций с интервалом 24 ч. Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что у больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями имеется корреляционная связь между степенью кровопотери и изменениями показателей иммунного статуса. Выявлено достоверное снижение уровня CD3+, CD4+, CD8+, IgG, IgA (коэффициент корреляции = -0,961), повышение уровня CD22+ (коэффициент корреляции = 0,371). Следовательно, чем больше кровопотеря, тем более выражены иммунные нарушения. Анализ показателей клеточно-гуморального иммунитета спустя 21 день после лечения показал, что сохраняется достоверное отличие по количеству CD3+, CD8+, IgG у больных с IV степенью кровопотери (р

156. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Белоногов Н.И.

Ульяновск
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

157. МИНИЛАПАРОСКОПИЯ - ТЕХНОЛОГИЯ РЕШЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУГИИ

Капшитарь А.В.

Запорожье
Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Под нашим наблюдением находилось 98 пациен-

Цель исследования: оценить возможности мини-



лапароскопии в решении диагностических задач в неотложной абдоминальной хирургии.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении КП, Городской клинической больницы № 2", базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 2012 по 2016 годы минилапароскопия (МЛС) набором инструментов, центральной частью которых являлась оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30° производства фирмы „ЭлеПС" г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ „КРЫЛО" г. Воронеж (Россия) и манипулятор собственной конструкции выполнена у 51 больного. Использована однопроходная методика О.С. Кочнева (1988). Мужчин - 31 (60,8%), женщин - 20 (39,2%). Возраст 19-93 года. Сопутствующая патология была у 47 (92,2%) пациентов. Ранее оперированы 14 (27,5%) больных. После клинического обследования выполнены лабораторно-биохимические исследования, рентгенологические, УЗИ, ФЭГДС, оказавшиеся неинформативны. Показанием к МЛС у 34 (66,6%) больных была невозможность дифференциальной диагностики между острыми хирургическими заболеваниями с различными лечебными тактическими подходами, у 9 (17,7%) – установлен асептический панкреонекроз, распространённый перитонит и у 8 (15,7%) – закрытая травма живота, подозрение на повреждения абдоминальных органов.

Результаты исследований. Согласно заключению хирурга после МЛС сформированы 3 группы. Группу А составили 35 (68,6%) больных с острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями (асептический панкреонекроз-12, прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки-7, острое нарушение мезентериального кровообращения-5, деструктивный аппендицит-4, флегмонозный калькулёзный холецистит-3 и калькулёзный холецистит-1, спаечная тонкокишечная непроходимость-1, межпечельный абсцесс мезогастральной области-1, разлитой гнойно-фибринозный перитонит-1). В группу В включили 6 (11,8%) пациентов с закрытой травмой живота (чрескапсульный разрыв печени-2 и селезёнки-1, внебрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки, разрыв брыжейки тонкой кишки-1, разрыв внутрибрюшинной части мочевого пузыря-1, напряжённая забрюшинная гематома, вскрывшаяся в брюшную полость-1). Группа С представлена 10 (19,6%) больными, у которых неотложная абдоминальная патология была исключена. Опти-

мизирована лечебная тактика. Малотравматичная лечебная МЛС (аспирация перитонеального экссудата, блокада круглой связки печени разработанным способом, холецистостомия, дренирование брюшной полости) при асептическом панкреонекрозе, осложнённом перитонитом выполнено у 12 (23,5%) пациентов, все выздоровели. Лапаротомия с коррекцией хирургической патологии осуществлена у 27 (52,9%) больных с 6 (22,2%) летальными исходами (абдоминальный сепсис-2, острый инфаркт миокарда+инфаркт мозга-2, инфаркты ствола мозга и полушария-1, тромбоэмболия лёгочной артерии-1). В группе С умерли 2 (20%) пациентов с циррозом печени, стадии С по CHILD-PUGH (печёчно-почечная недостаточность-1, острый инфаркт миокарда-1).

Выводы: 1. МЛС позволила у 68,6% больных установить диагноз острых хирургических абдоминальных заболеваний, у 11,8% - травматических повреждений, а у 19,6% - их исключить. 2. Оптимизирована лечебная тактика. Сокращены лечебные лапаротомии до 51% и напрасная – до 2%, лечебная МЛС выполнена у 23,5%. 3. Летальные исходы имели место после лапаротомии – 22,2% и в группе больных, не имевших хирургической патологии – 20%.

158. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ БЛОКАДА КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ С ТИОТРИАЗОЛИНОМ ИНСТРУМЕНТАМИ ДИАМЕТРОМ 5 И 10 ММ ПРИ СТЕРИЛЬНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ С ПЕРИТОНИТОМ

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: улучшить результаты лечения стерильного панкреонекроза с перитонитом, внедрив лапароскопическую блокаду круглой связки печени с тиотриазолином инструментами диаметром 5 и 10 мм.

Материал и методы. В хирургическом отделении КП, Городской клинической больницы № 2", базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, лапароскопическая блокада круглой связки печени (ЛБ КСП) с тиотриазолином выполнена у 46 больных стерильным панкреонекрозом (СП) с перитонитом. Мужчин было 21 (45,7%), женщин – 25 (54,3%). Возраст 21 – 82 года. Сопутствующими за-



болевыми страдали 36 (78,3%) пациентов. При поступлении проведено клиническое обследование, лабораторно-биохимическое, УЗИ, ФЭГДС, ЭКГ. Консервативное лечение осуществлено 30 (65,2%) больным. Показанием к лапароскопии был панкреонекроз с перитонитом или невозможность исключить другие острые хирургические абдоминальные заболевания. Лапароскопия выполнена у 34 (73,9%) пациентов аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) стандартными инструментами диаметром 10 мм по усовершенствованной методике Kelling. Для мини-лапароскопии у 12 (26,1%) больных использовали набор инструментов, центральной частью которых были оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов производства фирмы „ЭлеПС“ г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ „КРЫЛО“ г. Воронеж (Россия). Под местной анестезией осуществляли панорамный и прицельный полипозиционный осмотр пациентов на операционном столе, широко пользуясь сконструированным нами полым манипулятором. Результаты исследований. Лапароскопическая семиотика СП слагалась из достоверных и вероятных признаков. После аспирации экссудата выполнена ЛБ КСП: шприцем струйно вводили лекарственные препараты по разработанной прописи. Вначале ввели 400 мл 0,25% раствора новокаина, через 3 минуты – 2 мл 2,5% раствора тиотриазолина., спустя 5 минут последовательно - 5 мл фторурацила, 2 мл но-шпы, 20 000ед. контрикала, 2 г канамицина (Патент Украины № 28854 А). Болевой синдром у 34 (73,9%) больных купирован в конце блокады, у 12 (26,1%) – значительно уменьшился и ликвидирован в течение 1 – 2 суток. Клинические симптомы регрессировали. Восстановлена функция желудочно-кишечного тракта. Прекратилось отделяемое из брюшной полости по дренажам спустя 1-2 суток. Диастаза экссудата из брюшной полости уменьшилась с 512 г/ч до 12 г/ч, амилаза крови - с 176 до 32 г/ч, диастаза мочи – с 4096 до 64 ед. и нормализовалась к 4-5 суткам. Достаточно быстро пришли к норме основные показатели крови (Hb, Eг, L, лейкоцитарная формула и др.). Быстро нормализовались биохимические показатели крови – на 3-5 сутки. СП у 43 (93,5%) пациентов принял abortивное развитие, подтвержденное клиническим течением, данными лабораторно-биохимических исследований, УЗИ. Дренажи из брюшной полости удалены на 3 - 4 сутки. Швы сняты на 5 - 6 сутки. Однако, у 3 (6,5%) больных прогрессировал стерильный панкреонекроз с образованием крупных секвестров, инфицированием, образованием абсцесса сальниковой сумки и флегмоны забрюшинного пространства, выполнена лапаротомия, секвестрэктомия, вскрыты абсцессы сальниковой

сумки, забрюшинная флегмона слева после люмботомии. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы: 1. Внедрение ЛБ КСП с тиотриазолином в комплексном лечении СП с перитонитом выявилось достаточно эффективным. 2. ЛБ КСП с тиотриазолином позволила у 93,5% пациентов придать СП abortивное течение и у 6,5% - осуществить лечебную лапаротомию при развитии инфицированного панкреонекроза и его осложнений. 3. Рекомендуем ЛБ КСП с тиотриазолином в лечении СП с перитонитом.

159. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У ЖЕНЩИН

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы у женщин.

Материал и методы исследования Клиника хирургии и анестезиологии ФПО, расположенная на базе 1 хирургического отделения КП „Городской клинической больницы № 2“, имеет опыт диагностики и лечения 191 больного с перфоративной гастродуоденальной язвой (ПГДЯ) за период с 1997 по 2009 годы. Из 191 пациента ПГДЯ развилась у 35 (18,3%) женщин. Возраст 29-86 лет. Из них у 30 (85,7%) пациенток произошла перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, у 4 (11,4%) – желудка, у 1 (2,9%) – пептической язвы гастродуоденоанастомоза. Язвенной болезнью страдали 6 (17,1%) женщин, „желудочные“ симптомы установлены у 4 (11,5%), „немые“ язвы - у 25 (71,4%). Сопутствующие заболевания у 31 (88,6%) больных носили множественный характер. Ранее оперированы 16 (45,7%) женщин. Результаты исследований До 6 часов с момента заболевания госпитализированы 10 (28,6%) больных, от 6 до 12 часов – 7 (20%), от 12 до 24 часов – 6 (17,1%) и от 24 часов до 5 суток – 12 (34,3%). В сроки до 2 часов после госпитализации оперированы 18 (51,4%) женщин (до 1 часа-4, 1-2 часа-14). Операция задержана у 17 (48,6%) пациенток свыше 2 часов, из которых от 2 до 6 часов оперированы 11 (31,4%), 12-16 часов – 4 (11,4%) и 22 часа – 2 (5,7%). Причиной задержки у 6 (35,3%) больных явилась предоперационная подготовка в связи с разлитым перитонитом, шоком, у 10 (58,8%) – консервативное лечение иных, ошибоч-



но установленных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и 1 (5,9%) - рожистого воспаления голени с перфорацией язвы на 8 сутки и задержки операции на 13 часов. Выполнена срединная лапаротомия. Обнаружены тяжелые локальные изменения в брюшной полости и сочетанные осложнения. Перфорация в брюшную полость диагностирована у 27 (77,1%) женщин, прикрытая – у 6 (17,2%) и атипичная задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в сальниковую сумку – у 2 (5,7%). Учитывая сроки многофакторность избирали объем оперативного лечения и распределили больных по группам В I-ю группу включили 24 (68,6%) женщин, которым выполнено ушивание перфоративной язвы (по Островскому-13), дополнив у 1 – пластикой пупочной грыжи, у 1 – грыжи белой линии живота, у 1 – спленэктомией. Эта наиболее тяжелая группа - умерли 7 (29,2%) пациенток. II-ю группу составили 7 (20%) больных, которым была иссечена перфоративная язва с пластикой и ваготомией. Так, у 5 пациенток осуществлена пилоропластика по Джадду-Хорсли + СПВ (фундопликация по Ниссену-2), у 1 – пилоропластика по Финнею + СПВ + фундопликация по Ниссену, у 1 – субциркулярная дуоденопластика + СПВ + фундопликация по Ниссену + РСТ по Стронгу-Витебскому. Все выздоровели. В III-ю группу включили 2 (5,7%) больных с иссечением перфоративной язвы передней стенки с пилоропластикой по Джадду-Хорсли с предварительным ушиванием хронической язвы задней стенки ДПК. IV-я группа составила 2 (5,7%) пациенток, которым выполнена резекция желудка. Из них у 1 – первичная резекция 2/3 желудка по Бильрот-2-Бальфуру, у 1 – клиновидная резекция желудка с гастропластикой. Релапаротомия выполнена 1 (2,9%) пациентке с кровотечением из сосудов пищевода. Средний койко/день составил 11,5. Из всех умерли 7 (20%) женщин после ушивания ПГДЯ на фоне разлитого гнойно-фибринозного перитонита. Причиной смерти у 3 больных была полиорганная недостаточность, у 1 – ДВС-синдром, у 1 – рецидив кровотечения из язвы, у 1 – нарушение ритма сердца, у 1 – истощение. Выводы: 1. Ушивание ПГДЯ выполнено при значительном риске летального исхода у 68,6% женщин с летальностью 29,2%. 2. Радикальные операции – иссечение ПГДЯ с ваготомией проведена у 20% пациенток и первичная резекция желудка – у 2,8%, другие операции – у 8,5% без летальных исходов. 3. Анализ ряда факторов позволяет оптимизировать объем операции.

160. ХОЛЕЦИСТОГЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ: ВОЗМОЖНА ЛИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА?

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить возможности выполнения холецистэктомии из мини-доступа при холецистогенном инфильтрате.

Материал и методы. С 2001 по 2016 годы в 1-м хирургическом отделении КП, Городской клинической больницы № 2", базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, у 590 больных острым холециститом (ОХ) выполнена холецистэктомия из продольного трансректального мини-доступа (МХЭ) набором обычных хирургических инструментов. Подпечёночное пространство дренировано 2 полихлорвиниловыми дренажами, в случаях суб/тотальной гангрены желчного пузыря, абсцесса - разработанным дренажем (Патент № 71275). Холецистогенный инфильтрат (ХИ) выявлен у 228 (38,6%) пациентов. Мужчин было 70 (30,7%), женщин - 158 (69,3%). Возраст – 22-88 лет. Лица старше 60 лет составили 151 (66,2%). Ранее оперированы 54 (23,7%) пациента. Сопутствующими заболеваниями страдали 201 (88,2%) больных.

Результаты. В процессе операции флегмонозная форма ОХ диагностирована у 71 (31,1%) пациента и гангренозная - у 157 (68,9%). Течение ОХ осложнилось ХИ у 215 (94,3%) больных и абсцессом - у 13 (5,7%). Местный/диффузный перитонит был у 35 (15,4%) пациентов, перфорация желчного пузыря – у 23 (10,1%), гнойный холангит (холедохолитиаз-2) – у 5 (2,2%), пузырно-дуоденальный свищ – у 2 (0,9%) и пузырно-кольный свищ – у 1 (0,4%). Особенности выполнения МХЭ были технические трудности, связанные со сращением ХИ с передней брюшной стенкой, выраженным спаечным процессом вокруг желчным пузырем, вовлекающим рядом расположенные органы, что привело к деформациям и изменению топографии органов брюшной полости, сложности дифференцировки трубчатых структур треугольника Kallot, особенно у 57 (25%) больных с плотным ХИ, наличие некротических изменений в пузырном протоке и артерии, повышенная кровоточивость окружающих тканей и ложа желчного пузыря. Гемостаз ложа желчного пузыря осуществляли тампонадой салфеткой, смоченной горячим физ. раствором и электрокоагуляцией и лишь у 13 (5,7%) - ушивали. Расширение мини-доступа в доступ Mirrizi было вынужденной мерой из-за узости оперативного



доступа и глубины раны. Показаниями к его расширению у 14 (6,1%) больных стала перфорация гангренозной стенки желчного пузыря, у 10 (4,4%) - плотный ХИ, не позволивший дифференцировать элементы треугольника Kallot, у 4 (1,8%) – невозможность манипуляций из-за чрезмерной глубины раны, не достигаемой печёночными крючками, у 3 (1,3%) - невозможность гемостаза в ложе желчного пузыря, у 3 (1,3%) - отрыв пузырной артерии с кровотечением и у 1 (0,4%) –холецисто-кольный. Выделяя желчный пузырь из плотного инфильтрата давностью 14 суток у 1 (0,4%) пациента наступило краевое повреждение печени, ушито. Релапаротомия выполнена у 4 (1,8%) больных (билома поддиафрагмального пространства-1, кровотечение из мелких сосудов гепатодуоденальной связки-1, желчеистечение из пузырного протока после удаления больным дренажа из холедоха по Холстеду-1, резидуальный холедохолитиаз-1). Умерли 2 (0,9%) пациентов. Причиной смерти у 1 (50%) больного стал острый инфаркт миокарда и у 1 (50%) - отёк лёгких. Выводы: 1. Холецистогенный инфильтрат диагностирован у 228 (38,6%) пациентов острым холециститом, оперированных из мини-доступа. 2. Холецистэктомия из мини-доступа выполнена у 193 (84,6%) больных. Конверсия в доступ Mirrizi потребовалась у 35 (15,4%) пациентов. 3. Холецистэктомия из мини-доступа при холецистогенном инфильтрате присущи особенности, трудности в связи с чем она должна выполняться высококвалифицированным хирургом.

161. ХАРАКТЕРИСТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Каминский И.В.

Симферополь

Кафедра хирургии № 1 (зав., профессор Костырной А.В.), ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И.

Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение).

В последнее время в клинической хирургии наблюдается неуклонный рост новых технологий. Бурно развивается эндовидеоскопическая хирургия, расширяются границы ранней диагностики интраабдоминальных осложнений, а также осложнений со стороны раны с помощью УЗИ, компьютерной томографии, новых рентгенологических исследований. Вместе с тем, количество раневых интра-

абдоминальных гнойно-воспалительных осложнений не имеет тенденции к снижению, составляя при этом от 9 до 12% оперированных больных. В связи с этим, актуально проведение исследований, направленных на изучение микробного пейзажа осложнений гнойно-воспалительного характера, в первую очередь бактерий-возбудителей оппортунистических инфекций и грибов, присутствующих в патологических очагах и крови хирургических больных. Проведено обследование 65 хирургических больных, разделенных на 3 группы с учетом вероятности возникновения гнойно-септических осложнений, которым произведены эндоскопические операции: холецистэктомия, видеоассистированная герниопластика, оперативные вмешательства по поводу первичных и рецидивных паховых грыж. Применены клинические, бактериологические и иммунобиологические методы исследования, комплексная оценка эндотоксикоза и бактериальной транслокации. Изучены в динамике микрофлора операционного поля и крови (всего по ходу операции произведено 215 бактериальных посевов). У 23 пациентов исследованы показатели антиэндотоксинового иммунитета с цитокиновым профилем (антиэндотоксиновые антитела классов А, М и G – соответственно анти Ig А, анти - ЛПС - IgM, анти - ЛПС - Ig G), фактор некроза опухолей – α (ФНО – α) и интерлейкин 6 (ИЛ – 6). В работе, для оценки тяжести состояния больного применена шкала «APACHE II», что способствовало эффективному прогнозированию развития раневых осложнений и создало реальные условия для разработки эффективного профилактического комплекса. В ходе проведенных исследований установлено, что брюшная полость и кровь большинства больных содержат жизнеспособные бактерии и (или) дрожжевые грибы - как правило, микст. Большую роль в инфицировании брюшной полости таких больных играет гематогенное распространение инфекции. Применение интенсивной предоперационной профилактики послеоперационных осложнений гнойно - воспалительного характера снижая опасность развития их приводило к перераспределению микроорганизмов выделяемых во время операции из крови и операционной раны. При этом переставали выделяться грибы, снижалось выделение грамотрицательных палочек, но значительно возросло выделение стафилококков из операционной раны. В тоже время, у больных не получавших данный курс, микроорганизмы в операционной ране и (или) крови обнаруживались в 100% случаев.



162. ЧЕТВЕРТЫЙ ПУТЬ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И БИЛИРУБИНИЕЙ

*Баулина Е.А., Шокаров Г.К., Баулин В.А., Шиндин
А.А., Баулин А.А., Середин С.А., Баулина О.А.,
Арендаренко А.К., Николашин О.А.*

Пенза, г.Подольск

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ, хирургическое отделение Подольской
городской клинической больницы, Пензенская
ГКБ№6 им.Захарьина

Классическая схема хирургической тактики при механической желтухе чётко определена в руководствах. Она состоит из трёх путей решения проблемы. Первый – при тяжёлом состоянии пациента паллиативная операция в виде холецистостомы при блоке холедоха или транспечёночного дренирования при блоке общего печеночного протока. Второй – внутрипросветное эндоскопическое вмешательство в виде диагностической процедуры РХПГ и при необходимости ЭПСТ, а далее отсрочено внутрибрюшная операция в зависимости от конкретной ситуации. Третий – внутрибрюшная операция разного объёма, включающая и вмешательство на желчевыводящих путях, начиная от диагностических процедур, наружной и внутренней ревизии. Однако это можно рассматривать как бы в идеале, когда лечебное учреждение достаточно оснащено, есть подготовленные специалисты, в том числе и в головных больницах региона, и речь идёт как бы о рафинированном диагнозе для плановых больных. С чем же мы сталкиваемся на самом деле? Чаще всего события происходят на уровне приёмных отделений при поступлении больных с острым холециститом и билирубинемией, т.е. хирург должен решить вопрос, что делать с пузырьком и как интерпретировать билирубинемия. Когда клинически и по данным УЗИ нет данных за деструктивный процесс и перитонит, хирург может подождать, но мы знаем из практики, какие нежелательные изменения происходят в области гепатодуоденальной связки с течением времени, что затрудняет выполнение операции. К этому дополняются организационные вопросы: не всегда дежурная бригада может решить сложные вопросы, опыт хороший чаще всего у одного человека, а в районах, где оказывается помощь почти половине населения вообще дежурит один хирург, скопление больных после дежурства парализует плановую работу отделения на следующий день и др. Огромное и определяющее значение имеет и оснащение конкретной больницы: наличие эн-

доскопов, эндоскопистов, передвижных рентгеновских установок, эндооперационных, наличие инструментария и расходных материалов и др. По данным главного хирурга Минздрава РФ академика В.А.Кубышкина только чуть более 60% больниц, оказывающих экстренную помощь, оснащены эндоскопами и только около 8%! имеют дуоденоскопы. Не исключением являются ЛПУ Пензенской и Московской областей. Из этого уже конкретно заложено, что второй путь фактически «заказан» у подавляющего числа пациентов, во всяком случае, сильно затруднён. Отсрочка в связи с поиском возможности организовать внутрисветное вмешательство часто создаёт ещё более трудную ситуацию, усугубляя и локальные изменения, и состояние больных. Наша клиника последние 35 лет фактически старалась придерживаться вышеуказанной тактики, особенно до 1994 года, т.е. до внедрения малоинвазивных методов холецистэктомии (лапароскопического и мини-доступа). Вначале мы использовали общепринятую тактику, направленную на выяснение причин билирубинемии и её разрешение. Определились проблемы, которые создавали довольно серьёзные трудности в лечении данной категории больных. Организационные: по транспортировке больных в другое учреждение; решение вопроса об очередности, поскольку на ЭРХПГ уже были записаны больные заранее, что-то нужно было решать с очередью. Профессиональные: из-за слабой подготовки специалистов только у 39% больных манипуляция была выполнена по разным причинам, но в основном из-за затруднений поиска папиллы; появились очень серьёзные осложнения в виде панкреатитов (из 16 - выраженный - у 3, двое из которых умерли от панкреонекроза, кровотечение у 7, дуоденобилиарный рефлюкс у 2, холангит у 1, вклинение корзинки Dormia у 1); у больных необоснованно откладывались операции, хирургический этап привёл к увеличению интра- и послеоперационных осложнений (повреждений желчевыводящих путей, желчных свищей, стриктур и др.). Всё это дополнялось вначале получением очень малоинформативных снимков, а затем отсутствием передвижной рентгеновской установки. Самое главное оказалось, что у 80,3% больных камней и каких-либо препятствий желчеоттока не обнаружено, уровень билирубина приходил в норму через несколько дней после холецистэктомии и не повышался, то есть этап с ЭРХПГ был не только бесполезен, но и опасен. Поэтому мы на втором этапе изменили тактику и стали при остром холецистите выполнять лапароскопическую холецистэктомию, то есть ликвидировали очаг воспаления, дренировали холедох через пузырный проток дренажом диаметром 2мм, тем самым снимали внутрисветовую гипертензию. Через 3-5 дней выполняли



чрездренажную холангиографию. Если холедох был свободен – дренаж из него извлекали через 1-2 суток после исследования, затем удаляли страховочные дренажи. При выявлении препятствий решали вопрос о дальнейшей тактике, делая упор на малоинвазивные методы, включая ЭПСТ, лапароскопическую холедохотомию и только у 4 (1,6% от всех с билирубинемией) выполнили холедохотомию или ХДА через минидоступ и классический доступ. Положительные попытки ЭРХПГ и ЭПСТ удалось повысить до 88,2% именно в первую очередь из-за лёгкости поиска папиллы и отверстия. Вводился стерильный раствор в дренаж холедоха, который был виден вытекающим в 12-перстную кишку. Следует заметить, что наличие дренажа в холедохе помогает также вымывать камни из протока после ЭПСТ. Осложнения снизились в 3 раза при нулевой летальности. Так сформировался четвёртый путь оказания хирургической помощи данным больным. На третьем этапе в связи с приобретением дуоденоскопа и рентгеновской установки, административным нажимом нас заставили вернуться к классической схеме и снова начать с ЭРХПГ. Эндоскописты прошли подготовку в РНЦХ. Однако уже первые годы показали те же недостатки, что были на первом этапе: уменьшилось число успешных манипуляций до 61,1%, увеличилось число интра- и послеманипуляционных осложнений. Причинами неудачных исследований были разные, но чаще - невозможность рассмотреть устье и канюлировать холедох. На четвёртом этапе мы снова вернулись ко второму этапу, на чём настояли в первую очередь эндоскописты. И если на третьем этапе из 189 пациентов неудача была у 38,9%, то за последние мы снова вернулись фактически к прежним положительным показателям - 16,4% неудачных и 83,6% удачных. Это мы связываем с человеческим фактором – ростом квалификации эндоскопистов, которые выросли из хирургов. Но проанализировав данные за последние 3 года, оказалось, что при среднем показателе удачных попыток в 83,6% с наличием дренажа удачные попытки зафиксированы у 88%, а без дренажа – у 74,8%. То есть, процент удачных попыток без дренажа ниже на 13,2%. Думаем, что наш опыт в свете представленной проблемы пригодится хирургам в повседневной работе, особенно в районных и ряде городских скорпомощных больниц, где есть лапароскопические стойки, но нет дуоденоскопов и подготовленных эндоскопистов. Больных после первого этапа можно в спокойных условиях планомерно транспортировать в специализированные отделения.

163. ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Баулин А.А., Ю.Н. Беляков, В.А. Баулин,
А.И. Литвиненко, О.А. Баулина*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО

Эндоскопическая хирургия, которую всё шире используют при различной патологии, стала основной обсуждаемой проблемой в хирургическом сообществе. Однако при некоторой патологии ещё долго будет главенствовать классический доступ и подход, поэтому проблемы будут оставаться. Это особенно актуально в сегодняшнее время, когда социальные катаклизмы и непонятная «модернизация» повсеместно привела к «вымыванию» хирургов, особенно старшего поколения, особенно в районах, довольно быстрой смене поколений, что привело к разрыву связей в плане передачи опыта. Увеличилось количество ошибок, осложнений, неблагоприятных исходов, смертность при патологии желудочно-кишечного тракта вышла на третье место после сосудистых и онкологических заболеваний. Современная фармакология привнесла огромное положительное влияние на язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки с внедрением H2 блокаторов, а особенно ингибиторов протонной помпы. Все хирурги отмечают уменьшение в 2-3 раза плановых операций, но сохраняются увеличение количества больных с осложнениями и всплески в периоды социальных потрясений. Уменьшение количества операций на желудке, разброс их по многим ЛПУ, отклонение от привычных схем, клинических рекомендаций дополняет отрицательный пейзаж проблем сегодняшнего момента в хирургии язвенной болезни. Следует констатировать, что может так случиться, что совсем скоро будет очень мало хирургов способных сделать качественно резекцию желудка! Одним из узловых вопросов хирургии желудка является осложнение в виде несостоятельности культуры 12-перстной кишки после резекции по Б-2, которая наблюдается у 1,6-5,4% оперированных. Хотя общепринято избегать данной операции, но при инфильтративном и рубцовом процессах в области луковицы 12-перстной кишки или при наличии дуоденостаза прямой гастродуоденанастомоз по Б-1 невозможен или не показан. Ситуация усугубляется тем обстоятельством, что нередко хирурги изначально стараются мобилизовать препилорический отдел желудка и луковицу 12-перстной кишки. Этим самым ткани органов настолько дискредитируются, что становится или



невозможно, или опасно формировать гастродуоденоанастомоз. К тому же ситуация может привести к повреждению холедоха. Клиника за 35 лет располагает опытом хирургического лечения язвенной болезнью более 1.500 больных, как плановых, так и экстренных с различными осложнениями. В первый период мы получили осложнение в виде несостоятельности культи 12-перстной кишки у 8 больных из 164 (4,9%) оперированных по Б-2. Проанализировав причины, мы пришли к выводу, что к несостоятельности ведут в первую очередь действия хирурга, которые и детерминируют осложнение. Основная концепция заключалась в первую очередь в недопущении мобилизации препилорического отдела и луковицы при предполагаемой резекции, если препаровка в этой зоне могла создать опасную ситуацию из-за инфильтрата, рубцового процесса, пенетрации в поджелудочную железу. Второе, на что опирались наши суждения – на данные научной литературы, что типовая резекция по Б-2 по результатам не отличается от Б-2 на выключение. И третье, что если хирург после мобилизации предполагает, что анастомоз конец-в-конец культи желудка с 12-перстной кишкой невозможен, а ушитая культя чревата осложнением в виде несостоятельности, то в таких случаях формировался терминолатеральный анастомоз культи желудка с вертикальной частью 12-перстной кишки. И у таких больных несостоятельность случалась из-за дефицита тканей для укрытия культи. Мы усовершенствовали метод и назвали его операцией на выключение по Бильрот-1. Поэтому во второй период наши действия в зависимости от ситуации были следующими. Самый главный момент – это оценка этой зоны и предположение, что мобилизация может быть достаточно опасной; второе – убедиться, свободна и подвижна ли вертикальная часть 12-перстной кишки для терминолатерального анастомоза как для предпочтительного завершения операции; третье – выполнение резекции по Б-2 на выключение при невозможности мобилизовать вертикальную часть 12-перстной кишки. Мобилизация осуществляется только стенки желудка в необходимых пределах резекции, но с оставлением стенки антрального отдела около 5см по обеим кривизнам, то есть как при операции на выключение. На этом уровне накладывается поперечно зажим и аборальнее его рассекается серозная и мышечные оболочки до подслизистого слоя. Далее по подслизистой оболочке отслаивается слизисто-подслизистый слой с формированием серозно-мышечной муфты до пилоруса или до зоны стеноза. Слизисто-подслизистый слой прошиваем, перевязываем и отсекаем над лигатурой. Если операция происходит по поводу кровотечения из этой зоны поступаем по разному: отсекаем сли-

зистую у кратера – выполняем прошивание дна язвы с целью гемостаза; если место кровотечения не видно - рассекаем серозно-мышечную муфту продольно и прошиваем также дно язвы. При необходимости используем тахокомб, губку под швы или вворачиваем край серозно-мышечной муфты в кратер язвы. Стараемся сшить слизисто-подслизистый слой по возможности. В продолжение поступаем как и при стенозе за счёт рубцового процесса или инфильтрата, когда внутриспросветно ничего делать не нужно, то есть ушиваем культю по любому способу: кистетами изнутри, кистетами снаружи серозно-мышечной муфты или при избытке её и клиновидном иссечении части также погружаем в кистетные швы. Завершается операция мобилизацией 12-перстной кишки по Кохеру и наложением терминолатерального анастомоза в продольном направлении или гастроэнтероанастомозом. При использовании такого метода мы не наблюдали несостоятельности у 98 больных. Возраст больных от 22 до 68 лет ($M \pm m = 51,4 \pm 4,7$), 94% - это были мужчины. Преимущество заключается в сокращении времени операции с 2,5 часа ($M \pm m = 156,6 \pm 12,7$) до 1.5 часа ($M \pm m = 87,5 \pm 4,2$), минимальной травматизации тканей, использовании для ушивания культи не дискредитированной серозно-мышечной части препилорического отдела желудка и дополнительной разгрузки за счёт формирования терминолатерального анастомоза. Послеоперационный период отличался мягким течением, никому не потребовались релапаротомии. Функциональные результаты в ранние и отдалённые сроки свыше 2-х лет не отличались от больных оперированных типично по Б-1.

164. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Ахмедов Ю.М., М.К.Азизов, Ф.Ш. Мавлянов,
И.Ю.Ахмедов, Ж.А. Ганиев*

Самарканд

Самаркандский областной детский
многопрофильный медицинский центр

В Самаркандском областном детском многопрофильном центре с 2014 по 2016 годы на стационарном лечении находилось 22 новорожденных ребенка с диагнозом врожденный пилоростеноз в возрасте от 20 дней до полутора месяца. У всех больных отмечалась рвота от незначительного срыгивания до рвоты с фонтаном после кормления от нескольких минут до нескольких часов



створоженным молоком и запахом.

Целью настоящего исследования явилось усовершенствовать диагностику пилоростеноза на раннем этапе диагностики.

Материал и методы исследования. При сборе анамнеза выявлено что, после кормления рвота фонтаном со твороженным молоком и кислым запахом наблюдался у основной массы детей 98% которыми были новорожденные. У некоторых больных рвота отмечалась с 2 – 4 недельного возраста 85% . У всех больных отмечалось упорное срыгивание с последующей рвотой без примеси желчи. Длительная рвота у детей с пилоростенозом приводила к потере массы тела и прогрессирующей гипотрофии. При поступлении в стационар у 60% наблюдалась гипотрофия 1 степени у 32% второй и у 8% третьей степени гипотрофия. В связи с этим число мочеиспусканий уряжалось от 3 до 5 раз. Задержка и уменьшение стула наблюдалась у 56% больных. У 60 % детей при поглаживании передней брюшной стенки отмечался симптом песочных часов, а в 40 % наблюдений удалось пропальпировать утолщенный привратник. Рентгенорадиологические методы проведены 30 % детям (гастрография) в связи сщ сложной клиникой , у 10% детей диагноз поставлен эндоскопически (фиброгастроскопия). Нами внедрен и применен метод ультразвуковой диагностики пилоростеноза у 60% новорожденных где: если а)показатели толщины гладкомышечного отдела составляет более 4 мм в)протяженность пилорического канала составляет более 17 мм, г) отсутствие пассажа жидкости через пилорический канал, несмотря на усиленную перистальтику желудка устанавливался диагноз врожденного пилоростеноза. При проведении мониторинга на операции диагноз был подтвержден. Таким образом, при ранней диагностике пилоростеноза ультразвуковое исследование и фиброгастроскопия на сегодняшний день являются ведущими методами исследования с достоверностью до 95-98%. При сложных случаях или несоответствии вышеописанного в комплекс исследования рекомендовано включать рентгеновские методы исследования

165. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Улугмуратов А.А., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.

Самарканд

Самаркандский Государственный
Медицинский институт

Цель. Поделиться опытом и результатами диагностики и лечения кишечной инвагинации у детей. **Материал и методы.** За период с 2009 по 2013 годы на обследовании и лечении в отделении детской хирургии СФРНЦЭМП находилось 39 детей с диагнозом «инвагинация кишечника» в возрасте от 5 месяцев до 9 лет. Мальчиков было 23 (59%), девочек 16 (42%). Первым и очень важным моментом при постановке диагноза, явилась правильная интерпретация с соответствующим аналитическим осмыслением анамнестических данных, которые служили фундаментом для решения вопроса о характере заболевания. Следующий этап на пути диагноза послужил анализ данных объективного осмотра, правильная объективная оценка клинических симптомов, их выявление и сопоставление с данными анамнеза и дополнительными методами диагностики. В комплекс обследования были включены УЗИ, рентгенологические методы включая пневмоирригографию, а также лабораторные методы исследования. В лечении инвагинации основным принципом явилась как можно ранняя дезинвагинация: консервативная либо оперативная, после соответствующей предоперационной подготовки.

Результаты. В 7 (18%) случаях при ранних (до 12 часов) сроках заболевания мы применили консервативный способ дезинвагинации, путем нагнетания воздуха в толстую кишку с последующей контрольной рентгенографией органов брюшной полости и пассажем контрастного вещества. У 32 (82%) детей пришлось прибегнуть к хирургическому вмешательству для дезинвагинации кишечника. Толсто-толсто кишечная инвагинация наблюдалась у 6 пациентов, илеоцекальная инвагинация была у 14 больных и у 12 детей диагностирована тонко-тонко кишечная инвагинация. Операция по дезинвагинации была выполнена у 28 (88%) больных. В остальных случаях (9%) по причине некроза инвагинированного участка кишки, пришлось выполнить резекции пораженного отдела кишечника. В одном случае (3%) резекция кишечника произведена с удалением илеоцекального угла и наложением анастомоза по типу конец в бок. У троих детей (9%) после резекции тонкого кишеч-



ника был наложен анастомоз конец в конец. В послеоперационном периоде в целях профилактики пареза кишечника была использована продленная перидуральная анестезия. Результаты лечения детей с инвагинацией кишечника оказались хорошими. Во всех случаях кишечные анастомозы зажили без осложнений.

Выводы. Таким образом, своевременный и дифференцированный подход к диагностике и лечению инвагинации кишечника способствует улучшению оказания квалифицированной хирургической помощи детям с данной патологией. Залогом успешного лечения детей с инвагинацией кишечника является своевременная диагностика и выполнение лечебных мероприятий только в условиях детского хирургического отделения специалистами-детскими хирургами.

166. ОСТРАЯ ИШЕМИЯ КИШЕЧНИКА В СТРУКТУРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ.

Федотова Е.В., Прилуцкий О.В., Чупров В.А., Савельева О.В.

Архангельск,

2)Северодвинск 1)ГБОУ ВПО «СГМУ», 2)ГБУЗ АО "Северодвинская ГБ №2 СМП"

Острая ишемия кишечника, от незначительных расстройств кровообращения стенки кишки до некроза кишечника, может поражать любой участок желудочно-кишечного тракта и является очень серьезной клинической ситуацией. Отсутствие лечения нередко приводит к летальному исходу, но и своевременная хирургическая тактика не является гарантией выздоровления. Летальные исходы могут достигать от 67% до 92%. Оперативное лечение данной патологии у 33,3% пациентов осложняется синдромом короткой кишки с 10% летальностью. Причин некроза кишечника много, принципиально выделяются две группы: окклюзионные и неокклюзионные поражающие факторы.

Цель нашего исследования — определить причины и исходы острого расстройства кровообращения стенки кишечника у пациентов городской больницы скорой помощи.

Материалы и методы: Предмет исследования: кишечник. Объект исследования: пациенты с некрозом кишечника. Проведен ретроспективный анализ 87 историй болезни пациентов, пролеченных в 1 хирургическом отделении ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница №2 Скорой медицинской помощи» 2010 по 2015 годы. За критический

уровень статистической значимости принимали уровень $p < 0,005$. Данные анализировались с применением программы STATA. Средний возраст пациентов $69,1 \pm 15,0$, нижняя граница возраста 31 год. Женщины – 49 случаев (56,3%), средний возраст $71,5 \pm 16,04$ нижняя граница возраста 31 год. Мужчины – 38 пациентов (43,7%), средний возраст $65,9 \pm 13,2$, нижняя граница возраста 34 года 03 [95%ДИ: 65,9 - 72,3].

Результаты: В 46,0% случаев причиной острого нарушения кровообращения кишки является мезентериальный тромбоз. Артериальная недостаточность висцерального кровообращения составляет в этой группе 91,9%, венозный тромбоз, как причина недостаточности висцерального кровообращения встречается в 8,1% случаев. Второй причиной по частоте встречаемости является ущемленная грыжа 24 пациента - 27,6%. Спаечная болезнь брюшной полости привела к некрозу кишки у 8,0% больных, в остальных 18,4% случаев причинами некроза кишечника были: панкреонекроз, множественные ранения кишечника, неспецифический язвенный колит, онкопатология различной локализации, гинекологическая патология, сепсис, эндотоксический шок. Пациенты доставляются в хирургический стационар в среднем через 43 часа от начала заболевания, причина такого позднего обращения это несвоевременное обращение за медицинской помощью, попытки самолечения, недооценка клинических проявлений на этапе оказания скорой медицинской помощи. В диагностическом алгоритме используются методы лучевой диагностики: обзорная рентгенография живота, УЗИ и СРКТ органов брюшной полости. Диагностическая лапароскопия, как первый этап хирургической помощи применяется в 24,1% случаев. В 88,5% выполнена лапаротомия, резекция кишки потребовалась у 62,3% пациентов, повторные резекции у 4-х пациентов (7,3% от всех резекций). Санационные лапаротомии потребовались в 12,9% клинических ситуациях (10 пациентов). Средний койко-день составляет $13,0 \pm 13,5$ ($P < 0,001$), летальность 56,3%, послеоперационная 57,1%. Наибольшая летальность отмечается при мезентериальных тромбозах – 94,6%, при послеоперационной летальности в этой группе 93,1%.

Выводы: Острое нарушение кровообращения в стенке кишки возникает по различным причинам, но приводит к тяжелым деструктивным изменениям, сопровождается высокой летальностью, в том числе и послеоперационной. Важным является своевременная госпитализация пациентов в стационар хирургического профиля, совершенствование хирургической тактики в лечении такой группы пациентов, как больные с мезентериальными тромбозами и ишемией кишки. Важным в лечении является оценка кровотока в непарных



висцеральных артериях, включение в хирургическую бригаду рентгенангиохирургов и применение современных малоинвазивных способов восстановления проходимости сосудистого русла.

167. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

*Фуныгин М.С.(1), Демин Д.Б.(1), Савин Д.В.(2),
Солосин В.В.(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" г. Оренбурга

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 2013-2016 гг. выполнено 12 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.

168. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

*Фуныгин М.С.(1), Демин Д.Б.(1), Савин Д.В.(2),
Солосин В.В.(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" г. Оренбурга

Острый аппендицит является самым распространенным острым хирургическим заболеванием. 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.

169. РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Бахметьев А.С.

Саратов

ГБОУ ВПО "Саратовский Государственный
Медицинский Университет им. В.И.
Разумовского" Минздрава РФ

Цель: выявить наличие и частоту встречаемости ранних осложнений после проведения каротидной эндартерэктомии (КЭ) по поводу атеросклеротического поражения сонных артерий.

Материалы и методы: проанализированы 140 КЭ (150 артерий; мужчин – 83; женщин – 67; средний возраст – 62,6 лет), проведенных в период с 2010 по 2014 гг. на базах "Саратовской клинической больницы №1" и "Саратовской областной клинической больницы" двумя методами: классическая КЭ (ККЭ) с прямым ушиванием артериотомического отверстия или с применением заплат из политетрафторэтилена и эверсионная КЭ

(ЭКЭ) по стандартной методике. Ультразвуковое триплексное сканирование (ТС) брахиоцефальных артерий проводили на 3-4 месяц после КЭ. Особое внимание уделяли зоне вмешательства. Оценивалась проходимость сонных артерий, геометрия бифуркации общей сонной артерии, наличие внутрисосудистых образований, а также параметры гемодинамики. В случае выявления ультразвуковых признаков атеросклеротического рестеноза (повторно-образованная в месте операции бляшка, сужающая просвет сосуда более чем на 20%), оценивалась эхоструктура бляшки, протяженность субстрата и наличие возможных осложнений бляшки, в том числе комбинированное атеротромботическое поражение. Степень стеноза измерялась в поперечном сечении (методика ECST), при невозможности достоверной визуализации – по диаметру (методика NASCET), ориентируясь на гемодинамические аспекты кровотока. КЭ проводилась по принятым рекомендованным показаниям (стеноз, равный или более 70% при асимптомной атеросклеротической бляшке и более 60% - при симптомной бляшке). Из исследования исключены пациенты, которым по разным причинам не удалось выполнить ТС в первые 3-4 месяца после КЭ.

Результаты. ККЭ проведено 60 (42,8%; 60 артерий) пациентам; ЭКЭ – 80 (57,2%; 80 артерий) больным. Первое контрольное ТС оперированного сегмента проводилось всем пациентам через 3-4 месяца после вмешательства (13,5 недель в среднем). Чаще всего в месте операции выявляли гиперплазию интимы (процесс репарации и образование неоинтимы, как правило, завершающийся через 4-5 месяцев после вмешательства; УЗ-признаки циркулярного гомогенного утолщения стенки артерий). Общее количество – 45 (32,1%) случаев гиперплазий интимы среди общего количества прооперированных. Среди пациентов с первичным ушиванием артериотомического отверстия (20 больных; 14,3%) гиперплазия интимы выявлена у 5 лиц (3,5%); после применения заплат из политетрафторэтилена (40 больных; 28,6%) – у 22 лиц (15,7%). Сонографически гиперплазия интимы практически во всех случаях представляла собой равномерное циркулярное гомогенное (преимущественно средней эхогенности) утолщение стенки, вызывающее во всех случаях гемодинамически незначимое сужение просвета оперированного сегмента (у пациентов после ушивания артериотомического отверстия заплатой максимальное сужение сонной артерии составило 30% по площади; средняя степень сужения – 19,8%; без применения заплат – максимальный стеноз до 22%; средняя степень сужения – 15,45%). После проведения ЭКЭ гиперплазия интимы в раннем послеоперационном периоде выявлена у 18 (12,9%)



пациентов (максимальный стеноз – 28%; средняя степень сужения – 14,9%). Ранние тромботические осложнения выявлены в 5 (3,5%) случаях (после ККЭ – 4 пациента с окклюзивным тромбозом и развитием во всех случаях острого нарушения мозгового кровообращения – ОНМК; после ЭКЭ – 1 случай тромботической окклюзии ОСА и ВСА с развитием ОНМК). Летальность в первые 3-4 месяца не была выявлена ни в одном из случаев. Остаточный атеросклеротический субстрат по результатам ультразвукового сканирования сонных артерий выявлен у 6 (4,3%) больных (22,3% по площади в среднем; min-15%, max-30%; во всех случаях – стабильные гиперэхогенные с элементами кальциноза бляшки). Среди остальных осложнений инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде встретился у 1 (0,7%) больного на 15-е сутки после КЭ. Частичный парез гортани обнаружился после проведения ККЭ в 2 (1,4%) случаях, который к исходу 2 недель самостоятельно разрешился. По-видимому, осложнение связано с пролонгированной атеросклеротической бляшкой и выделении внутренней сонной артерии на длительном протяжении. Выводы. Среди наиболее часто встречаемых (32,1%) ранних осложнений после проведения КЭ отметим выявление гиперплазии интимы в оперируемом сегменте. Тромботическая окклюзия зоны оперативного вмешательства выявлена в 3,5% случаев (у всех пациентов исход – ОНМК). Летальных исходов в ранний послеоперационный период не выявлено. Ультразвуковое ТС оперируемого сегмента является наиболее удобным и информативным методом инструментального исследования у прооперированных пациентов.

170.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА МНОГОСОСУДИСТОГО АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ У МУЖЧИНЫ 55 ЛЕТ

*Бахметьев А.С., Аристарин М.А.,
Сухоручкин А.А., Лойко В.С., Сухоручкин В.А.*

Саратов

ГБОУ ВПО "Саратовский Государственный
Медицинский Университет
им. В.И. Разумовского" Минздрава РФ

Цель исследования: демонстрация ультразвукового наблюдения клинического случая многососудистого аневризматического поражения у мужчины 55 лет. Материал и методы. Ультразвуковое исследование проводилось на стационарном аппарате экспертного класса на базе отделения ульт-

тразвуковой и функциональной диагностики Клинической больницы им. С.П. Миротворцева СГМУ. **Результаты.** Мужчина 55 лет обратился в диагностическое отделение в плановом порядке по направлению от сосудистого хирурга с жалобами на пульсирующее образование в правой подколенной области. При выполнении триплексного сканирования (ТС) артерий нижних конечностей выявлено пролонгированное на 24 мм веретеновидной формы аневризматическое расширение правой подколенной артерии до 16,5 мм в диаметре. По передней стенке — тромботические массы пристеночного характера, не сужающие истинный просвет сосуда и не влияющие на артериальную гемодинамику. На контрлатеральной нижней конечности — без особенностей (диаметр 6,1 мм). Следующим этапом было проведено ТС брюшного отдела аорты (жалоб пациент не предъявлял), где также было выявлено длиной 45 мм расширение веретеновидной формы диаметром до 58,5 мм с организованными циркулярными средней эхогенности тромботическими массами без стенозирования истинного просвета аорты. Аневризма располагалась ниже отхождения почечных артерий. Устья чревного ствола, верхней брыжеечной артерии не визуализировались (выраженный пневматоз). Также были осмотрены ветви дуги аорты, где выявлены ультразвуковые признаки стенозирующего гемодинамически-незначимого атеросклероза при нормальных диаметрах магистральных сосудов. Пациент отправлен на повторную консультацию к ангиохирургу. Выводы. ТС артерий является удобным неинвазивным и не требующим специальной подготовки инструментальным методом исследования при подозрении на аневризматическую болезнь практически любого артериального бассейна. Учитывая, по данным литературы, высокую частоту возможного наличия расширения брюшного отдела аорты при сформированной аневризме одной из периферических артерий, необходимо контрольное проведение ТС аорты в случае находки патологического расширения любой другой периферической артерии.

171.СОСУД В ДНЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Макшиев А.Э., Гоголашвили Д.Г.

Москва

РМАНПО, ГKB им. С.П. Боткина

Актуальность проблемы. Гастродуоденальные



кровотечения язвенной этиологии (ГДКЯЭ) являются проблемой глобального масштаба и характеризуются неугасаемой актуальностью. Актуальность темы обусловлена неуклонным ростом числа язвенных кровотечений, которые и без этого составляют до 60-80% среди всех геморрагических осложнений верхних отделов желудочно-кишечного тракта и неудовлетворительными уровнями летальности, особенно при рецидивных кровотечениях (РК). Как известно, у 10-30% пациентов после спонтанного или эндоскопического гемостаза ГДКЯЭ развивается РК, влекущей за собой существенное возрастание общей летальности до 30-45%. Представляется, что в обозримом будущем без совместных усилий научно-практических кадров хирургии и смежных специальностей ситуация коренным образом не изменится. Цель исследования. Определить корреляцию между наличием сосуда в дне язвенного дефекта и частотой развития рецидива кровотечения. Материал и методы. Исследование основано на данных статистического анализа 276 клинических наблюдений пациентов с ГДКЯЭ находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина, в период с 2011 по 2016 гг. Критериями включения пациентов в данное исследование явились: 1) ГДКЯЭ подтвержденное при urgentной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС); 2) отсутствие показаний к экстренному оперативному вмешательству при поступлении пациента в клинику; 3) пациенты с интенсивностью кровотечения по J.A. Forrest – 1a, 1b, 2a, 2b, 2c, в отношении которых было предпринято превентивное или же непосредственное гемостатическое эндоскопическое вмешательство. Возраст пациентов варьировал от 18 до 95 лет, среди них мужчин было 190 (68,8%), а женщин – 86 (31,2%), соотношение мужчин и женщин составило 2,2:1. Средний возраст всех пациентов равнялся – 58.4 ± 17.9 года, при этом средний возраст женщин выше среднего возраста мужчин, соответственно $71,8 \pm 13,4$ и $52,3 \pm 16,3$.

172. РАБОТА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Баулин А.А., Куприянов М.П., Шокаров Г.К.,
Баулина Н.В., Шиндин А.А., Стародубцев В.А.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им.Захарьина,
кафедра акушерства и гинекологии мединститута
ПГУ, Медиклиник

Эндоскопическая служба в области стала форми-

роваться с 70-х годов прошлого столетия с появлением первых полугибких гастроскопов, двух фиброгастроскопов и лапароскопов. Хотя до этого урологи многие годы использовали эндоскопический метод для диагностики патологии нижних отделов мочевыделительной системы, пульмонологи и фтизиатры применяли жёсткую бронхоскопию, гинекологи – кольпоскопию, а хирурги, проктологи – ректо- и ректороманоскопию. В 80-х годах всё шире стала применяться лапароскопия, стали закупаться фиброэндоскопы для различных учреждений, появились гибкие бронхоскопы, дуоденоскоп, колоноскопы был организован диагностический центр, на который возложены обязанности координирующего органа. Жёсткие эндоскопы были в основном фирмы «Шторц», гибкие – «Олимпус» или «Красногвардеец» Стали выполняться первые РХПГ и ЭПСТ. В государственную ежегодную статистику стали поступать отчёты о применении эндоскопических методов. Фиброскопия и лапароскопия стала неотъемлемой частью работы экстренных служб, как за счёт внутренних возможностей ЛПУ, так и за счёт выездной скоромощной работы. Количество эндоскопических приборов различного назначения достигло сотен единиц, число исследований нарастало и насчитывало уже десятки тысяч. С появлением двух видеостоек с 1994 года и видеоэндоскопов в двухтысячных годах начался новый этап не только применения эндоскопической аппаратуры для диагностики, но и для оперативной помощи. Появились частные клиники с различной эндоскопической техникой, в основном – современной видеоэндоскопической, фирм «Олимпус», «Шторц», «Пентакс», «Фьюджинон», Российских, Китайских и др. Однако, их работа не отражается в государственной статистике, и это большой недостаток. Также как и большим недостатком является неуспевающая потребность в данных, что представляют государственные ЛПУ, например, развёрнутая работа всех эндоскопических приборов, их эффективность, в том числе по специальностям, количество эндоскопических операций, их процент в общей массе, по отдельным нозологиям и др. Всё это не создаёт полную картину работу этой важнейшей службы в здравоохранении. В 20-м столетии число всех исследований в области перевалило за сотню тысяч. Так в 2012 году по данным госстатистики всего было выполнено 132.309 эндоскопических исследований. Из них: эзофагогастродуоденоскопий – 76.716, т.е. более половины от всех; колоноскопий - 4.795, что явно не соответствует потребностям современной медицины; бронхоскопий – 6.008, конечно, подавляющая часть это фиброскопии; прочие – 44.790, вот здесь большой вопрос, а что это за исследования, которые составляют третью часть от всех.



Все исследования сопровождались: лечебными действиями у 736, 39, 2376 и 41; взятием материала для гистологического исследования у 2591, 762, 683 и 4904; взятием материала для цитологического исследования у 1281, 229, 1102 и 26.696 пациентов соответственно. Как оказалось, в прочие вошли цистоскопии, уретро- и уретероскопии, лапароскопии, гистероскопии и др., но нет уточнений об оперативном применении, в том числе для КЛТ, резектогистероскопии, ТУР, какие хирургические операции и др. Всего в ЛПУ числится 531 эндоскопический прибор: фиброгастроскопов - 147 (не указано сколько дуоденоскопов), лапароскопов - 47 (нет сколько стоек), колоноскопов - 44, гистероскопов - 36, цистоскопов, бронхоскопов - 41 (не указано сколько жёстких). Во всех ЛПУ до трети приборов числятся как сломанные, но таких общих данных нет. Всё это затрудняет оценку эффективности использования аппаратуры. Конечно, на местах в ЛПУ такие данные есть, но они рассеяны, государственной статистике не интересны, но, с нашей точки зрения, напрасно. Также как и штатное обеспечение для работы с этими приборами. Так зарегистрировано только 78 штатных единиц эндоскопистов и катастрофическое количество физических лиц - всего 37. Приходится просто догадываться, что много оборудования не используется, большая часть работы выполняется врачами смежных специальностей и совместителями, что реализовано, например, в нашей больнице, где все хирурги имеют плюс два сертификата: по эндоскопии и ультразвуковой диагностике. Это даёт возможность получать более чёткую диагностику и маневрировать кадрами. Как пример можно взять конкретную работу эндоденалии нашей больницы (данные год от года могут незначительно варьировать), где сосредоточена 1\6 часть штатных единиц и специалистов области, в семи кабинетах находится 1\20 часть эндоскопов, в них и в палатах, операционных выполняется около 8% от всех исследований в области, т.е. наиболее максимально используется аппаратура. Из всех 910 эндоскопических операций и манипуляций выполнено лечебных эндоскопий, в том числе: электроэксцизионная полипэктомия - 32; электрокоагуляция полипов и других доброкачественных опухолевидных образований - 7; заведение зондов для энтерального питания - 77; удаление инородных тел из пищевода и желудка - 38; ЭРХПГ и ЭПСТ - более ста; аргоноплазменных коагуляций кровоточащих сосудов - 93; всего удалено полипов пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки - 30 у 22 больных; обкалывание краёв ложа удаленных резидуальных полипов 96% этанолом; прицельное орошение поверхности кровоточащих язв 5% раствором нитрата серебра, обкалывание области кровоточащих сосудов желудка и

12-ти перстной кишки 0,0005% раствором адреналина; санационные бронхоскопии с применением антибиотиков и гормонов, эндоскопическая бронхоблокация - 3, электроэксцизия полипов голосовой складки, электрокоагуляция полипа левой голосовой складки, постинтубационных грануляций и гиперкератозных разрастаний гортани и подскладковых пространств. Ежегодно выполняется по экстренным показаниям около 2262 - 2860 исследований, из них по поводу ЖКК 301 - 467 ЭГДС, экстренных ФБС - 290. С целью уточнения диагноза и по поводу инородных тел выполнено 1795 эзофагогастроскопий. Эндоскопия при кровотечениях верхних отделов пищеварительного тракта всего 329 (100%): Язвенная болезнь желудка и ДПК 134 (40,73%) - Язвенная болезнь ДПК 55 (16,97%); Язвенная болезнь желудка 79 (24,38%); Не язвенные кровотечения 190 (57,75%) - С-м Меллори-Вейса 40 (12,34%); Эрозивно-геморрагические эзофагогастродуодениты 109 (33,64%); Рак желудка 8 (2,46%); Варикозно расширенные вены пищевода 24 (7,4%); Химические ожоги пищевода и желудка 5 (1,54%); Кровотечения из ГЭА (после операции) 4 (1,23%); Полипы желудка 3 (0,92%); Рак пищевода 1 (0,3%); Состояние после ЭПСТ, С-р БДС, Туберкулез легких, Посттравматический геморрагический эзофагит и др. - единичные; Причина не установлена 5 (1,52%). При плановой эндоскопии впервые выявлено ЯБДПК - 113, ЯБЖ - 35, ЯБДПК и ЯБЖ (одновременно) - 5, с множественными язвами желудка - 7, с множественными язвами ДПК - 11, осложнения ЯБЖ с угрозой кровотечения - 5, осложнения ЯБДПК в виде угрозы кровотечения - 8, деформаций - 52 различные стенозы - 15, рак желудка - 37. В связи с подготовкой эндоскопистов из хирургов очень активно стала развиваться дуоденоскопия, РХПГ, ЭПСТ - превышает сотню ежегодно. Осложнения после внутрипросветных эндоскопий очень редки, кроме дуоденоскопий, где они снизились с 37,2% до 7,1% (в основном панкреатит и кровотечения). Приведённые данные будут полезны для сравнения работы служб.



173. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Баулин В.А., Баулина Е.А., Модин И.В.,
Баулина О.А., Литвиненко А.И., Баулин А.А.,
Беляков Ю.Н.*

Пенза, г. Подольск
и г. Мытищи Московская область

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им. Захарьина,
хирургические отделения Подольской
и Мытищинской городских клинических больниц

Частота рецидивов при классической пластике пахового канала варьирует от 3,4% до 18% при первичных грыжах и до 30% при рецидивных. Способ Постемпского советской и российской школами хирургов длительно признавался как надёжный, особенно при рецидивах. Изучение причин рецидивов показало, что даже пластика собственными тканями у женщин не приводит к рецидивам, у мужчин же причиной в первую очередь является вынужденное оставление отверстия для канатика, через которое и образуется новое выпячивание. При протезировании полипропиленовой сеткой рецидивы составляют 0,5-2,5%, однако большинство авторов единодушно признают два слабых места при данной пластике: медиальную сторону, медиальный угол и отверстие для канатика. На первом этапе до применения сетки мы изучили результаты 134 операций по Постемпскому у мужчин 19-72 лет ($M \pm m = 53,3 \pm 3,6$) в сравнении с методами Жирара-Спасокуцкого со швами Кимбаровского у 122 больных 18-69 лет ($M \pm m = 48,3 \pm 2,7$) и Бассини у 89 - 21-74 лет ($M \pm m = 54,2 \pm 4,8$), где рецидивы возникли у 5,4%, 3,7% и 5,2% соответственно. Мы пришли к выводу, что причиной рецидива является телескопическое перемещение элементов семенного канатика во вновь сформированном отверстии. Использование дополнения в виде «П»-образного шва, который формируется во вновь образованном отверстии с разделением элементов семенного канатика на три части и предотвращает телескопическое перемещение, привело к сокращению рецидивов в первой группе до единичных (у 1 из 167 – 0,6%). Как известно, основная заслуга Лихтенштейна заключается в использовании для пластики полипропиленовой сетки, а методика фиксации была разработана ещё в 50-х годах прошлого столетия. Она не изменилась и до сегодняшних дней и предполагает подшивание сетки к пупартовой и куперовской связкам, перемизию внутренней косой мышцы, создание отверстия для канатика. На этапе внедрения сетки

мы столкнулись с пациентами с рецидивами, оперированными в разных других клиниках и заметили, что причинами являются некрепкая фиксация медиального края сетки, особенно непрерывным швом, фиксация к мышцам, вследствие чего сетка крепится ненадежно и «сползает» в латеральную сторону к пупартовой связке. Тем самым образуется слабое место с выпячиванием по типу прямой грыжи. А вынужденное оставление отверстия для семенного канатика и смещение его структур (элементов, оболочек, стенок), подобное перемещению трубок телескопа, формирует другое слабое место пластики. Изучены в сравнительном плане две группы больных. В первой из 50 мужчин 28-72 лет ($M \pm m = 52,1 \pm 5,2$) применена методика общепринятого крепления сетки, во второй из 248 больных 27-82 лет ($M \pm m = 59,3 \pm 2,6$) – использовалась модифицированная техника. С целью предотвращения смещения сетки мы вначале под контролем зрения в медиальном углу накладываем провизорные швы (5-7) на пупартовую и куперовую связки, а медиальные швы проходят с обязательным захватом апоневроза наружной косой мышцы. Затем поочередно прошиваем медиальный край и угол сетки сообразно наложенным швам, и завязываем нити. Медиальный угол чётко перекрывается сеткой. Далее продолжаем фиксировать медиальный край сетки к внутренней поверхности апоневроза наружной косой мышцы, а латеральный – к пупартовой связке. Тем самым вся сетка фиксируется к плотным структурам. Помещённый канатик в подготовленное отверстие также как и при классической пластике по Постемпскому прошивается «П»-образным швом, который разделяет одно отверстие, через которое выходит канатик, на три почти равные части без тугого затягивания нити. Во вновь сформированном отверстии круглой иглой капроном №3 вначале прошивали один край сетки, затем под контролем зрения этой иглой с нитью прошивали семенной канатик, как бы отделяя третью часть от $2/3$. Следующим стежком прошивали противоположный край сетки и снова через канатик уже осторожно разделяя $2/3$ порции канатика как бы пополам. Нить только протаскиваем и завязываем, не затягивая туго, образуя уже как бы букву «О». Видно, что при тракции за канатик до наложения шва элементы канатика свободно перемещаются телескопически, а после – перемещение прекращается. Некоторое время наблюдаем за канатиком на предмет возможного венозного стаза. Тем самым ограничивается продольное перемещение семенного канатика, фиксированного к тканям отверстия. Для уменьшения серозного отёка, который всегда сопровождает послеоперационный период, как ответ на инородное тело, применяем дренирование подапонеуротического пространства двумя тонкими трубка-



ми на 1-2 дня. Послеоперационное течение было идентичным, контроль осуществляли УЗИ с целью наблюдения за сосудами семенного канатика и накоплением жидкости вокруг сетки. Доплерография не выявила нарушений кровотока в семенных канатиках и яичках. При скоплении жидкости применяли пункцию для эвакуации. При контрольных УЗИ у 62 пациентов в сроки свыше 5 лет атрофии яичек не наступало. При сроках наблюдения от 3 до 12 лет, в первой группе выявлено 2 рецидива (4.0%), при применении новой методики рецидивов при осмотре 226 мужчин не наблюдали ($p \leq 0,004$).

174. ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ГБУЗ “ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО”

Сергацкий К.И., Баланюк К.В.

Пенза

ФГБОУ ВО “Пензенский государственный университет”, Медицинский институт, кафедра “Хирургия”

Введение. Острый парапроктит является одним из наиболее частых гнойно-воспалительных заболеваний среди больных колопроктологического профиля (Евтушенко Е.И. и соавт., 2016). Одной из тяжелых форм заболевания является анаэробный парапроктит, промедление с началом лечения которого, делает прогноз для больных крайне неблагоприятным (Шелыгин Ю.А. и соавт., 2012). Острый парапроктит анаэробной этиологии относится к числу жизнеугрожающих заболеваний, уровень летальности составляет 15-40%, а при генерализации процесса достигает 80% (Егоркин М.А., 2011).

Цель: изучить структуру летальности больных острым парапроктитом среди всех летальных случаев отделения колопроктологии за 2009-2015 гг.

Материалы и методы. Всего за период 2009-2015 гг. в отделении колопроктологии ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко” под наблюдением было 13256 пациентов, прооперировано 11143 больных. Проведен ретроспективный анализ летальных случаев по истории болезни за семилетний период.

Результаты. За отчетный период умерло 57 (100%) пациентов. 23 (40,4%) имели диагноз злокачественного новообразования ободочной или прямой кишки. Летальный исход у данных больных наступал, как правило, на фоне осложнений онко-

процесса. В 8 наблюдениях опухоль локализовалась в прямой кишке, у 5 больных - в сигмовидной кишке, в двух наблюдениях – в поперечно-ободочной кишке, у 3 пациентов - в ректосигмоидном отделе, у 2 больных - в левом, у 1 – в правом изгибе ободочной кишки, у 1 больного – в слепой кишке, в 1 наблюдении – в восходящей ободочной кишке. 4 (7%) больных умерли с диагнозом язвенного колита тяжелого течения. 13 (22,8%) пациентов умерли на фоне интоксикации, полиорганной недостаточности после вскрытия, дренирования флегмоны, некрэктомии при наличии острого гнилостно-некротического парапроктита, флегмоны промежности, передней брюшной стенки, крестца и бедер. У одного из этих пациентов причиной внезапной смерти послужил острый инфаркт миокарда. Еще в двух случаях у больных был выявлен рак прямой кишки с метастазами в печень, осложненный гнилостным парапроктитом. 2 (3,5%) умерли от острой кишечной непроходимости, не связанной с органической патологией толстой кишки (заворот сигмовидной кишки, синдром Огилви). Еще 4 (7%) пациента погибли с диагнозом дивертикулярной болезни ободочной кишки с перфорацией и разлитым перитонитом. В 1 (1,75%) наблюдении пациентка оперирована по поводу гигантской ворсинчатой опухоли прямой кишки, кишечного кровотечения. Из-за тяжести состояния выполнена сигмостомия, тампонада. На следующие сутки возник рецидив кровотечения, который стал фатальным для пациентки. 2 (3,5%) умерших больных были оперированы по поводу мезентериального тромбоза. 1 (1,75%) пациент с диагнозом травмы прямой кишки, обширная параректальная гематома погиб после аррозивного рецидивного кровотечения из бассейна внутренних подвздошных артерий. 1 (1,75 %) пациентка умерла с диагнозом наружного толстокишечного свища. В анамнезе нефрэктомия, интраоперационное повреждение ободочной кишки. В послеоперационном периоде осложнение - гнилостная некротическая флегмона левой поясничной области, передней брюшной стенки. По причине декомпенсации сопутствующей патологии умерло 6 (11%) пациентов.

Заключение. Общая летальность в отделении колопроктологии за 2009-2015 гг. составляет 0,43%, послеоперационная – 0,51%. Летальность больных острым парапроктитом составила 22,8% от всех летальных случаев. Острый парапроктит остается на втором месте среди умерших пациентов отделения колопроктологии.



175. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НА ФОНЕ НЕСТАНДАРТНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПОПЫТОК САМОПУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Сергацкий К.И., Баланюк К.В.

Пенза

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский институт, кафедра «Хирургия»

Цель исследования: привести клинический пример успешного лечения задержки мочеиспускания на фоне нестандартного инородного тела прямой кишки после предварительных попыток самопункции мочевого пузыря.

Материалы и методы. Больной 59 лет обратился в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» с жалобами на наличие инородного тела в прямой кишке, задержку мочи.

Анамнез заболевания: в раннем детском возрасте перенес операцию по поводу грыжи межпозвоночного диска, в ходе которой получил травму спинного мозга. В последствие у больного отмечается парез нижних конечностей, с нарушением функции тазовых органов. Около 15 лет назад больной начал отмечать выпадение прямой кишки, по мере усиления которого стало беспокоить недержание каловых масс. Для устранения этой проблемы больной применял анальные тампоны и подручные предметы (яблоки). Около 3-х дней назад пациент ввел себе в прямую кишку мяч для игры в большой теннис, который не смог извлечь самостоятельно. Около 2-х суток назад у больного появилась задержка мочи, которую он пытался устранить самостоятельно с помощью самопункции мочевого пузыря одноразовым шприцем через переднюю брюшную стенку. Объективно: сфинктер атоничен, анальное отверстие зияет. Отмечается выраженное пролабирование слизистой прямой кишки. Пальпаторно в прямой кишке определяется нижний полюс инородного тела на расстоянии 8 см от ануса. На передней брюшной стенке в проекции мочевого пузыря имеются следы от инъекций с кровоподтеками вокруг (зоны самопункции). Не мочился 2-е суток. При пальпации передней брюшной стенки в проекции мочевого пузыря наблюдается увеличение последнего, выраженная болезненность. После кратковременной предоперационной подготовки больной был оперирован: с помощью крючков Фарабефа и зажима Кохера выполнена тракция инородного тела

в каудальном направлении с последующим извлечением. Затем прямая кишка была тампонирована салфетками с перекисью водорода 3%, наложена асептическая повязка. Попытка катетеризации мочевого пузыря в предоперационном периоде успехом не увенчалась. После извлечения инородного тела восстановлено самостоятельное мочеиспускание (первое мочеиспускание - до 2-х литров концентрированной мочи). Результаты: получен удовлетворительный результат лечения, инородное тело извлечено. Пассаж каловых масс по прямой кишке и мочеиспускание полностью восстановлены. Выписан на 3 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Извлечение инородного тела прямой кишки позволило полностью восстановить самостоятельное свободное мочеиспускание и пассаж каловых масс по прямой кишке.

176. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ

*Маликов Ю.Р., Азимов А.А., Маматов К.С.,
Давронов А.У., Хотамов И.Э.*

Навои, Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Навоийский филиал, Узбекистан

В настоящее время эхинококкоз печени остается одной из актуальных проблем в хирургии печени. Внедрение современных технологий в медицине открывает новые возможности в малоинвазивной хирургии. В Навоийском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за последние три года (2013-2015) с диагнозом эхинококкоз печени пролечены 146 больных. Среди больных мужчин было 53 (36,3%), женщин - 93 (63,7%). Как показали наши наблюдения, среди сельского населения эхинококк печени встречался в 3,5 раза чаще, чем среди жителей городского населения. Возраст больных колебался от 12 до 74 лет и в среднем составил 34,8 года. Всем больным проводилось обследование по принятому стандарту: общий осмотр, лабораторные анализы, ультразвуковое исследование, рентгеноскопия грудной и брюшной полости, компьютерная томография, по показаниям консультации смежных специалистов. Размеры эхинококковых кист печени составляли от 5 до 18 см. По анатомической локализации: 129 (88,3%) случаев киста располагалась в правой доле печени, и в 17 (11,7%) случаях в левой доле печени. Для



определения хирургической тактики в каждом случае подходили строго индивидуально. В случаях: размера кисты более 10 см, ее расположение в VII-VIII сегментах печени, многокамерности кисты, с наличием множества дочерних цист, также множественные, рецидивные и осложненные кисты печени (прорыв эхинококковых кист в желчные протоки, нагноение кист, их разрыв) больные подвергались операции традиционным способом. Если киста была менее 10 см, однокамерная, не осложненная и располагалась на периферии, в таких случаях больным проводилась эхинококкэктомия лапароскопическом путем. Так традиционная эхинококкэктомия выполнена 127 (83,9%) больным, лапароскопическая проведена у 19 (13,1%). При традиционной эхинококкэктомии из печени: у 5 (3,9%) больных выполнена идеальная эхинококкэктомия, у 12 (9,4%) случаев выполнен полный капитонаж остаточной полости, у 110 (86,6%) эхинококкэктомия с капитонажем остаточной полости на дренажной трубке. При лапароскопической эхинококкэктомии лишь в 1 (5,3%) случае произвели идеальную эхинококкэктомию, в 18 (94,7%) случае была выполнена эхинококкэктомия с оставлением дренажной трубки в остаточной полости. При лапароскопической эхинококкэктомии из печени установка лапаропортов определялась согласно общих принципов эндохирургии с соблюдением правил асептики и антисептики. Послеоперационные осложнения при традиционном способе наблюдали: у 12 (9,4%) больных, истечение желчи из трубки остаточной полости, у 22 (17,3%) нагноение остаточной полости, у 6 (4,7%) больных нагноение послеоперационной раны. После лапароскопической эхинококкэктомии осложнения в виде истечения желчи из трубки находящейся в остаточной полости наблюдали у 3 (15,7%) пациентов. Других осложнений не наблюдались. Все больные получали профилактическую химиотерапию с альбендазолом в дозе 10-12 мг/кг. Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия являясь малоинвазивным вмешательством, которое сокращающее частоту послеоперационных осложнений, способствуя быстрой активации больных и уменьшению нахождения больных в стационаре.

177. АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ВЫРАБОТКА КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Шурлов А.А., Еремин А.Е., Переходов В.М., Мишоян М.Р.

Батайск

МБУЗ ЦГБ г.Батайска Ростовской области

Введение. Высокая смертность и рост заболеваемости острым панкреатитом, отсутствие единого подхода к ведению и выбору лечебной тактики, консервативное или оперативное, ухудшение экономической обстановки, высокая стоимость многокомпонентной интенсивной терапии, обуславливает актуальность данной темы.

Цель работы. Выработка единого подхода в лечении острого панкреатита.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на анализе результатов лечения 387 пациентов с острым панкреатитом проходивших лечение в МБУЗ ЦГБ г.Батайска в период с января 2011 года по октябрь 2016года. Средний возраст больных составил 38лет. Период исследования разделен на два промежутка: Первый(1) - с 2011 года по 2013год с преобладание активной хирургической тактики при деструктивных панкреатитах. Второй(2) с 2014 года по 2016 год с преобладанием консервативного подхода в лечении деструктивных форм панкреатита. Больные были разделены на группы: Первую группу (1.1- период с 2011 по 2013год и 2.1- период с 2014 по 2016год) составили пациенты которых опосредованно можно отнести к панкреатитам (с кратковременным повышением ферментов поджелудочной железы, без развернутой клиники, на фоне иного первичного патологического процесса или состояния, купированное в течении 1-2 дней консервативной терапией) - 147 человек. Вторую группу (1.2 и 2.2) составили пациенты с острым панкреатитом без деструктивных изменений в поджелудочной железе, без существенных изменений и поражения других органов и систем, но стойким высоким повышением панкреатических ферментов, требовавший длительной многокомпонентной интенсивной терапии – 168 пациентов. Третью группу (3.1 и 3.2) составили пациенты с тяжелыми деструктивными формами панкреатита, сопровождавшегося деструктивными изменениями в поджелудочной железе, появлением затеков в парапанкреатической клетчатке, патологическими проявлениями со стороны других органов и систем, требовавшие длительной многокомпонентной терапии, при-



менения эферентных методов гемофильтрации, с или без проведения оперативных вмешательств – 72 пациента. Основным интерес представляют вторая и третья группы пациентов. Особенно сравнение методов лечения и результатов по временным группам. Результаты. В группах 1.1 и 1.2 смертность составила 2% (от интеркуррентной патологии, не связанной с патологией поджелудочной железы). В группах 2.1 и 2.2 смертность составила 8% (от обострения тяжелой сопутствующей патологии, в основном сердечно-сосудистой, на фоне тяжелого панкреатита). В группах 3.1 и 3.2 смертность составила 43%, при этом особо отмечает внимание на разительную разницу смертности по временным группам. В группе 3.1 смертность составила 69%, в то время как в группе 3.2 смертность составила 16%, исключительно у пациентов с оперативными вмешательствами. Однако это не говорит о том, что оперативное вмешательство явилось причиной летального исхода. При этом в группе 3.2 ряд пациентов умерших в послеоперационном периоде, первично оперированы в ранние сроки начала заболевания без убедительных признаков гнойно-септических осложнений, при подозрении на иные острые хирургические состояния (диагностические лапаротомии). При исключении данных пациентов, смертность в группе 3,2 составила 9%. **Выводы.** На основании проведенного анализа можно заключить - в лечении пациентов с деструктивными формами острого панкреатита необходимо придерживаться максимально консервативной тактики. Оперативные пособия должны применяться по абсолютным показаниям, при наличии гнойно-септических осложнений, после исчерпания всего комплекса многокомпонентной интенсивной терапии и после комиссионного принятия решения о целесообразности оперативного пособия данной категории пациентов.

178. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРА ПРИ ВРОСШЕМ НОГТЕ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ

Сухоручкин А.А. (1), Бахметьев А.С (2), Сухоручкин В.А. (2) Кирсанов, (2) Саратов

- 1) ООО «Бизнеспро» частная клиника «Медицинский центр»
- 2) ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ

Цель исследования: продемонстрировать эффективность лазерной бесшовной коррекции вросшего ногтя 1 пальца стопы с регионарной анестезией под контролем УЗИ. Материалы и методы. В

исследование включены 15 пациентов (с ноября 2015 года по ноябрь 2016 года) с вросшим ногтем в возрасте 14-17 лет (жалобы на боль при ходьбе и воспаление околоногтевого валика у всех обратившихся; перифокальное гнойное воспаление у 6 пациентов). Манипуляция и ультразвуковой контроль во время процедуры выполнены на базе частной клиники «Медицинский центр» (г. Кирсанов, Тамбовская область). Используемые УЗИ-сканеры высокого класса разрешения: Mindray DC-3 и Chison Sonotouch 80 (Китай). Результаты. Первым этапом всем пациентам под ультразвуковым контролем линейным датчиком с частотой 3-12 МГц выполнялась регионарная анестезия (1 мл ультракаина). Далее проводилась лазеротомия ногтевой пластины, патологического участка с удалением ростковой зоны ногтя из ногтевого ложа. Выполнялся гемостаз лазерокоагуляцией и накладывалась мазевая повязка (гидрофильная мазь Левомиколь). Заживление раны в среднем происходило за 11,3 суток. Заболевание возникло повторно лишь в одном (6,7%) случае. Обсуждение и выводы. Применение высокоинтенсивного излучения лазерного аппарата позволило производить резекцию ногтевой пластины с хорошим гемостатическим эффектом у всех пациентов и без наложения швов на послеоперационную рану. Рецидив заболевания возник лишь в одном случае. Ультразвуковой контроль при введении анестетика позволил использовать значительно меньшее количество препарата при регионарной анестезии.

179. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО 3-D МОДЕЛИРОВАНИЯ СПЛЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ.

Назаров Р.М., Каторкин С.Е., Быстров С.А., Колсанов А.В., Зельтер П.М.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Известно, что одной из актуальной проблемы в разделе хирургии брюшной полости является лечение пациентов гематологического профиля, которым при неэффективности консервативной терапии показана спленэктомия, дающая стойкий клинический эффект у 65-85% больных (К.В. Пучков с соавт., 2011; Б.Ю. Цветков, 2012). Однако традиционная спленэктомия сопровождается



длительным пребыванием больных в стационаре, высоким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений, неудовлетворительными косметическими результатами. Наиболее частыми хирургическими осложнениями спленэктомии являются внутрибрюшное кровотечение, поддиафрагмальный абсцесс, острый панкреатит. Одной из причин такого высокого процента развития осложнений является – отсутствие метода предоперационного 3-D моделирования органа, артерий, вен, патологических образований и добавочной селезенки, способствующей смоделировать возможную операцию, выявить тип васкуляризации селезенки, взаимосвязь с хвостом поджелудочной железы и тем самым избежать потенциальные осложнения. Недостатки применяемых методов предоперационной диагностики. Недостатком общепринятого УЗ-метода является отсутствие достоверной информации о характере процесса в зоне оперативного вмешательства: невозможность оценить тип васкуляризации селезенки, топографии хвоста поджелудочной железы в её воротах, визуализации добавочных селезенок, что является важным в современной тактике лечения пациентов с заболеваниями системы крови, повышает радикальность операции, влияющей как на исход заболевания, так и на качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде. КТ с болюсным контрастированием без цветового картирования не представляет возможностей для решения ряда вопросов: 1. Сегментация (выделение) патологического очага от окружающей ткани. 2. Представление очага с питающими его сосудами для планирования линии разреза, лигирования. 3. Отсутствие полного самостоятельного визуального изучения выполненного исследования и представление данной информации непосредственно в операционной. Цель применения – улучшение результатов лечения больных с заболеваниями системы крови, путем разработки предоперационного 3-D моделирования на основе анализа данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) при выполнении спленэктомии. Сущность. Для устранения указанных недостатков нами, совместно с врачами-рентгенологами, программистами, разработан способ 3-D моделирования на основе анализа данных МСКТ при выполнении спленэктомии у больных с заболеваниями системы крови. Способ осуществляется следующим образом. Исследование проводилось у пациентов проходивших лечение в Клиниках ФГБОУ ВО СамГМУ на базе клиники госпитальной хирургии. Всем пациентам проводится МСКТ на 32-срезовом и 64-срезовом компьютерных томографах. Исследования проводится с болюсным введением неионного контрастного вещества с помощью автоматического шприца-ин-

жектора (скорость введения 4-5 мл/с). Получали артериальную, венозную и отсроченную фазы контрастирования. Затем изображения в формате DICOM загружались в разработанную программу «Автоплан» с плагинами селезенки, патологических очагов и сосудистых структур. Сегментация и 3D-моделирование проводится врачами-рентгенологами при непосредственном участии врача-хирурга. Сначала в полуавтоматическом режиме производится сегментация селезенки, затем пользователь в ручном режиме исправляет погрешности. Далее также в полуавтоматическом режиме выделяются очаговые образования и в автоматическом режиме отслеживаются сосудистые структуры. Проводится формирование текущих плоскостей. Хирург проводит виртуальную линию необходимую для выполнения спленэктомии, задает интересующие опорные точки (взаимоотношение с хвостом поджелудочной железы, тип васкуляризации селезенки и т.д.). На обработку одного исследования затрачивается от 15 до 30 минут в зависимости от сложности патологии и поставленных задач. Отличие. От ранее известных методов предоперационной диагностики заключается в том, что предложенный нами способ 3-D моделирования спленэктомии позволяет хирургу заранее подготовиться к операции с учетом знания индивидуальных топографо-анатомических особенностей области предстоящего оперативного вмешательства. Знание особенностей васкуляризации селезенки и топографии хвоста поджелудочной железы в ее воротах позволяет прецизионно выделять и лигировать сосуды, что повышает качество гемостаза, а также уменьшает вероятность травмы поджелудочной железы. Дооперационная визуализация добавочных селезенок повышает радикальность операции и позволяет вовремя корректировать хирургическую тактику лечения и тем самым улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных, сократить пребывание пациентов в стационаре. **Преимущества:** 1) Неинвазивный метод исследования; 2) Позволяет не только своевременно диагностировать топографо-анатомические особенности области оперативного вмешательства, но и прогнозировать ход операции у больных с заболеваниями системы крови; 3) Ранняя и более точная диагностика позволяет вовремя предпринять различные мероприятия по устранению возможных интраоперационных осложнений, что в свою очередь благоприятно сказывается на результатах лечения больных гематологического профиля; 4) обладает высокой информативностью – 95% и диагностической ценностью – 99%.



180. ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Белоконев В.И., Грачев Д.Б., Афанасенко В.П., Голубева Е.М.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Применение протезирующих способов герниопластики в целом позволило улучшить результаты лечения этой распространенной и сложной патологии. Однако по мере расширения показаний к применению протезов появились работы, в которых рассматриваются осложнения (серомы, длительно незаживающие раны, свищи между протезом и поверхностью кожи, рецидивы заболевания), которые развиваются при их использовании. Способствуют развитию осложнений обострения сопутствующих общих заболеваний, среди которых сахарный диабет и ожирение занимают особое место. По данным литературы отмечается увеличение числа больных с ожирением, которое предрасполагает к развитию как первичных, так и рецидивных грыж, частота которых может достигать 64% - 92% (Аутлев К.М. с соавт., 2014).

Цель работы - улучшение результатов лечения грыж у больных с ожирением, путем обоснования объема и совершенствования техники оперативных вмешательств.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 181 больного с ожирением у 164 с послеоперационными вентральными грыжами (мужчин - 19/17,7%; женщин - 135/82,3%) и 17 с паховыми грыжами. Распределение пациентов по ИМТ: ожирение: I степени было у 70(38,9%); II степени у 86(47,5%); III степени у 25(13,6%). В зависимости от локализации и размера грыж операции выполняли под спинальной анестезией и эндотрахеальным наркозом. При лечении больных со срединными вентральными грыжами применяли переднюю ненапряжную протезирующую пластику комбинированными способами (Белоконев В.И. с соавт., 2007); при малых и средних пупочных грыжах - предбрюшинную пластику с сохранением пупочного кольца, при больших - протезирующую герниопластику комбинированным способом; при паховых грыжах - переднюю протезирующую пластику пахового канала комбинированным способом. Во время операций большое внимание уделяли доступам для выполнения грыжесечений. У пациентов с большими и гигантскими грыжами и свисающими кожно-подкожными фартуками операции выполняли из поперечных доступов. На

завершающем этапе рану в обязательном порядке дренировали, используя для этого полихлорвиниловые трубки от одноразовых систем с подключением их к вакуумному аспиратору.

Результаты и их обсуждение. У 164 пациентов с ожирением по классификации J. Chevrel и R.M.Rath (1999) размер грыжи W1 был у 8(4,8%), W2 - у 60(36,9%), W3 - у 40(24,3%), W4 - у 56(34%). У больных с ожирением выполнение операций было затруднено из-за особенностей развития подкожной жировой клетчатки. Поперечными доступами иссечение кожно-подкожного фартука выполнено у 28(16,9%) больных с размерами грыж W3 и W4 с индексами массы тела II-III степени. При сочетаниях грыжи со спаечной хронической тонкокишечной непроходимостью и желчнокаменной болезнью, после герниолапаротомии рассечение спаек, аппендэктомия при вовлечении в процесс червеобразного отростка с признаками хронического воспаления и холецистэктомия выполняли открытым способом. У пациентов с ИМТ III степени и размерами грыж W1 и W2 операции выполняли вертикальными доступами в зоне расположения грыжи без иссечения кожно-подкожного фартука, чтобы не увеличивать риск развития послеоперационных раневых осложнений при расширенной мобилизации кожи и подкожной клетчатки. При сочетании с патологией в желчном пузыре холецистэктомия у таких пациентов выполняли лапароскопическим способом. После операций у больных с ожирением осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы развились у 3(1,8%); пневмония - у 2(1,2%); ТЭЛА - у 2(1,2%) с летальными исходами. Местные осложнения: длительная экссудация из раны наблюдалась у 5(3%), гематома - у 2(1,2%), инфаркт подкожной клетчатки - у 3(1,8%) больных. При изучении отдаленных результатов в сроки до 10 лет у больных с ожирением после протезирующих герниопластик комбинированным способом частичные рецидивы грыж выявлены у 2(1,2%) пациентов. У 17 пациентов с ожирением были пахово-мошоночные грыжи (4 тип по Нихусу), у 4 из них гигантские с развитием спланхноптоза у 2. Все больные перенесли операцию, у 3 из-за гигантских размеров грыжевого мешка и распластанного на нем семенного канатика, было выполнено удаление яичка. Пластику пахового канала проводили комбинированным способом, дополняя операцию иссечением избытка кожи на мошонке и пластикой перемещенными лоскутами. При таком подходе осложнений у больных в ближайшие и отдаленные сроки после операций не было. Таким образом, у больных с ожирением при планировании объема операции следует учитывать размеры и локализацию грыж. При вентральных грыжах больших и гигантских размеров показано удаление свисающего



кожно-подкожного фартука, сохранение которого у пациентов увеличивает риск частоты общих и раневых осложнений, существенно влияющих на исход операции, и рецидивы заболевания. У больных с гигантскими пахово-мошоночными грыжами после грыжесечения и пластики пахового канала операцию следует завершать иссечением избытка кожи на мошонке, что уменьшает частоту послеоперационных осложнений.

181. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ SOFA И QSOFA У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ И АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Жариков А.Н., Лубянский В.Г.

Барнаул

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Актуальность. Патогенез сепсиса претерпевает изменения, начиная с 1991г. Стандартных критериев для его диагностики пока нет. Если раньше в основе был SIRS (systemic inflammatory response syndrome), то теперь установлено, что лейкоцитоз, температура, ЧСС не обязательно указывают на нарушение регуляции иммунного ответа с угрозой для жизни. Проведённые исследования рабочей группы (2016, Sepsis - 3) по изучению сепсиса и органной дисфункции показали, что предсказательная ценность изменения подсчёта SOFA на ≥ 2 балла у больных в ОРИТ выше, чем наличие признаков SIRS. Кроме того, экспертами был определен ее упрощенный вариант в виде быстрой SOFA (qSOFA) не требующий сложных лабораторных исследований и включающей 3 объективных показателя: повышение частоты дыхания ≥ 22 в минуту, нарушение сознания и снижение систолического АД ≤ 100 мм рт.ст.

Цель: Изучить прогностическую ценность использования шкалы SOFA и qSOFA у больных послеоперационным перитонитом и абдоминальным сепсисом в процессе хирургического лечения.

Материалы и методы: Нами проведено обследование и хирургическое лечение 11 больных с послеоперационным распространенным перитонитом (ППП) и абдоминальным сепсисом. Мужчин и женщин было по 5 и 6 человек соответственно. Средний возраст составил $58,7 \pm 2,7$ лет. Заболевания, приведшие к развитию ППП: острый тяжелый панкреатит (инфицированный панкреонекроз) – 3, перфорация дивертикула ободочной кишки – 3, несостоятельность толстокишечного анастомоза после реконструкции – 3, перфорация язвы желуд-

ка – 1, острая спаечная кишечная непроходимость с перфорациями тонкой кишки – 1. У всех больных выполнялось трехкратное определение тяжести органной дисфункции по шкале SOFA+qSOFA (при поступлении, в середине и в конце лечения). Программа хирургического лечения ППП включала устранение источника инфекции, программированные релапаротомии с формированием временных лапаростом. Среднее количество санаций брюшной полости составило $3,7 \pm 0,8$. Результаты: В итоге хирургического лечения умерло 5 (45,6%) пациентов. При поступлении у них регистрировались высокие баллы по шкале SOFA ($8,75 \pm 2,6$) с приростом на 3 балла к середине лечения ($10,8 \pm 1,3$) и на 10 баллов к моменту смерти ($18,3 \pm 1,1$, p

182. «ОТКРЫТЫЙ ЖИВОТ» КАК ЛОГАРИФМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Совцов С.А., Ревель-Муроз Ж.А.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

«Открытый живот» как логарифм лечения тяжелых форм перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом. Не смотря на реально существующий прогресс в лечении основных хирургических заболеваний, еще продолжает иметь место ряд крайне не удовлетворительных результатов лечения целого ряда патологических процессов. Одними из таких состояний являются тяжелые формы разлитого гнойного перитонита, особенно при развитии абдоминального сепсиса, когда уровень развития послеоперационных осложнений составляет 31-75%, а послеоперационной летальности 43-65%. В связи с этим, с нашей точки зрения, необходим пересмотр ряда тактических подходов при подобных ситуациях. Известно, что логарифм числа по основанию определяется как показатель степени, в которую надо возвести основание (в нашем случае ряд новых тактических подходов и технологий), что бы получить число (конечный результат лечения). Мы проанализировали непосредственные результаты лечения 132 больных с разлитым гнойным перитонитом, лечившихся в клинике в последние 3 года. Среди них достоверно преобладали больные молодого возраста с перфоративными поражениями желудочно-кишечного тракта (p



183. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. НУЖНА ЛИ НАМ РОТАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАДРОВ?

Совцов С.А.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

На сегодняшний день степень удовлетворенности населения качеством оказания хирургической помощи остается на не совсем должной высоте, что в ряде случаев обусловлено несовершенством принципов ее организации. Известно, что 80% больных начинают и заканчивают свое лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. Имеющаяся у нас в стране трехуровневая система оказания хирургической помощи предусматривает проведение ее на до госпитальном этапе в хирургических кабинетах и отделениях амбулаторно-поликлинических учреждений, но при этом нигде четко не прописан принцип ротации кадров. В крупных лечебно-профилактических учреждениях, как правило, имеется принцип ротации хирургических кадров в системе стационар-поликлиника, при которой существует возможность чередования работы врачей-хирургов и в условиях стационара и в условиях поликлиники по временному принципу, что способствует преемственности оказания хирургической помощи населению. Это позволяет как в целом, так и в условиях амбулаторно-поликлинической структуры иметь на достаточно низком уровне процент диагностических ошибок, частоты не обоснованного направления больных на госпитализацию, расширение спектра и количества выполняемых в условиях поликлиники хирургических операций и т.п. Безусловно, уровень удовлетворенности качества хирургической помощи в таких условиях со стороны населения сохраняется на, достаточно хорошем уровне. Совершенно другая ситуация имеется в хирургических службах т.н. «не объединенных» (самостоятельных) поликлиник. В таких учреждениях (из-за имеющихся конкретных условий и ситуаций) в большинстве случаев хирургическую помощь оказывают врачи хирурги, постоянно работающие на одном и том же рабочем месте в течение многих лет. В такой ситуации, у большинства врачей значительно уменьшается мотивация по прогрессу своей хирургической карьеры, снижается интерес к дальнейшему совершенствованию своих профессиональных знаний и умений, в связи с низкой их востребованностью, из-за имеющейся специфики работы в амбулаторно-поликлинических условиях. Из-за этого, в

первую очередь, страдает профессиональная компетенция врача специалиста, что ведет к более низкому уровню доступности и качеству оказываемой хирургической помощи со всеми вытекающими отсюда возможностями: не снижающаяся частота диагностических и тактических ошибок, не обоснованное направления больных для госпитализации в стационар, снижения спектра и частоты выполняемых оперативных пособий в амбулаторно-поликлинических условиях и т.п. Одной из основных причин этого, чаще всего, является отсутствие необходимой ротации хирургических кадров. В связи с этим, по нашему мнению, усилиями региональных органов управления здравоохранения необходимо соблюдать принципы ротации врачебных кадров, которые приняты практически во всех экономически развитых странах мира. Она может осуществляться по системам «стационар-поликлиника-стационар» или «поликлиника-стационар-поликлиника». И совсем не обязательно это осуществлять в многопрофильных ЛПУ, а достаточно иметь договоренность между руководителем самостоятельного амбулаторно-поликлинического «не объединенного» учреждения и любого стационара, имеющего хирургическое отделение. Руководители таких стационаров имеют возможность в такой ситуации усилить состав хирургической бригады, а врач хирург, пришедший из поликлиники имеет реальную возможность улучшить свою профессиональную компетентность за счет овладения новыми знаниями и умениями в диагностике и лечении как плановых, так и экстренных хирургических больных в дневное и в ночное время, участия в клинических разборах и конференциях. Пришедший в поликлинику из стационара хирург значительно повысит качество поликлинического приема, как уже указывалось выше, за счет улучшения диагностики и лечения больных, расширения спектра и частоты хирургических операций, выполняемых в поликлинике, снижения уровня необоснованного направления в стационар. Такая организация такой работы на постоянной основе, вне всяких сомнений, сможет нивелировать ряд существующих вышеназванных недостатков. Значительная ответственность в вопросах ротации врачебных кадров должна лежать на главных специалистах – хирургов конкретных территориальных образований, в некоторых случаях организующий и постоянно контролирующей этот процесс. Председатели аттестационных (а в будущем и аккредитационных) комиссий, должны учитывать в обязательном порядке факт работы врача по системе ротации (поликлиника – стационар) при оценке его профессиональной деятельности.



184. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМИ НЕСФОРМИРОВАННЫМИ СВИЩАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДРЕНАЖА АКТИВНОЙ АСПИРАЦИИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ОБТУРАТОРА ИЗ ПЕНОПОЛИУРЕТАНА.

Шестопалов С.С.(1), Екимов А.В.(2),
Рышков И.Л.(2)

Челябинск

- 1)Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России,
- 2)ГБУЗ ЧОКБ г. Челябинск, Россия.

Актуальность: лечение больных с несформированными свищами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остаётся очень серьёзной проблемой в абдоминальной хирургии. Накопленный нами опыт, позволил провести анализ результатов лечения пациентов с использованием данной системы активной аспирации.

Цель исследования: улучшение результатов лечения и оптимизация алгоритма ведения пациентов с высокими несформированными свищами ЖКТ путём применения дренажа активной аспирации с насадкой из пенополиуретана.

Материал и методы: с 2003 по 2013годы в отделении гнойной хирургии Челябинской областной клинической больницы пролечено 70 больных с высокими свищами ЖКТ различной локализации. Мужчин было - 43, женщин - 27. Возраст больных от 17 до 77 лет. Сроки госпитализации - от 3-х до 20 суток от начала заболевания. Наиболее частые причины появления высоких свищей ЖКТ: разлитой гнойный перитонит, острая кишечная непроходимость, панкреонекроз, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, травма органов брюшной полости. Состояние больных при поступлении было тяжелым или очень тяжёлым. У 56 больных подтвержден клинически и лабораторно сепсис с явлениями полиорганной недостаточности (ПОН). В день поступления или на следующие сутки проводилась ревизия раны с целью определения размеров свища, его отношение к окружающим тканям, полный свищ или неполный, сообщение его со свободной брюшной полостью. Пациентам проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, ревизии раны под наркозом, сбор и возврат потерь из свища. Лечение кишечных свищей начинали с консервативной терапии с применением дренажно-поролоновой системы с активной аспирацией. В обязательном порядке всем больным установлен зонд в тощую

кишку для возврата потерь из свища и энтерального питания.

Результаты: при потерях из кишечного свища до 1000мл в сутки у 17(24,2%) больных удалось купировать явления ПОН и добиться формирования трубчатого, либо губовидного свища. Эти пациенты оперированы через два-четыре месяца в плановом порядке. Послеоперационной летальности не было. У 44(62,9%) больных, где потери были от 1000 до 2000мл в сутки, консервативная терапия оказалась мало эффективной. Больные истощались, явления ПОН не купировались. Все они прооперированы после краткосрочной подготовки. После операций умерло 9(20,4%) больных. Основная причина смерти – несостоятельность швов, гнойный перитонит. И 9(12,9%) больных не оперированы. Это была самая тяжелая группа с суточными потерями свыше 2000мл в сутки. Несмотря, на проводимую интенсивную терапию, все больные умерли.

Заключение: Таким образом, лечение больных с высокими кишечными свищами представляет собой сложнейшую задачу для хирурга 1.Тактика ведения больных зависит от их состояния при поступлении и от объёма потерь по свищу. Если потери не превышает 1000мл в сутки и полностью возвращаются можно добиться формирования трубчатого или губовидного свища и оперировать больных в плановом порядке с наименьшей летальностью. При потерях свыше 1000мл за сутки и прогрессирующем истощении больного, оперативное лечение показано после интенсивной подготовки, которая не должна превышать 7-10 дней. Если потери более 2000мл в сутки, выражены явления ПОН вопрос о тактике лечения представляет сложнейшую задачу. На наш взгляд единственным шансом на выздоровление является оперативное лечение. 2. Применение активной аспирации с обтуратором из пенополиуретана способствует более быстрому формированию свищей в условиях обширных гнойных ран и перитонита. 3. Предлагаемый нами способ является методом выбора при лечении данной патологии.



185. ЛАПАРОСКОПИЯ В КОРРЕКЦИИ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Камилов Г.Т., Холов К.Р., Икромов Б.А.,
Султонов Р.Б.*

Душанбе, Республика Таджикистан

Отделение эндовидеохирургии Городской
клинической больницы скорой медицинской
помощи г. Душанбе

Актуальность. В настоящее время в абдоминальной хирургии произошли значительные изменения, обусловленные стремительным развитием малоинвазивных технологий, в частности, лапароскопии. Развитие ранних послеоперационных осложнений, в том числе ранней спаечной непроходимости (РЧН) различного генеза является одной из основных проблем urgentной хирургии. По данным различных авторов частота образования спаек после лапаротомии составляет 94-95%, и чаще всего, встречается спайкообразование тонкого кишечника. На заре развития лапароскопической хирургии спаечная болезнь считалась абсолютным противопоказанием к лапароскопии, однако в настоящее время технические условия и опыт хирурга позволяют выполнение лапароскопического адгезиолизиса.

Цель исследования. Продемонстрировать возможности лапароскопии в лечении ранней спаечной кишечной непроходимости.

Материал и методы. С 2010 года по настоящее время сотрудниками отделения эндохирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе было выполнено 45 операции по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости. Женщин было 39, мужчин 6. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет. Все пациенты анамнестически оперированы традиционным методом. Сроки развития ранней спаечной непроходимости составили от 2-х до 5-ти дней. Диагноз спаечная непроходимость был установлен на основании обзорной рентгенографии брюшной полости и УЗИ. Дополнительные методы исследования выполнялись по показаниям.

Результаты исследования. Наличие тонкокишечной непроходимости было установлено в 37, а толстокишечной в 8 случаях. Данные диагнозы были подтверждены при проведении диагностической лапароскопии. Причинами развития спаечной непроходимости явились: аппендэктомия при деструктивных формах (n=22), ушивание перфоративной язвы (n=3), резекция эдometriоидных кист (n=5), холецистэктомия при деструкции желчного пузыря (n=6), резекция сигмы по поводу заворота

и некроза (n=3), ранения толстой кишки (n=2), баугинопластика (n=1), операции по поводу долихоsigмы (n=3). В 33 (89,1%) случаях наличия тонкокишечной спаечной непроходимости её удалось устранить лапароскопически, разрушив образовавшийся рыхлый спаечный процесс и проведя повторную тщательную санацию брюшной полости. В 4 (10,9%) случаях ввиду наличия плотного спаечного конгломерата была выполнена релапаротомия с резекцией конгломерата и наложением тонкокишечного анастомоза. При наличии толстокишечной непроходимости релапаротомия была выполнена в 5 (62,5%) случаев. Причинами релапаротомии, в основном, послужили несостоятельность швов и вялотекущий перитонит. В 2 (25%) случаях причиной толстокишечной непроходимости явился спаечный процесс, устраненный лапароскопическим методом и в 1 (12,5%) случае массивный спаечный процесс в илеоцекальном углу потребовавший разрушения спаек и наложения цекостомы, что было выполнено лапароскопическим ассистированным способом. Повторного развития ранней спаечной непроходимости, а также других ранних осложнений отмечено не было. Все пациенты были выписаны в различные сроки от начала заболевания.

Заключение. Применение лапароскопических методик позволяет не только устранить раннюю спаечную кишечную непроходимость, но и при необходимости выбрать оптимальный хирургический доступ для дальнейшего оперативного вмешательства.

186. СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

*Холов К.Р., Камиров Г.Т., Ашурова Г.Н.,
Икромов Б.А., Султонов Р.Б.*

Душанбе, Республика Таджикистан
Отделение эндовидеохирургии Городской
клинической больницы скорой медицинской
помощи г. Душанбе

Актуальность. Миниинвазивные технологии в лечении экстренных патологий брюшной полости показали ее преимущества и при коррекции сочетанных патологий. Частота сочетанных хирургических заболеваний колеблется от 2,8 до 63% и имеет тенденцию к росту. Частота выявляемых совместных хирургических и гинекологических заболеваний составляет от 2,8 до 63%. Впервые об одномоментном выполнении двух операций сообщил Claudius в 1735г. А.В. Вишневский в 1922 году впервые в отечественной литературе опи-



сал одномоментное выполнение нефрэктомии и аппендэктомии. Широкое признание симультанные операции получили благодаря работам В.Д. Федорова, разработавшего классификацию и методологию таких вмешательств, показания и противопоказания к их выполнению. Выполнению симультанных операций чаще всего мешают отсутствие четких показаний и противопоказаний, трудность в выборе операционного доступа, объема и последовательности выполнения определенных этапов, риск развития повторных операций, особенности послеоперационного ведения больных в послеоперационном периоде, а также ряд других вопросов.

Цель работы. Обосновать более широкое применение в практике одномоментных вмешательств, на разных этапах брюшной полости.

Материал и методы. С 2011 года по настоящее время в отделении эндовидеохирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе выполнено 214 симультанных операций. Женщин было 154 (72%), мужчин 60 (28%). Возраст больных варьировал от 18 до 83 лет. Все пациенты поступали в стационар в экстренном порядке в различные сроки от начала заболевания.

Результаты исследования. Наличие сопутствующей хирургической патологии первично было установлено у 157 (73,4%) больных. В 57 (26,6%) случаях наличие сопутствующего заболевания было выявлено интраоперационно. Чаще всего имелось сочетание хирургической и гинекологической патологии. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с миорелаксацией. При проведении оперативного пособия нами практически всегда соблюдался принцип асептичности, однако практически всегда начинали с того вмешательства при котором был высокий риск перехода на лапаротомию. Среднее время выполнения оперативного пособия составило 65 ± 35 мин. Продолжительность операции в большей степени зависела от вида сопутствующей патологии. Длительность пребывания пациентов в клинике после выполнения симультанных операций составила от 2 до 6 дней, что в основном было обусловлено наличием основной острой патологии в брюшной полости. Повторных оперативных вмешательств, а также развития ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. Расширение оперативного пособия ввиду выполнения сочетанных операций не оказало существенного влияния на исход лечения основного заболевания. Более того, у больных исчезли не только клинические проявления основного заболевания, но и выявленной сопутствующей патологии.

Выводы. Выполнение симультанных операций лапароскопическим методом позволяет избавить

больных от сочетанных патологий органов брюшной полости, избежать повторного оперативного вмешательства и улучшить качество жизни пациентов.

187. ЛС-ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Камилов Г.Т., Холов К.Р., Икромов Б.А., Султонов Р.Б.

Душанбе, Республика Таджикистан

Отделение эндовидеохирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе

Актуальность: Желчнокаменная болезнь практически вышла на первое место среди заболеваний, встречающихся в хирургических стационарах. Следует отметить, что существенно выросло и количество поздних обращений за хирургической помощью, что в свою очередь отражается на показателях осложнений и летальности. К деструктивным видам холецистита относятся флегмонозные, гангренозные и гангренозно-перфоративные формы желчного пузыря. Радикальным методом лечения ЖКБ является оперативное пособие выбор вида которого зависит от имеющейся формы острого холецистита и его осложнений. Лапароскопическая холецистэктомия стала чаще применяться и при деструктивных формах острого холецистита, однако в практике встречаются пациенты, у которых во время выполнения оперативного пособия возникают значительные технические и тактические трудности, что требует применения различных технических приемов облегчающих проведение операции.

Цель работы: По результатам эндовидеохирургического лечения выбрать оптимальную хирургическую тактику при деструктивных формах острого холецистита.

Материал и методы исследования. С 2013 года по настоящее время сотрудниками отделения эндовидеохирургии ГКБ СМП г. Душанбе было выполнено 303 лапароскопических операций по поводу деструктивных форм желчного пузыря, в 114 случаях имелось сочетание различных осложнений. Все операции были выполнены в экстренном или же срочном порядке. Мужчин было 58 женщин 245. Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет. Выбор тактики лечения основывался на совокупности клинических проявлений и данных смежных исследований.



Результаты и их обсуждение. Среди деструктивных форм преобладали флегмонозная (n=258) и гангренозная (n=45) формы калькулезного холецистита. В 114 имелись такие сочетанные сопутствующие осложнения как: рыхлый или плотный паравезикальный инфильтрат, паравезикальный абсцесс, эмпиема желчного пузыря, перитонит, холангит, поддиафрагмальный абсцесс, абсцессы печени и пр. После выделения шейки желчного пузыря из сформированного инфильтрата и дополнительных спаек производилась верификация треугольника Кало. С целью детальной верификации анатомических структур выделение пузырного протока и пузырной артерии начинали по нашей методике - «от центра к шейке». При использовании данного способа производим натяжение желчного пузыря, в надшеечной области, вверх и латерально, рассекаем париетальные листки брюшины с обеих сторон желчного пузыря от центра к шейке. Затем сочетая тупой и острый методы разделения тканей, обходим желчный пузырь насквозь по задней стенке. После этого, попеременно, разделяя ткани с обеих сторон от желчного пузыря, доходим до анатомических структур шейки и визуализируем пузырный проток и артерию до места их соединения с желчным пузырем. После чего производим холецистэктомию. Операцию завершаем санацией и дренированием подпеченочного пространства ПВХ трубкой. Конверсия, в виду невозможности выполнения лапароскопической холецистэктомии, была выполнена в 6 случаях. Причинами конверсии послужили слишком плотный инфильтрат в области шейки (n=2), измененная анатомическая картина в проекции гепатодуоденальной связки (n=3) и наличие синдрома Мирризи второго типа (n=1). Все эти больные были прооперированы с применением традиционных методик. Послеоперационные осложнения отмечены в 4 (1,3%) случаях.

Заключение. Основными факторами, влияющими на успех лапароскопической операции, являются опыт хирурга, сроки с момента начала заболевания и проведения хирургического пособия, а также принцип «чем раньше, тем лучше».

188. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ЛИГИРОВАНИЯ В МЕЖСФИНКТЕРНОМ СЛОЕ.

Чеканов М.Н., Чеканов А.М.

Новосибирск

Новосибирский государственный медицинский университет

Современная колоректальная хирургия характеризуется направленностью на сохранение удерживающей структур прямой кишки. Лигирование свища в межсфинктерном слое (LIFT) - метод лечения свищей прямой кишки, предложенный в 2007 году, является высокоэффективной органосохраняющей операцией. Техника выполнения лигирования свища в межсфинктерном слое. В просвет свища на всем протяжении вводился зонд. Над свищом по межсфинктерной борозде выполнялся разрез длиной до полутора сантиметров, после чего внутренний сфинктер отслаивался тупым путем от наружного. Свищевой ход выделялся на протяжении 1–1,5 см, после чего зонд извлекался, свищевой ход лигировался дважды и пересекался между лигатурами, после чего рана ушивалась. Дистальный сегмент свищевого хода подвергался кюретажу. Раневой канал дренировался. За период с 2010 по 2016 года нами было прооперировано 27 пациентов. Мужчин — 17, женщин — 10, медиана возраста составила 50 лет. Анатомия свищей была следующей: передний транссфинктерный — у 15-ти пациентов, передний экстрасфинктерный — у 6-ти, задний транссфинктерный — у 2-х, задний экстрасфинктерный — у 4-х пациентов. Результаты. Послеоперационный период протекал без особенностей, болевой синдром был незначительным, что обусловлено отсутствием повреждений анодермы. У трех пациентов течение осложнилось нагноением раны в межсфинктерной борозде, потребовавшее ревизии. Заживление ран происходило в обычные сроки. Медиана срока наблюдения составила 42 месяца. Рецидив свища отмечен в пяти случаях (18,5 %): у одной женщины и четырех мужчин. В четырех случаях рецидива развился интерсфинктерный свищ, потребовавший оперативного лечения в объеме рассечения свища. Один пациент от повторной операции воздержался. У всех пациентов, перенесших лигирование свища, каких-либо признаков нарушения калового держания не выявлено.

Обсуждение. Важной особенностью метода является возможность его применения при различных анатомических вариантах свищей. Техника выполнения вмешательства при всей ее несложности



имеет определенные особенности. Оптимальным выбором является выполнение лигирования свищевого хода в межсфинктерной ране без прошивания. Иссечение наружного сегмента свищевого хода следует избегать, ограничиваясь его кюретажем.

Выводы. Различные авторы оценивают эффективность лигирования свища в межсфинктерном слое равной приблизительно 75 %. При рецидивах в большинстве случаев формируются интерсфинктерные свищи. Кроме того в случае рецидива остается возможность выполнения иных методов лечения свищей.

189.МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, КАК ПУТЬ К УЛУЧШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ.

Лубянский В.Г., Жариков А.Н., Алиев А.Р.

Барнаул

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Актуальность. В последние годы проблема лечения больных с острым панкреатитом (ОП) в нашей стране чрезвычайно актуальна. Это связано с высокой заболеваемостью и высоким уровнем летальности. Применение миниинвазивных технологий в лечении ОП расширило диапазон методов хирургического лечения (М.И. Прудков, Ф.В. Галимзянов, 2012; V. Bello, 2012), однако в настоящее время большое значение приобретает дифференцированный подход в зависимости от сроков, распространенности, наличия отграничения воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 49 больных с ОП средней и тяжелой степени в возрасте от 28 до 64 лет, которым выполнены различные виды миниинвазивных вмешательств. В алгоритм обследования при поступлении кроме клинических и биохимических анализов входили динамическое УЗИ и КТ органов брюшной полости. Выделены две группы. В первую группу вошли 23 больных, оперированных в фазе энзимной токсемии. У них регистрировалось наличие ферментативного выпота в брюшной полости, у 10 (43,7%) больных - отек забрюшинной клетчатки и ее инфильтрация. Во вторую группу включены 26 больных, оперированных после формирования отграничительного барьера и возникновения постнекротической кисты через 3-4 недели от начала заболевания (фаза секвестрации). У больных первой группы проводилось видеол-

пароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, у 10 из них выполнено дренирование ретроперитонеальной клетчатки через малый доступ (4-5 см) в левом или в правом подреберье. Операции у больных в этой группе были направлены на снятие энзимной токсемии путем удаления ферментативного выпота из брюшной полости и дренирования забрюшинной клетчатки для устранения ее отека и воспалительной инфильтрации. У больных второй группы со сформированными постнекротическими кистами проводились пункции под контролем УЗИ с последующей установкой широких дренажей (10мм) для промывания и секвестрэктомий. В 12 (46,1%) случаях доступ расширялся для более радикального дренирования. Результаты и обсуждение. У 15 (65,2%) больных первой группы проведенная операция в сочетании с медикаментозной терапией позволила абординировать воспалительный процесс и выписать больных без повторной операции, в 8 (34,7%) случаях она являлась лишь этапом для снятия энзимной токсемии, повышения уровня иммунной составляющей и отграничения воспалительного процесса. В результате в клетчатке сформировались парапанкреальные постнекротические кисты. У 3 (13,4%) больных, возникли инфицированные кисты. Дренирование абсцесса в корне брыжейки выполнялось посредством минидоступа под УЗ-наведением. Среди больных второй группы у 12 (46%) потребовалось повторное вмешательство путем расширения дренажной раны до 4 -5 см и удаления секвестров открытым способом из мини-доступа. У 3 (11,5%) больных оказалось достаточным проведение повторного транскутанного дренирования под контролем УЗИ. У 11 (42,3 %) пациентов из 26 после транскутанного дренирования повторного вмешательства не потребовалось. Клиническая картина течения ОП во всех случаях имела положительную динамику. По результатам динамического УЗ-исследования и фистулографии выявлено, что спаившаяся после дренирования кистозная полость приобретает неправильную форму. Это может способствовать неполной эвакуации содержимого с последующим формированием абсцесса, и требует расширения раны. Соответственно продолжительность лечения в стационаре у таких больных удлинялась (в среднем $38,1 \pm 2,1$ дня). Продолжительность стационарного лечения после выполненного малоинвазивного вмешательства, была значительно меньше (в среднем $-22,5 \pm 1,7$ дня) (р



190. АНАЛИЗ 20-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

*Белоус Р.А., Смирнова О.Н., Степаненко Е.А.,
Смирнова Н.Е., Гремблат А.Б., Щур А.Ю.,
Яцишин Д.А., Кряжевских О.В., Вдовин О.Б.,
Недид С.Н.*

Благовещенск

Амурская областная детская клиническая
больница

Лапароскопическая аппендэктомия выполняется в клинике с 1996 г. В настоящее время операция стала «золотым стандартом» диагностики и лечения деструктивного аппендицита, накоплен большой клинический опыт, с детальным анализом осложнений, их профилактики и тактики лечения. Материалы и методы: С 1996 по 2016 года пролечено 1840 пациентов с деструктивным аппендицитом. Из них лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 925 детей (50,2%) в возрасте от 2 месяцев до 18 лет, с гендерным преобладанием мальчиков. Основная доля пациентов госпитализирована в сроки до 24 часов с момента начала заболевания. Среди морфологических форм осложненный деструктивный аппендицит был у 458 (24,8%): местный перитонит - 226 (12,2%), распространенный перитонит - 187 (10,1%), отграниченный перитонит (абсцесс, инфильтрат) - 45 (2,4%). Операция проводилась по стандартной 3-х портовой технике, с одним 10-мм и двумя 5-мм троакарами, при этом у детей младшей возрастной группы и малым объемом брюшной полости лапароцентезный доступ из надлобковой области переносили в правую подреберную область, соблюдая принцип триангуляции. Лигирование мезоаппендикса выполняли с помощью биполярной коагуляции на протяжении и пересечением. Во всех случаях культи обрабатывали лигатурным способом, накладывая две петли Редера на основание червеобразного отростка и пересекая последний между ними. Выполняли мукоклазию слизистой культи в режиме монополярной коагуляции и обработку ее раствором 5% йода. В случае осложненного деструктивного аппендицита перитонитом различной распространенности, аппендэктомии предшествовало удаление гнойного выпота с разделением воспалительных сращений, и последующей санацией брюшной полости водным раствором 0,02% хлоргексидина с дренированием ПВХ трубчатыми выпускниками малого таза и правого бокового фланга. При отграниченном перитоните (периаппендикулярный абсцесс) выполняли лапароскопическое дренирование с ла-

пароскопической аппендэктомией через 4-6 месяцев. Результаты: Суммарный процент осложнений после лапароскопической аппендэктомии составил 8%(74 пациента). При анализе использовали шкалу послеоперационных осложнений по Dindo D. et al.(2004). "Малые" осложнения (I-II группа), не требующие повторной операции составили 52 (инфильтраты в области культи - 29, нагноение послеоперационной раны - 20, эвентрация сальника в рану - 3. "Большие" осложнения (III a,b группа) наблюдались у 22 пациентов(абсцесс брюшной полости - 9, прогрессирующий перитонит - 7, электроожог тонкой кишки - 3, несостоятельность культи-1,подапоневротическая флегмона передней брюшной стенки - 1, троакарное ранение гидронефротически измененной лоханки правой почки - 1). Летальных исходов не было. Анализируя осложнения отметили, что их количество пропорционально уменьшается по мере освоения методикой операции молодыми хирургами, также отметили частоту развития инфильтратов в области культи в зависимости от использования шовного материала при формировании петли Редера. На этапах освоения методикой использовали кетгут, который часто приводил к подобному осложнению. В настоящее время используем викрил, ПГА. Также отметили гиперболизацию в трактовке такого осложнения как инфильтрат. Ультразвуковое картирование брюшной полости при минимальной клинической реакции (синдроме 5 дня) часто приводило к данному диагнозу, удлинению стационарного пребывания. "Большие" осложнения также чаще отмечены при освоении методики молодыми хирургами. Замечено резкое уменьшение в последнюю декаду острой спаечной кишечной непроходимости среди детей Амурской области после деструктивного аппендицита и перитонита. Выводы: 1. Лапароскопическая аппендэктомия у детей "золотой стандарт" в лечении деструктивного аппендицита и его осложненного течения. 2. Тщательная методология оперативного вмешательства позволит снизить количество осложнений. 3. Методика обучения молодых хирургов должна проходить непрерывно, из "рук в руки".



191. НОВЫЙ СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРБУНКУЛОМ КОЖИ

Филиппов С.И., (1,2), Бархатов С.И., (2),
Малюк А.И., (2), Коцовский А.М. (2)

Омск

1) ОмГМУ, 2) ОГКБСМП №1

Актуальность проблемы: Из большого числа поражений кожи и мягких тканей гнойно-некротическим процессом, карбункулы кожи занимают особое место. Это обусловлено: тяжестью течения, количеством осложнений, неэффективностью консервативных мероприятий, отсутствием единых взглядов при выборе способа хирургического лечения, а также неудовлетворительными функциональными и эстетическими результатами лечения.

Материал и методы: С 2000 по 2013 гг. в отделении гнойной хирургии БУЗОО ГК БСМП №1 г. Омска проведено лечение 112 больных карбункулом кожи. Средний возраст больных составил $48,0 \pm 17,0$ лет. Первая группа (сравнения) $n_1 = 72$ больных, была сформирована из числа пролеченных больных с использованием традиционного хирургического способа лечения больных карбункулом кожи. Вторая группа (основная) $n_2 = 40$ больных, была сформирована из числа больных, пролеченных с использованием хирургического способа радикального иссечения карбункула кожи, с интраоперационной аргоноплазменной коагуляцией и наложением первичных швов на рану (патент РФ на изобретение № 2480166 от 27.04.2013).

Результаты и выводы: Использование активного вакуумного и проточно-промывного дренирования с растворами антисептиков позволило адекватно удалять раневой экссудат, обеспечивать плотное сближение стенок остаточных полостей, тем самым, создавая условия для заживления раны по типу первичного натяжения, без образования грубых рубцов. В результате, купирование болевого симптома в основной группе больных происходило на $5,0 \pm 1,25$ суток раньше, чем в группе сравнения. При выписке из стационара среднее количество отделяемого из ран в группе сравнения было $1,34 \pm 0,18$ мл в сутки. В основной группе к этому времени происходило заживление ран первичным натяжением, отделяемого из области рубцов не было. При проведении бактериологического исследования, в основной группе больных на 3-4 сутки, в 100% случаев роста микрофлоры не наблюдали ($21=3,38$).

192. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕННОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОЗАНТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ

Соловьев Д.П.

Екатеринбург

Международный медицинский центр «УРО-ПРО»

Актуальность: в настоящее время склеротерапия пеной варикозно-расширенных вен одобрена флебологами в странах Европы и России. Методика предполагает введение вспененных склерозантов в пораженные вены. В ряде исследований была показана более высокая эффективность пены по сравнению с жидкостью. В значительной степени, эффект склеротерапии зависит от того, как долго агент остается в непосредственном контакте с целевой стенкой вены. Не менее важным для успешного лечения является отношением между диаметром варикозные вены и концентрации склерозирующего агента.

Методы: проведен анализ лечения пенной формой 3% этоксисклеролом 50 пациентов с внутренним геморроем 2-3 стадии. Количество пены, введенной в геморроидальный узел составляло от 1 до 2 см³, в общей сложности 6 см³ для каждой манипуляции. В качестве оценки эффективности лечения были: кровотечение, пролапс геморроидальных узлов, а также интенсивность боли после процедуры.

Результаты: Кровотечение исчезло после первой процедуры пенной склеротерапии, пролапс ликвидирован в 90 % при 2 стадии и 70 % при 3 стадии после первой манипуляции, в 100 % при 2 стадии и 90% при 3 стадии после второго этапа склерозирования через 7 дней. Интенсивность болевого синдрома во время и в течение 1 суток после процедуры не превышала 1 балла по ВАШ (визуально-аналоговая шкала). Осложнений не выявлено.

Выводы: преимуществами пенной формы склерозирования является высокая адгезивность, компактность, большая склерозирующая сила. Склеротерапия с использованием пены позволяет достичь оптимальных результатов с небольшими количествами склерозирующего агента и меньшим риском осложнений.



193. ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВ

Вагнер Д.О., Вербицкий В.Г., Крылов К.М.

Санкт-Петербург

ГБУ "СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе"

Цель исследования состояла в изучении особенностей желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у пациентов с обширными ожогами. Материал исследования составили истории болезни 488 пострадавших с ожогами свыше 20% поверхности тела.

Результаты. Частота гастродуоденальных кровотечений среди тяжелообожженных составила 12,3%. Наиболее часто ЖКК развивались у пострадавших с ожогами на площади от 20% до 50%, что обусловлено ранним наступлением летального исхода у пациентов с ожогами более 50% поверхности тела. 72% диагностированных кровотечений дебютировали в первые 2 недели от момента травмы. По данным фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) источником кровотечения были острые язвы (51%), множественные эрозии слизистой оболочки (22%) или сочетание острых язв и геморрагических эрозий (27%). При этом источники кровотечения чаще локализовались в желудке (43%) и ДПК (43%), реже – в пищеводе (14%). Среди всех выявленных кровотечений 10 (17%) расценены как продолжающиеся (Forrest I), остальные 50 (83%) – как состоявшиеся (Forrest II). Частота рецидивов кровотечения составила 23% (14 из 60). У 9 пострадавших (15%) эндоскопический гемостаз оказался неэффективен, что потребовало расширения объема вмешательства до хирургического гемостаза. Учитывая тяжесть состояния обожженных, объем операции был минимален и состоял в ушивании (иссечении) источника кровотечения с последующей пилоропластикой и ваготомией. Тем не менее, летальность среди обожженных с развившимися кровотечениями составила 62% (умерло 37 из 60 пострадавших, что подтверждает актуальность проблемы профилактики и лечения ЖКК у пострадавших с тяжелыми ожогами. Таким образом, гастродуоденальные кровотечения наиболее часто развиваются в раннем периоде ожоговой болезни среди пострадавших с сомнительным или неблагоприятным прогнозом для жизни, а в качестве источника кровотечения чаще других встречаются стресс-индуцированные язвы, что свидетельствует о ведущей роли ишемии-реперфузии в генезе данного осложнения.

194. РАЗЛИТОЙ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – ЭТО ГНОЙНАЯ РАНА, ПОДЛЕЖАЩАЯ НЕОДНОКРАТНОЙ САНАЦИИ

Баулина Н.В., Баулина Е.А., Баулин А.А., Баулина О.А.

Пенза

Кафедра акушерства и гинекологии мединститута ПГУ, кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им.Захарьина

Вынужденная релапаротомия на современном этапе рассматривается как вынужденная необходимая мера при развивающихся послеоперационных внутрибрюшных осложнениях, особенно при перитонитах, вследствие острых воспалений гениталий, акушерских и гинекологических операций, а также после внебольничных абортов. Актуальность этой темы возросла в последнее время в связи с увеличением количества больных с запущенными формами гнойных перитонитов и увеличением частоты вынужденных релапаротомий. Брюшную полость при перитоните мы стали рассматривать как своеобразную гнойную рану, которой необходима неоднократная санация. К этому заключению мы пришли после анализа плохих исходов лечения традиционным способом и выжидательной тактикой. При оперативном лечении запущенных перитонитов (3 стадия) методом радикального вмешательства в объеме удаления первичного очага (экстирпация матки с маточными трубами, пангистерэктомия), обстоятельного санирования брюшной полости и дренирования через контрапертуры активными дренажами у 48 пациенток через 3-7 дней развились 77 хирургических осложнений (у 100%, от 1 до 3): 58 – внутрибрюшные осложнения (продолженный перитонит, межпетельные абсцессы, непроходимость кишечника), 17 – гнойные раневые осложнения, в том числе в месте стояния дренажей, 2 – другие. В данной группе у 7 было повреждение желудочно-кишечного тракта. Осложнения привели к вынужденным релапаротомиям у 39 (81,2%) женщин в сроки от 3 до 8 дней с момента первой операции. Девяти производились вскрытия абсцессов и флегмон брюшной стенки и накладывались вторичные швы. Осложнения выявлялись своевременно, вмешательства были адекватными и современными, поэтому никто из больных не умер. Среднее пребывание в больнице составило 32,3 дня. В позднем периоде послеоперационные грыжи отмечены у 19 женщин, 6 оперированы по поводу спаечной непроходимости и 4 – по поводу гнойников брюшной полости и брюшной стенки. Мы из-



менили тактику, по которой у подобных больных стали программировать релапаротомии. Показания интегральные. Во время первой операции, как и в предыдущей группе пациенток, производился радикальный объем вмешательства, но при его безопасности. При невозможности или при опасности повреждения органов желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы производили частичное удаление поражённого органа и местное дренирование. Рана ушивалась временно. Всего оперировано 52 женщины, релапаротомии проводились через 21-30 часов в количестве от 1 до 3. Во время программированной релапаротомии у всех отмечалась положительная динамика, но у 43 - в тазу сохранялись остатки некротических тканей, у 28 - обнаружены формирующиеся межпетельные абсцессы, у 14 - имелись гнойные наложения вокруг лигатур, у 32 - кишечные петли создавали ангуляцию, у 22 - в пространстве между брюшной стенкой, кишечными петлями и дренажами найдены большие скопления гнойно-фибринозной массы, а у 1 больной обнаружены 2 некротизированные жировые подвески. То есть, у всех 100% пациенток развивались осложнения, способнее привести к вынужденным релапаротомиям. Две программированные релапаротомии выполнены четырём женщинам, три – пяти. После последней релапаротомии рану зашивали классически наглухо с оставлением дренажей в контрапертурах. В этой группе ни у одной из пациенток не производились вынужденные релапаротомии. Умерли две пациентки, смерти связаны с крайне запущенными заболеваниями. Среднее пребывание в больнице составило 22,8 дня. В позднем периоде у 2 больных возникла послеоперационная грыжа. В связи с организационными преобразованиями последние годы было отступление от вышеизложенной тактики, что привело снова к применению вынужденных релапаротомий только за один календарный год у 9 пациенток. Считаем оправданной тактику программированных санаций при гнойной патологии живота.

195. РАЗВИТИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Баулин А.А., Николашин В.А., Баулина Н.В.,
Беребицкий С.С., Баулина Е.А., Шевченко Г.В.,
Терентьев А.Н., Ерюшкин В.П.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им.Захарьина,
кафедра акушерства и гинекологии мединститута
ПГУ, ОКБ РЖД, Кузнецкая МРБ, МСЧ-59

Эндохирургическая революция 80х годов прошлого столетия готовилась исподволь в течение именно всего столетия и связана не только с деятельностью подвижников этого метода (Земм, Мюхе, Мюре, Коен, Аминев, Орлов, Дерябина, Логинов, Можайский и мн.др.), но и в первую очередь с техническими достижениями микроэлектроники, оптики и телевидения. Приход эндохирургии в СССР и Россию произошёл в неблагоприятный период политических и экономических потрясений, поэтому его внедрение и развитие несколько замедлились по сравнению с другими странами Запада. В Пензенской области, как и повсеместно, эндоскопические методы применялись урологами, гинекологами, хирургами, проктологами в том ограниченном плане, что позволяли условия. В 70-х годах были приобретены первые полугибкие гастроскопы, два фиброгастроскопа и лапароскопы, первые так и остались на складах, а фиброскопы в Областной детской больнице и БСП стали сразу же широко востребованными. Внедрение лапароскопии задержалось на десятилетия и активизировалось в связи с появлением в городе хирурга, владеющего этим методом во вновь отстроенной 1200 коечной больнице и началом работы кафедры хирургии ПИУВ. В 80-х годах постепенно метод стал применяться уже в трёх больницах, и число лапароскопий стало превышать сотни за год. Постепенно они становились не только диагностическими, но и лечебными, внедрены релапароскопии с оставлением порта. В начале 90-х приезд хирургов из института им.Вишневского с демонстрацией возможностей видеоэндохирургии, конечно, потряс хирургическую общественность. Но только в 93-м году хирург и предприниматель Н.Х.Васильев привёз две лапароскопические установки в Пензу. В апреле-мае 1994г. в ЦГБ им.Захарьина были проведены первые операции, а к концу года произведена сотая лапароскопическая холецистэктомия, начали выполняться гинекологические операции, начала работать вторая установка и в Областной больнице им.Бурденко. Третья установка приоб-



ретена в МСЧ-59 г.Заречный, где в том числе стали внедряются первые ТУР. Постепенно стали приобретаться установки в БСП, детской и городских больницах, онкодиспансере, лапароскопы для районов. Приобретены эндохирургические установки в межрайонные больницы, но их задействование происходило медленно, активизировалось только последние пять лет, но то, что на них в районах делается уже более двух сотен холецистэктомий за год – уже большое достижение. Онкоурологи освоили лапароскопическую простатэктомию. Наибольшее развитие метод получил в ЦГБ им. Захарьина, где постепенно обучение прошли все хирурги и гинекологи (более 20 врачей), число операций через 3 года достигло 2-х тысяч, в 1994г. налажена модерация, стойка задействована в экстренной бригаде, привлечены средства пациентов, закуплена вторая установка, создан Городской центр эндохирургии, постепенно пополнялся инструментарий, хирурги и гинекологи постоянно выезжали на съезды и конференции, расширялся диапазон операций до семидесяти наименований, включая урологические. Число холецистэктомий превышало в отдельные годы 500, а число экстирпаций матки 200, в области за последние годы число Лх возросло до 2 тысяч и применение метода подошло к 85%. Значительно выросла квалификация кадров, хирурги и гинекологи стали выступать с докладами на Всероссийских съездах. В начале нового столетия метод пришёл в артрологию, и ортопеды, начав с пятидесяти операций за год, достигли четырёх сотен. Стала расшифровываться такая патология суставов и проводится эндохирургическая коррекция, о которой ранее только догадывались. Очень благодатным метод стал при патологии носоглотки, где очень быстро за короткий период число операций с эндохирургической технологией достигло тысячи. Казалось невероятным, что эндохирургически можно работать в таком малом пространстве как пазухи носа, но последние годы вообще удивили подходы, с помощью которых выполняются коррекции носовой перегородки, пластика слёзного канала и др. Урологи в области по непонятной причине метод воспринимали скептически, но в связи с переводом одного урологического отделения в ЦГБ, наличия в нём энтузиастов, метод нашёл широкое применение, причём, как хирургический, так и внутрипросветный. Число эндохирургических вмешательств превысило 4 сотни, в том числе произошла замена хирургического метода на внутрипросветный при камнях нижней и средней трети мочеоточника. Такая огромная работа не проходит без сбоев, осложнений, на предыдущих съездах мы подробно докладывали об этом. В целом по области сказать невозможно, в нашей больнице осложнения в хирургии составляют 0,8-1,2%, своевременно корри-

гируются, послеоперационная летальность 0,03-0,1%, тромбозы и инфаркты как причины, смерти связанные с технологией – у гинекологов – газовая эмболия. Мы восхищаемся теми возможностями, которые предоставляет современная техника для эндохирургии, видим насколько мягкими, безопасными, бескровными становятся вмешательства. Испытывая огромные экономические трудности с приобретением современного оборудования, имея лишь основное оснащение, стараемся быть в фарватере этого перспективнейшего направления, пришедшего в 80-х годах прошлого столетия как «французская революция» и имеющее всего лишь юношеский возраст.

196. STEP-UP В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Каминский М.Н. (1), Воробьев М.В.(1), Качалов С.Н.(2), Хоменко А.И.(1,2), Коновалов В.А.(1,2), Карпенко Е.В.(1), Коновалов И.В.(1), Грищенко Г.С.(1), Тясто И.В.(1), Терентьев К.Л.(1), Маринин С.Ю.(1)

Хабаровск

- 1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД»
- 2) ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России

Согласно последним зарубежным и отечественным клиническим рекомендациям приоритет в хирургическом лечении осложнений острого деструктивного панкреатита следует отдавать малоинвазивным методикам. Впервые методика Step-up подхода к лечению местных осложнений острого панкреатита была представлена в 2010г. (Hjalmar C. van Santvoort et al.). И по настоящее время работа этих авторов остается единственным рандомизированным многоцентровым исследованием методов хирургического лечения острого панкреатита. Мы представляем первые результаты Step-up подхода в лечении местных осложнений острого деструктивного панкреатита в «ДКБ на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД». К таковым осложнениям, согласно модификации классификации Атланта (2012г.) и Российского Общества Хирургов (2014г.), относят: острое жидкостное скопление, острое некротическое скопление, ограниченный некроз, псевдокиста (могут быть стерильными и инфицированными), стриктура холедоха, аррозивное кровотечение, компрессия ЖКТ, разрыв псевдокисты. Материалы и методы. Проведен ретроспективный



анализ хирургического лечения местных осложнений острого деструктивного панкреатита в «ДКБ на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД» с 2011 по 2016гг. Проведено сравнение в двух группах с традиционным подходом (лапаротомия, некрсеквестрэктомия с закрытым или полузакрытым ведением) и Step-up подходом (включавшем последовательное использование таких малоинвазивных методик, как чрескожная пункция и дренирование жидкостных и некротических скоплений под УЗ-контролем, видеоассистированная некрсеквестрэктомия, Sinus-tract эндоскопическая некрсеквестрэктомия и др., а при неэффективности последних – выполнение лапаротомии, некрсеквестрэктомии с последующим закрытым ведением). В группу традиционной некрсеквестрэктомии (первая группа) вошло 15 пациентов. 56 % мужчин, 44 % женщин. Средний возраст пациентов первой группы составил 43 ± 8 лет. В группу малоинвазивного лечения (вторая группа) вошло 16 пациентов (внедрение концепции малоинвазивного ступенчатого подхода с сентября 2013г.), 60 % мужчин, 40 % женщин. Средний возраст пациентов второй группы составил 51 ± 11 лет. Тяжелое течение острого панкреатита отмечено в 53% в первой группе и в 38% во второй группе – различие между группами статистически незначимо (ОШ 0,69. 95% ДИ 0,16-2,87, $p > 0,05$). Инфицированный панкреонекроз отмечен у 80% пациентов первой группы и у 56% - второй. Данный показатель также не показал статистически значимой разницы в данных группах (ОШ 0,32. 95% ДИ 0,06-1,6, $p > 0,05$). Проводилось сравнение количества потребовавшихся вмешательств, больших осложнений хирургического лечения (Clavien-Dindo III-IV), продолжительности госпитализации, летальности в обеих группах. Результаты. В первой группе выполнено 26 некрсеквестрэктомий. 1 некрсеквестрэктомия потребовалась у 54%, 2 некрсеквестрэктомии – у 33%, более 2 некрсеквестрэктомий – у 13% пациентов. Кроме того, у 38% пациентов потребовалось выполнение вмешательств, не связанных с открытой некрсеквестрэктомией (холецистэктомия, стентирование мочеточника, чрескожное дренирование билиарной системы, чрескожное дренирование жидкостных скоплений, трахеостомия, трансверзостомия, вскрытие метастатических септических гнойников). В группе первичной открытой некрсеквестрэктомии большие осложнения отмечены у 53% пациентов. Среди них – формирование наружного толстокишечного свища у 2-х пациентов, формирование наружного панкреатического свища – у 1 пациента, арозивное кровотечение – у 2-х пациентов, абдоминальный компартмент синдром - у 1 пациента, обширная раневая инфекция мягких тканей передней брюшной стенки – у 1 пациента, перфорация двенадцатиперстной киш-

ки с формированием наружного дуоденального свища – у 1 пациента. В группе Step-up похода всего выполнено 35 хирургических вмешательств. В их число вошло 8 чрескожных пункций под УЗ контролем, 14 чрескожных дренирований под УЗ-контролем, 6 видеоассистированных ретроперитонеальных некрсеквестрэктомий, 1 Sinus-tract эндоскопическая некрсеквестрэктомия, 2 чрескожных дренирования билиарной системы, 3 открытых некрсеквестрэктомии. При этом потребность в открытой некрсеквестрэктомии составила 18%. 1 вмешательство потребовалось 31% пациентов, 2 вмешательства – 13%, 3 и более вмешательств – 0% пациентов. В данной группе отмечены два больших осложнения (12,5%): формирование наружного панкреатического свища, еще в одном случае – формирование псевдокисты хвоста поджелудочной железы больших размеров (9 см в диаметре), со спонтанным разрешением кисты через 1 год (без разрыва в брюшную полость). У 2-х пациентов сохранялась стриктура гепатикохоледоха, развитие которой было обусловлено объемом и локализацией некроза, а не выбранной хирургической тактикой. Арозивных кровотечений в данной группе отмечено не было. Количество больших осложнений (III-IV Clavien-Dindo) имело статистически значимое различие в анализируемых группах (ОШ 0,13. 95% ДИ 0,02-0,75, p

197. АППАРАТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕРХНЕГО СРЕДИННОГО ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА РЕТРАКТОРАМИ СИГАЛА-КАБАНОВА У ПОСТРАДАВШИХ С ОТКРЫТОЙ И ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить результаты внедрения аппаратной коррекции верхнего срединного лапаротомного доступа ретракторами Сигала-Кабанова у пациентов с открытой и закрытой травмой печени.

Материал и методы. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2“, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, изучены результаты внедрения ретракторов Сигала-Кабанова (РСК-10) для коррекции верхней срединной лапаротомии у 27 пострадавших с травмой печени. Мужчин было 23 (85,2%), женщин – 4 (14,8). Возраст 17-68 лет. Колото-резанные раны



печени диагностированы у 20 (71,4%) пациентов, закрытые повреждения – у 7 (25,9%). Изолированная травма - 12 (42,3%) пострадавших, сочетанная – 16 (57,1%).

Результаты. Оперативный доступ к травматическим повреждениям печени является одним из главных составляющих оперативного пособия. Мы, как и другие авторы, оптимальным считаем тот доступ, который обеспечивает наилучшие пространственные отношения в ране при наименьшем повреждении передней брюшной стенки. Выбирая хирургический доступ к печени, учитывали следующие особенности предстоящей операции: 1) диагноз травматического повреждения печени нередко ставится предположительно, что предопределяет возможность ревизии всей брюшной полости; 2) возможное сочетанное повреждение и полых органов, сопровождающееся перитонитом, требует санации брюшной полости, одного из вариантов интестинальной интубации тонкого кишечника и широкого дренирования брюшной полости; 3) значительное превалирование пострадавших с политравмой диктует стремление к уменьшению травматичности вмешательства и сокращению его длительности; 4) одновременное поступление нескольких больных, требующих неотложной операции, также свидетельствует о необходимости сокращения сроков операции. Поэтому, требованиями к оперативному доступу являются обеспечение необходимости свободных манипуляций в ране для осуществления оперативного пособия, мобильность доступа – возможность его изменения в зависимости от зоны повреждения печени и др., малая травматичность, длительная стабильная фиксация краёв раны для освобождения рук ассистента. При разведении краёв раны верхнего срединного лапаротомного доступа ретракторами Сигала-Кабанова значительно улучшались условия экспозиции к большинству ранее недостаточно доступных анатомических зон печени. Вместе с тем выявлены участки печени, на которых манипуляции хирурга были затруднительными (диафрагмальная поверхность печени, правый купол диафрагмы). Поэтому у 2 пациентов использовали, рекомендуемый С. А. Гешелиным (1960), приём для доступа к диафрагмальной поверхности печени, заключающийся в пересечении круглой связки печени. На её печёночный отрезок накладывали зажим Кохера и, пользуясь им как вожжой, ассистент оттягивал печень книзу и назад (к позвоночнику) и несколько влево. Натянутую серповидную связку рассекали до венечной связки. В результате нижняя поверхность печени ложилась на позвоночник, диафрагмальная поверхность становилась доступной для манипуляций. К мобилизации левой доли печени прибегали редко, у 3 больных, т.к. левая доля пе-

чени хорошо экспонируется в рану. Для этого приём С. А. Гешелина (1960) дополняли пересечением левой треугольной связки. Несколько чаще, у 4 пациентов, возникла необходимость в мобилизации правой доли печени, что протекало дольше по времени. После рассечения круглой и серповидной связок рассекали правую треугольную и венечную связки. Создаётся наиболее оптимальный доступ к правому поддиафрагмальному пространству, диафрагме, всей диафрагмальной поверхности печени, включая и её заднюю поверхность, нижнюю полую вену, гепатодуоденальную связку. Тотальная мобилизация печени выполнена у 4 больных. При использовании ретракторов РСК-10 уменьшается абсолютная глубина раны, создаётся свобода манипуляций.

Выводы: 1. Используя верхний срединный лапаротомный доступ, у ряда пострадавших с травмой печени выявлены значительные трудности завершения операции. 2. Аппаратная коррекция верхнего срединного лапаротомного доступа ретракторы Сигала-Кабанова и дополнительные приёмы и манипуляции устранили возникшие трудности.

198. УЩЕМЛЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В НАРУЖНОЙ ГРЫЖЕ ЖИВОТА

Капшитарь А.В.

Запорожье, Украина

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить морфологические изменения червеобразного отростка в грыжевом мешке при его ущемлении в наружной грыже живота.

Материал и методы. В 1-м хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, обобщён опыт хирургического лечения 21 больного с ущемленной наружной грыжей живота, в грыжевом мешке которых находился червеобразный отросток, за период с 1993 по 2011 годы. Мужчин было 12 (57,1%), женщин – 9 (42,9%) в возрасте от 31 до 79 лет. Преобладали пациенты пожилого и старческого возраста - 16 (76,2%). Сопутствующей патологией в виде ИБС, распространённого атеросклероза, ожирения, сахарного диабета и бронхита страдали 19 (90,5%) больных. Ранее оперированы 4 (19,1%) пациентов (герниопластика-2, экстирпация матки с придатками-1, напрасная лапаротомия-1). СМП доставлены в клинику до 3 часов с момента возникновения ущемления



8 (38,1%) больных, остальные 13 (61,9%) - в более поздние сроки, из которых в течение 8-12 часов - 6 (28,6%), 24 часов - 1 (4,7%) и 2-2,5 суток - 6 (28,6%). Результаты. Оперированы в неотложном порядке по поводу ущемлённой грыжи до 2 часов после госпитализации в клинику 16 (76,2%) пациентов и до 2 часов - 4 (19,0%), в связи с острой кишечной непроходимостью в течение 5 часов - 1 (4,8%). Ущемлённая правосторонняя паховая грыжа была у 10 (47,7%) больных и рецидивная паховая грыжа - у 2 (9,5%). Реже диагностирована ущемлённая бедренная грыжа у 7 (33,3%) пациентов и послеоперационная вентральная грыжа - у 2 (9,5%). Червеобразный отросток в грыжевом мешке выявлен у всех больных в процессе операции. Его сращения между собой, другими ущемлёнными органами, грыжевым мешком выявлены у 12 (57,1%) пациентов. Всех больных разделили на 2 группы. В I-ю группу включили 7 (33,3%) пациентов с изолированной локализацией червеобразного отростка в грыжевом мешке. II-ю группу составили 14 (66,7%) больных, у которых содержимым грыжевого мешка, наряду с червеобразным отростком, были и другие абдоминальные органы. Из последней группы наиболее часто ущемлению подверглись слепая кишка (78,6%) пациентов и тонкая (64,3%), редко - большой сальник (14,3%), восходящая ободочная кишка (7,1%) и мочевого пузыря (7,1%). Осложненное течение заболевания острой тонкокишечной непроходимостью отмечено у 2 (9,5%) больных. Макроскопические изменения в червеобразном отростке, подтверждённые при патоморфологическом исследовании, у 2 (9,5%) пациентов соответствовали острому катаральному аппендициту, у 3 (14,3%) - флегмонозному, у 7 (33,3%) - гангренозному и у 7 (33,3%) - хроническому, а у 2 (9,5%) - патологические изменения в червеобразном отростке отсутствовали. Всем больным выполнено грыжесечение, аппендэктомия. Из вариантов герниопластики у 15 (71,4%) пациентов применили аутопластику и у 6 (28,6%) - аллопластику. Наряду с этим у 2 (9,5%) больных в связи с некрозом тонкой кишки осуществили её резекцию с энтеро-энтероанастомозом бок-в-бок. Все выздоровели.

Выводы: 1. Червеобразный отросток, как ущемлённый орган, в наружной грыже живота встречается довольно редко и наиболее часто в паховой грыже справа. 2. Различные формы острого воспаления в червеобразном отростке диагностированы у 57,1% пациентов, хронические изменения - у 33,3% и лишь у 9,5% - патология исключена. 3. Учитывая патогенез развития острого аппендицита с началом со стороны слизистой оболочки червеобразного отростка, аппендикс при его ущемлении всегда подлежит удалению.

199. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ: ФАРМАКОТЕРАПИЯ ИЛИ ХИРУРГИЯ?

*Кириенко А.И.(1), Лебедев И.С.(2),
Иванчикова Е.С. (2), Турищева О.О. (1),
Сон Д.А.(1), Гаврилов С.Г.(1)*

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
2) ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Предотвращение тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) - один из важнейших аспектов лечения острого венозного тромбоза (ОВТ). С этой целью используют различные фармакологические, физические и хирургические методы, эффективность которых до настоящего времени оценивают неоднозначно. По мнению одних авторов, своевременная хирургическая операция служит оптимальным способом профилактики ТЭЛА при малейшем указании на эмболоопасный венозный тромбоз. Другие утверждают, что адекватная антикоагулянтная терапия является надежным методом предотвращения легочной эмболии и её рецидива, а показания к хирургической операции должны быть лимитированы.

Цель. Сравнительная оценка возможностей АКТ и хирургических вмешательств в предотвращении ТЭЛА и её рецидива у пациентов с ОВТ.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов с ОВТ, из них у 22 (18,3%) изначально имела место ТЭЛА. Возраст больных составил $61,2 \pm 2,8$ лет, длительность заболевания варьировала от 1 до 60 суток (в среднем - $13,4 \pm 2,2$ суток). Проксимальная граница тромба по данным УЗАС располагалась в берцовых венах у 8 (6,7%), в подколенной вене - у 14 (11,7%), в бедренной - у 53 (44,17%), в подвздошных - у 15 (12,5%), в нижней полой вене (НПВ) - у 10 (8,3%) пациентов. Двусторонний ОВТ выявлен у 20 (16,6%). Больные разделены на 2 группы: в 1 включены пациенты, которым проводили только консервативное лечение (80 человек), во 2 - 40 человек, которым помимо медикаментозного лечения выполнена хирургическая профилактика ТЭЛА (имплантация кава-фильтра, перевязка магистральных вен, тромбэктомия).

Результаты и обсуждение. 1 группа. Среди этих пациентов основным методом лечения ОВТ и предотвращения ТЭЛА избрана антикоагулянтная терапия. Изолированный ОВТ выявлен у 68 пациентов, у 12 больных имело место сочетание венозного тромбоза и легочной эмболией с поражением сегментарных (25%) и долевых (25%) и главных



(50%) легочных артерий (ЛА). Количество флотирующих тромбов после проведения АКТ уменьшилось с 19 до 0, уровень тромботической окклюзии в подавляющем большинстве случаев (96,3%) остался прежним, у 3 больных (3,7%) уменьшился с бедренной до подколенной вены. Увеличения, «нарастания» уровня тромбоза не было выявлено ни в одном из наблюдений. Осложнений АКТ и ТЛТ не выявлено, эпизодов первичной легочной эмболии либо её рецидива на фоне гепаринотерапии не зафиксировано. 2 группа. Сочетание ОВТ и ТЭЛА выявлено у 10 больных, изолированный венозный тромбоз – у 30 пациентов. Количество флотирующих тромбов значительно превышало таковые в первой группе (26,3% - 1 группа; 70% - 2 группа), отсутствовали пациенты с окклюзивными тромбозами глубоких вен н/к. Гепаринотерапия в сочетании с ИКФ проведена 27 больным, ИКФ с последующей ТЛТ и антикоагулянтной терапией - 3 больным. перевязка ПБВ выполнена 7 пациентам, что обусловлено наличием флотирующего тромба поверхностной бедренной (5 больных) и подколенной (2 больных) вен с длиной верхушки более 5 см. Тромбэктомия из общей бедренной вены в сочетании с кроссэктомией по поводу сафено-фemorального венозного тромбоза выполнена 3 больным. После проведения хирургической профилактики ТЭЛА и тромболиза всем пациентам проводили антикоагулянтную терапию. Рецидива ТЭЛА, эмболической окклюзии кава-фильтра, осложнений АКТ и ТЛТ, не выявлено ни в одном из наблюдений.

Заключение. АКТ служит высокоэффективным способом предотвращения ТЭЛА. Хирургическую профилактику ТЭЛА у пациентов с ОВТ необходимо использовать по строгим показаниям, по возможности уменьшая количество вмешательств на нижней полой вене.

200. РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГОНАДНЫХ ВЕН – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ

Сажин А.В., Гаврилов С.Г., Турищева О.О.

Москва

РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Хирургические вмешательства на гонадных венах (ГВ) служат эффективным методом лечения тазового венозного полнокровия (ТВП). Эффективность прямой и чрезбрюшинной лапароскопической резекции, эндоваскулярной окклюзии ГВ в

купировании хронической тазовой боли (ХТБ) колеблется от 65 до 100%. Эндовазальная методика не всегда осуществима в связи с анатомическими особенностями строения гонадных вен либо нежелательна у пациенток с диаметром ГВ более 10 мм. Трансперитонеальный эндокопический способ резекции ГВ предполагает использование пневмоперитонеума, который многие авторы рассматривают как фактор риска развития тромбоза в системе нижней полой вены. Кроме того, инструментальный контакт с органами брюшной полости, необходимость мобилизации толстой кишки для обнажения гонадной вены на достаточном протяжении обусловил поиск новых, более безопасных и высокоэффективных миниинвазивных методов лечения ТВП. Ретроперитонеальный эндоскопический доступ лишен указанных выше недостатков, он широко используется в урологии, онкологии, но отсутствуют указания на его применение в лечении варикозной болезни таза и ТВП. **Цель.** Оценить возможности РЭР гонадных вен в лечении ТВП.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии №1 л/ф РЭР гонадных вен выполнена 4 пациенткам с ТВП. Симптомами заболевания служили ХТБ, дискомфорт в гипогастрии, диспареуния. Диагноз верифицирован с помощью ультразвукового ангиосканирования и мультиспиральной компьютерной томографии тазовых вен с контрастным усилением. У пациенток выявлено расширение левой ГВ до 7-9 мм, вен параметрия до 9-11 мм с рефлюксом крови по указанным сосудам. Операции выполняли в латеропозиции больной на правом боку в условиях эндотрахеальной анестезии. Ретрокарбоксеритонеум до 12 мм.рт.ст. накладывали пункционно с помощью иглы Вереща. Через 2 см. разрез устанавливали 10 мм порт в точке доступа между 12 ребром и подвздошной костью, с помощью лапароскопа 30° формировали забрюшинный доступ, визуализировали левую гонадную вену. Мобилизовали левую ГВ не менее чем на 10 см. Клипировали сосуд на дистальном и проксимальном отрезках и резецировали его.

Результаты и обсуждение. Продолжительность операции колебалась от 35 до 40 мин, составив в среднем $38,7 \pm 4,05$ мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 10-15 мл. Болевой синдром в зоне установки портов не превышал 2 баллов (в среднем - $1,5 \pm 0,5$ балла) на 1 сутки после операции. Послеоперационный койко-день составил $1,25 \pm 0,4$. Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. ХТБ уменьшились с $7,6 \pm 1,3$ до $0,8 \pm 0,35$ баллов на 7 сутки. Преимуществами данной оперативной методики служит отсутствие пневмоперитонеума и операционного контакта с органами брюшной полости, нет необходимости проводить мобилизацию слепой либо



нисходящей части толстой кишки для выполнения адекватной резекции ГВ. Это существенно снижает риски интра- и послеоперационных осложнений, включая повреждения органов брюшной полости и парез кишечника.

Заключение. РЭР гонадных вен служит эффективным и безопасным методом лечения пациенток с варикозной болезнью таза, осложненной ТВП. Необходимо продолжить изучение возможностей данного лечебного способа при ТВП с целью активизации результатов его применения и совершенствования технических приемов.

201. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ

*Сажин А.В., Ревякин В.И., Гаврилов С.Г.,
Сон Д.А., Турищева О.О.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Оптимальным методом лечения тазового венозного полнокровия (ТВП) служат хирургические вмешательства на гонадных венах (ГВ). Их основной целью служит ликвидация патологического рефлюкса по этим сосудам и купирование хронической тазовой боли (ХТБ). Современная тенденция минимизации операционной травмы послужила стимулом к применению эндоскопических технологий в лечении ТВП.

Цель. Оценить возможности транс- и ретроперитонеальной резекции ГВ в лечении ТВП. Материалы и методы. Эндоскопическая резекция ГВ выполнена 17 пациенткам с ТВП. Из них в 13 случаях применен трансперитонеальный способ, в 4 – ретроперитонеальный. Двусторонняя резекция выполнена 3 больным, левосторонняя – 14. Операции проводили в условиях эндотрахеальной анестезии. Трансперитонеальный метод включал наложение карбоксиперитонеума, интраперитонеальную установку лапароскопа и 3 либо 4 портов, мобилизацию левой или правой половины толстой кишки для выполнения адекватной резекции левой/правой гонадной вены, клипирование дистального и проксимального отрезков гонадных вен и удаление 10-12 см участка гонадной вены. Дефект париетальной брюшины устраняли клипированием с помощью 3-4 клип. При использовании забрюшинного доступа пациенткам в латеропозиции в зависимости от стороны поражения выполняли пункционное наложение ретрокарбоксиперитонеума иглой Верриша, формировали с по-

мощью лапароскопа 30° забрюшинного доступа, устанавливали два 5 мм порта, выделяли гонадную вену, клипировали сосуд и резецировали 10-12 см участок.

Результаты и обсуждение. Анализ влияния эндоскопической резекции ГВ показал высокую эффективность методик в купировании ХТБ. Продолжительность операций при использовании трансперитонеального доступа составило $77,1 \pm 17,23$ мин, ретроперитонеального – $38,7 \pm 4,05$ мин. Неконтролируемое интраоперационное кровотечение в ходе трансперитонеальной резекции, послужившее показанием к конверсии, зафиксировано у 1 больной. У 6 больных, перенесших чрезбрюшинную резекцию ГВ, в послеоперационном периоде отмечали явления пареза кишечника, самостоятельно купировавшегося на 2 сутки после операции. Негативными моментами трансперитонеальной резекции служили необходимость выполнения карбоксиперитонеума, мобилизации толстой кишки для обнажения и проведения адекватной резекции гонадной вены. Вместе с тем, при обнаружении двусторонней варикозной трансформации гонадных вен, сочетании ТВП и наружного эндометриоза мы использовали чрезбрюшинную методику, что позволяла из одного доступа осуществить резекцию гонадных вен с двух сторон и ликвидировать очаги эндометриоза. Основными преимуществами забрюшинной резекции ГВ послужило отсутствие операционной травмы органов брюшной полости, практически безболевого послеоперационного периода. Болевой синдром в области установки портов при использовании ретроперитонеальной методики составил ($1,5 \pm 0,5$ балла) был достоверно ниже в сравнении с трансперитонеальной ($3,1 \pm 0,6$ балла) в первые сутки после операции. Раневых послеоперационных осложнений, забрюшинных гематом не выявлено ни в одном из наблюдений. Послеоперационный койко-день у больных, перенесших чрезбрюшинную резекцию составил $4,0 \pm 0,67$, внебрюшинную $1,25 \pm 0,4$. Через 7 дней после вмешательств тазовые боли уменьшились у всех больных, в среднем с $7,6 \pm 1,3$ до $0,8 \pm 0,35$ баллов вне зависимости из использованного доступа. **Заключение.** Эндоскопическая резекция ГВ служит высокоэффективным способом лечения ТВП, купирования тазовых болей. В случае одностороннего расширения ГВ оптимальным методом является ретроперитонеальная резекция. Трансперитонеальная резекция ГВ наиболее оправдана при двустороннем поражении ГВ, наличии сопутствующей гинекологической патологии, требующей хирургического лечения.



202. СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ- КАК МЕТОД БЛАГОТВОРНО ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

*Сердюков М.А., Зурнаджьянц В.А.,
Кчибеков Э.А., Ашуров Ф.А.*

Астрахань

ФГБОУ ВО "Астраханский Государственный
Медицинский Университет"

Сочетанные или симультантные операции—это оперативные вмешательства, выполняемые параллельно или последовательно за одно анестезиологическое пособие. Современный уровень развития хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии позволяет выполнять значительные по объему и травматичности оперативные вмешательства с гораздо меньшим риском для жизни больного, чем это было возможно ранее. По последним данным в литературе указывается на увеличение количества сочетанных операций. Так в НУЗ ОБ на ст. Астрахань-1 ОАО «РЖД» с 2014 по 2016 год были проведены 1411 операций. Из них 56(5%) были симультантными. 48(85.7%) больных от всех оперированных в нашей больнице с такой патологией как ЖКБ и пупочные грыжи. При детальном рассмотрении 48 случаев было определено, что 9(18.7%) были мужчины, женщин соответственно было 39(81.3%). Как известно из литературных источников желчнокаменной болезнью чаще страдают женщины(4:1), что и характерно для нашего исследования (Дадвани С.А. 2009; Зурнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А. 2014). По нашим данным вторичные заболевания как пупочная грыжа было определено при дополнительном осмотре и сборе анамнеза. Что касается мужчин, ситуация противоположная. У 7 обратившихся к нам с диагнозом пупочная грыжа при дополнительном УЗИ обследовании были обнаружены камни в желчном пузыре. Больные с сочетанной патологией распределились по возрасту и полу следующим образом: мужчины 30-40 лет - 1 больной (11.1%), 51-60 лет- 3 больных (33.3%), 61-70 лет - 5 больных (55.6%). У женщин 41-50 лет - 11 больных (28.2%), 51-60 лет - 13 больных (33.3%), 61-70 лет - 14 больных (35.9%), старше 70 лет - 1 больная (2.6%). Все больные оперированы по следующей методике: операция начиналась с выделения и вскрытия грыжевого мешка в области пупка для введения порта для оптики в пупочное кольцо. Холецистэктомия проводилась по стандартной методике. В нашей больнице удаление желчного пузыря мы проводили через доступ №2 в эпигастральной области, тем самым мы предотвращаем инфициро-

вание швов при дальнейшей пластике пупочного кольца. Пластика пупочного кольца определялась по размеру грыжевых ворот и выполнялась по Мейо или Сапезко. За период с 2014 по 2016 год в отделении так же было проведено 8(14.3%) сочетанных операций с более обширными патологиями. 3 больных имели послеоперационные невосприимчивые грыжи передней брюшной стенки и ЖКБ. Данным больным операция начиналась так же с выделения грыжевого мешка, вскрытия его, выделения и освобождения содержимого от сращения с погружением в брюшную полость. Учитывались размеры грыжевого дефекта. Если дефект в апоневрозе составлял не более 3 см и располагался в средней и нижней трети п/о рубца удаление желчного пузыря продолжалось лапароскопически. В одном случае дефект в апоневрозе составил более 6 см и имелся достаточный диастаз прямых мышц живота, удаление желчного пузыря произведено из данного доступа. Применение лапароскопической методики при данной патологии обеспечил нам контроль над рассеченными сращениями и возможным обнаружением другой патологии в брюшной полости. Двое больных были с сочетанием хронического аппендицита и ЖКБ. Данным больным по принятой стандартной методике обследования была проведена ирригоскопия на которой диагноз хронический аппендицит подтвержден. Так же проведена лапароскопическая аппендэктомия и холецистэктомия.

Вывод: При детальном обследовании больных мы можем определить сочетание таких патологий как пупочная грыжа и желчно-каменная болезнь, что в свою очередь ведет к предотвращению осложнений после операции. Применение симультантных операций при той или иной патологии брюшной полости и забрюшинного пространства приводит к уменьшению количества часов под наркозом, возможность одновременного лечения гинекологической, хирургической и урологической патологии. Одномоментное проведение операций позволяет пациенту сократить общее время пребывания в стационаре, так же пациенты воспринимают симультантные операции как одно хирургическое вмешательство, что значительно снижает уровень стресса и волнений перед и после операции, что в свою очередь благотворно влияет на качество жизни пациента.



203. ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Сердюков М.А., Журнаджьянц В.А., Кчибеков Э.А., Александрова А.К.

Астрахань

ФГБОУ ВО "Астраханский Государственный Медицинский Университет"

Поражение послеоперационных рубцов относится к наиболее редким формам и локализациям экстрагенитального эндометриоза (ЭМ), в настоящее время стал чаще встречаться после акушерских операций кесарево сечение.

Цель исследования: Изучить частоту и особенности клинического течения экстрагенитального эндометриоза.

Материалы и методы: Исследуя проблему эндометриоза данной локализации, и проведя статистический анализ на базе НУЗ Отделенческая больница на ст. Астрахань 1 ОАО «РЖД» за последние 5 лет (2011-2016 год) эндометриоз в лапаротомических рубцах наблюдали у 8 больных, средний возраст которых составил 20-35 лет. Срок обращения 2 год, более поздний 9 лет, 1 случай обращения спустя 3 года. У 8 больных прооперированы в плановом порядке и операционный материал взят на гистологическое исследование. Размеры узлов от 0,5x1,5 см до 1,5x2,5 см с неровными четкими контурами, несколько неоднородной структуры. На разрезе образования серо-коричневого цвета ткани неправильной формы, волокнистого строения. Иссечены en bloc в пределах здоровых тканей. Гистологически подтверждены - эндометриоз. **Обсуждение:** В акушерстве чаще всего применяется разрез по Пфанненштилю, который находится в нижнем сегменте живота и производится в поперечном направлении. Данный разрез благоприятен для извлечения плода из полости матки и выделении последа. Однако при удалении последа происходит большой выброс клеток эндометрия, в послеоперационную рану, тем самым происходит обсеменение раны. При последующем ушивании послеоперационной раны чаще всего используют шовный материал такой как кетгут. Так как рассечение апоневроза происходит в поперечном направлении и распространяется до перехода апоневроза прямых мышц живота в апоневроз косой мышцы живота с частичной травматизацией косой мышцы живота. При ушивании данного перехода акушерами часто используется наложение 1-3 Z-образных швов. Оставшийся апоневроз зашивается узловыми или непрерывными швами. Учитывая, что послеоперационная рана ранее была обсеменена клетками эндометрия наложение таких швов в углах раны приводит к фиксации клеток

эндометрия к мышце.

Выводы: ЭПР наблюдается у пациенток в возрасте от 20-35 лет, возможное образование видимого узла происходит через 2-3 года после оперативного акушерского вмешательства кесарева сечения с разрезом по Пфанненштилю. Наличие в анамнезе кесарева сечения, пальпируемое образование в передней брюшной стенке, его локализация и цикличность болей, связанная с менструальным циклом, являются специфическими признаками ЭПР. Интересной особенностью, выявленной у наших пациенток, явилось отсутствие вовлечения брюшины в патологический процесс при ЭПР. Учитывая достаточную редкость ЭПР требует более детального и дальнейшего изучения и выяснения этиологии, патогенеза выявленного в нашем исследовании факта, для подтверждения данного диагноза.

204. РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ, СРЕДОСТЕНИЯ

Кудрявцев А.С. 1, Ярмощук С.В. 1, Архипов А.Н. 1, Жеравин А.А. 1, Дробязгин Е.А. 1,2

Новосибирск

1- ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России
2- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России

В период с мая 2014 по декабрь 2016 года в отделении онкологии ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России робот-ассистированные вмешательства при опухолевых поражениях легких, плевры и средостения выполнены 27 пациентам в возрасте от 32 до 78 лет. Среди пациентов 16 мужчин и 11 женщин. Показаниями к оперативным вмешательствам являлись: периферический рак легкого у 16 пациентов (у 7 опухолевый процесс локализовался в верхней доле правого легкого, у 2 в средней доле правого легкого, у 5 в верхней доле левого легкого, у 1 в нижней доле левого легкого, а у 1 пациента имелось два опухолевых образования (верхняя доля правого и нижняя доли левого легкого), опухоль переднего средостения у 5, метастатическое поражение легких без первичного очага у 4, рак почки с очаговым метастазом в легкое у 1, рак матки с очаговым метастазом в легкое у 1. Все операции проводились на системе da Vinci с усиленной 3D высокой четкости системой технического зрения



и применением endowrist-инструменты, которые имеют углы изгиба и вращения намного больше, чем запястье человека. При этом установка портов для введения «рук робота» зависела от локализации патологического процесса в легочной ткани или средостении. В ходе выполнения вмешательства для обеспечения работы на элементах корня легкого и средостения проводилась односторонняя вентиляция, которая не отличалась от стандартной вентиляции при «открытых» и классических торакоскопических операций. Пациентам проведены следующие вмешательства: при опухолях легких (резекция С1-С2 левого легкого 1 пациенту, резекция С2 левого легкого – 1, комбинированная резекция С1 и С6 левого легкого -1, резекция С10 правого легкого - 1, резекция С4 правого легкого – 1, резекция С10 левого легкого – 1, резекция С2 правого легкого - 2, резекция С5 левого легкого – 1, средняя лобэктомия справа – 1, расширенная верхняя лобэктомия справа – 3, нижняя лобэктомия слева – 1, верхняя билобэктомия справа – 1, верхняя лобэктомия слева – 5, верхняя лобэктомия справа – 2,), при опухолях средостения (тимэктомия – 1, удаление опухоли средостения – 4). Среднее время оперативного вмешательства не превышало времени при стандартных торакоскопических операциях и составила при атипичной резекции легкого 40-50 минут, лобэктомии 3-3,5 часа, удалении опухоли переднего средостения 1 час 20 минут. Длительность нахождения в стационаре в послеоперационном периоде после удаления тимомы составила 5 суток, резекции легкого составляла 4 суток, после лобэктомии 7 суток. Гистологическая верификация диагноза, проведена во всех случаях. Получены следующие результаты: метастаз рака почки у 1 пациента, метастаз рака эндометрия - 1, склерозирующая гемангиома легкого - 1, метастаз светлоклеточного почечноклеточного рака – 1, метастатическое поражение легкого и плевры – 1, абсцесс легкого – 1, воспалительная псевдоопухоль легкого – 2, злокачественный карциноид – 1, тимома тип А – 1, тимома тип В – 1, киста перикарда – 2, тератома – 1, хондроматозная гамартома – 1, умеренно дифференцированная аденокарцинома – 9, низкодифференцированная аденокарцинома – 2, светлоклеточная аденокарцинома – 1. Осложнений в ходе проведения вмешательств не отмечено. Все пациенты выписывались из стационара в удовлетворительном состоянии. Таким образом, полученные нами данные, указывают на возможность выполнения радикальных робот-ассистированных вмешательств у пациентов с опухолями легких. Данные вмешательства могут выполняться с соблюдением онкологических признаков и являются безопасными. Для детального изучения отдаленных результатов вмешательств необходимо динамическое наблюдение.

205. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

*Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В.1,2,
Судовых И.Е.2*

Новосибирск

1- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России 2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

За период с 1995 по 2016 годы на лечении находилось 110 пациентов с диагнозом: рубцовый стеноз трахеи. Мужчин – 78, женщин – 32. Возраст пациентов был от 15 до 83 лет. Причинами стеноза были: длительная искусственная вентиляция легких через интубационную трубку у 29 пациентов, трахеостома у 73 пациентов (сужение в области трахеостомического отверстия у 70, сужение по нижнему краю трахеостомической трубки у 3), сужение трахеального анастомоза после циркулярной резекции трахеи у 5, сужение после трахеоларингопластики и ликвидации трахеофиссуры у 1, сужение после лучевой терапии. Всем пациентам при поступлении проводились дообследования – фибробронхоскопия (оценка локализации, степени, протяженности участка сужения), томография трахеи. У большинства пациентов (45) рубцовые изменения локализованы в верхней трети трахеи. Поражение верхней трети трахеи и подскладочного отдела гортани у 17 пациентов, верхняя и средняя треть трахеи у 10, средняя треть трахеи у 9, средняя и нижняя треть трахеи у 4, нижняя треть трахеи у 11. Просвет трахеи был облитерирован выше трахеостомического отверстия у 4 пациентов. У 10 пациентов были выявлены разрастания грануляционной ткани по ходу суженного участка, расположенные преимущественно по верхнему краю участка сужения. Трахеопищеводный свищ диагностирован у 4 пациентов и находился в зоне сужения или на 1-1,5 см ниже его. Просвет трахеи в области сужения составлял от 1 до 8 мм. Протяженность участка сужения составляла от 2 мм до 5 см. Тактика лечения определялась при поступлении и зависела от выраженности явлений дыхательной недостаточности. При отсутствии выраженных дыхательных расстройств в плановом порядке проводилась ТМГ трахеи и фиброларинготрахеобронхоскопия с оценкой локализации стеноза, протяженности рубцовых изменений и последующим бужированием трахеи (57 пациентов). При поступлении в тяжелом состоянии, с выраженными явлениями дыхательной недостаточности в экстренном порядке проводилась



фибрларинготрахеобронхоскопия с оценкой локализации стеноза с последующим одномоментным эндоскопическим расширением суженного участка трахеи (46 пациентов). Для восстановления проходимости трахеи бужирование тубусами ригидного бронхоскопа проведено 104 пациентам. У 40 пациентов проводилось лишь бужирование трахеи тубусами ригидного бронхоскопа в течение длительного периода времени (сроки от 1 года до 5 лет). Лишь у 25 пациентов удалось добиться формирования стойкого рубцово-измененного участка, достаточного для дыхания. Начиная с 2002 года при отсутствии эффекта от бужирования трахеи выполнялось стентирование трахеи. Пролечено 45 пациентов. Сроки стентирования трахеи от 9 месяцев до 3 лет. Вмешательства осуществлялись под общей анестезией. После бужирования трахеи в суженный участок устанавливался стент (фрагмент интубационной трубки – 2 пациента, силиконовый самофиксирующийся стент типа Dumon – 43). Все осложнения, полученные после вмешательства, были разделены нами на 2 группы: ранние (срок до 2 недель) и поздние (срок свыше 2 недель). Ранние осложнения были у 5 пациентов. Смещение стента ниже участка сужения у 4 пациентов, откашлял стент 1 пациент. Выполнена корректировка положения стента. Повторное стентирование проведено 1 пациенту. Поздние осложнения возникли у 15 пациентов. У двух пациентов при установке стентов из интубационных трубок произошла миграция стента ниже участка сужения в сроки 3 и 6 месяцев после их установки. Шесть пациентов после стентирования силиконовыми стентами откашливали их в сроки более чем 2 месяца после установки (1 пациент), более чем 3 месяца после установки (5). Миграция стента ниже участка сужения была у 5 пациентов (в течение года после их установки). Тактика лечения зависела от выраженности стеноза и явлений дыхательной недостаточности. Так, при миграции стентов, изготовленных из фрагментов интубационных трубок проводилось их удаление (2 пациента). В 4 случаях при силиконового стента откашливании стента в сроки более 6 месяцев рестеноза не последовало. При дообследовании эндоскопически определяется рубцовая деформация просвета трахеи, не создающая проблем с дыханием. Повторное стентирование выполнено 1 пациенту и коррекция положения стента 5. Стенты извлекались из трахеи в сроки от 9 до 12 месяцев у большинства пациентов (35). В сроки от 1 года до 3 лет стенты удалены у 2 пациентов. В остальных случаях лечение продолжается. Рестеноз возник у 17 пациентов в сроки от 1 часа до 1 месяца после удаления стента, что потребовало рестентирования у 16 пациентов (11 – дважды, 3- трижды). У 3 пациентов стент установлен пожизненно по их

просьбе, из-за категорического отказа от хирургического вмешательства. Одному пациенту выполнена циркулярная резекция суженного участка трахеи. Одному пациенту выполнена трахеоларингопластика с установкой Т-образной трубки. У 18 пациентов в ходе эндоскопического лечения был сформирован стойкий, достаточный для дыхания просвет трахеи. Таким образом, эндоскопические методики лечения пациентов с рубцовыми стенозами трахеи позволяют восстановить и поддерживать проходимость дыхательных путей, как временно, так и постоянно.

206. СТЕНТИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*Дробязгин Е.А.1,2, Чикинев Ю.В.1,2,
Судовых И.Е.2*

Новосибирск

- 1- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
- 2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

В клинике кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета НГМУ, в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» в период с января 2004 по декабрь 2016 стентирование как пищевода, так и трахеи проведено 6 пациентам в возрасте от 49 до 78 лет (5 мужчин и 1 женщина). Показаниями к выполнению вмешательства были: рак средней трети пищевода у 4 пациентов, метастатическое поражение лимфатических узлов средостения со сдавлением пищевода и трахеи после ранее выполненного оперативного вмешательства (операция Льюиса) у 1, центральный рак правого легкого с прорастанием в средостение, сдавлением трахеи и пищевода у 1. Степень выраженности дисфагии при первичном обращении в стационар варьировала от затруднений при глотании твердой и полужидкой пищи до полной невозможности приема пищи и жидкости. Всем пациентам выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка и эндоскопическое исследование при котором выявлено, что локализация сужения пищевода была на уровне средней трети у 4 пациентов, в верхней трети пищевода (на 2-3 см ниже глоточно-пищеводного перехода у 2). Протяженность участка сужения составила от 4 до 8 см, а диаметр пищевода в зоне сужения от 3 до 6 мм. Жалобы на нарушение дыхания предъявляли 2 пациента. При ТМГ трахеи и эндоскопиче-



ском исследовании диагностировано сдавление просвета трахеи извне, протяженностью 3 и 4 см и диаметром просвета 4 и 5 мм соответственно. Целью проведения вмешательств было восстановление и поддержание проходимости пищевода и трахеи. Тактические моменты оказания помощи зависели от выраженности явлений дыхательной недостаточности. При первичной госпитализации в 4 случаях выполнено бужирование суженного участка пищевода и установка металлического покрытого саморасправляющегося стента, в 1 случае проведено стентирование трахеи металлическим покрытым саморасправляющимся стентом и установка назогастрального зонда с последующим стентированием пищевода металлическим покрытым саморасправляющимся стентом (через 4 суток после восстановления проходимости трахеи) и в 1 случае стентирование трахеи металлическим покрытым саморасправляющимся стентом и стентирование пищевода металлическим покрытым саморасправляющимся стентом (через 2 суток после стентирования трахеи). При наличии дыхательной недостаточности первым этапом выполнено стентирование трахеи металлическим саморасправляющимся стентом. Длина стента 6 см, диаметр 20 и 22 мм. Вмешательства осуществлялись на спонтанном дыхании с применением внутривенной седации в сочетании с местной анестезией. Установка пищеводных стентов при локализации опухолевого поражения в средней трети проводилась под эндоскопическим контролем. Во всех случаях использованы стенты с диаметром 22 мм, длиной 12 и 14 см. Осложнений не было. При локализации сужения в верхней трети вмешательства осуществлялись под рентгеновским контролем с предварительной маркировкой верхней и нижней границ сужения при помощи рентген-контрастных меток, которые приклеивались к коже. В обоих случаях использованы стенты длиной 12 см и диаметром 18 мм (шеечный и асимметричный). Осложнений не было. Через 2, 4 и 7 месяцев после имплантации пищеводного стента, четверем пациентам потребовалось выполнение стентирования трахеи из-за сдавления (3 пациента) и прорастания опухоли в трахею (1 пациент), что подтверждалось данными фибротрехеоскопии и томографии органов грудной клетки. Протяженность участка сужения у 3 пациентов была 3,5 см, и у 1 - 4 см. При сдавлении трахеи (3 пациента) установлены саморасправляющиеся металлические стенты длиной 6 см и диаметром 20 (1) и 22 мм (2 пациента). При прорастания опухоли пищевода в просвет трахеи с сужением ее просвета (1 пациент) после выполнения бужирования суженного участка трахеи тубусами ригидного бронхоскопа Friedel под общей анестезией был установлен силиконовый стент 10x16 мм типа Dumon, длиной 6 см. Ослож-

нений в процессе проведения вмешательства не было. Дополнительное стентирование трахеи по типу «стент в стент» саморасправляющимся металлическим стентом длиной 6 см и диаметром 22 мм выполнено в 1 наблюдении через 6 месяцев после стентирования трахеи. Причина - продолжающийся рост опухоли пищевода и сдавлении трахеи выше ранее установленного стента. Таким образом, применение данной методики позволило восстановить проходимость пищевода и дыхательных путей и улучшить качество жизни этой категории пациентов. Выбор способа и метода установки стента является индивидуальным и зависит от опыта специалиста и состояния пациента.

207.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В СТОРОМАЛЬНО-СОСУДИСТОМ КОМПОНЕНТЕ ТКАНЕЙ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ И ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Деркач Н.Н., Кондратюк Э.Р., Гривенко С.Г.

Симферополь

Медицинская академия
имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ
им. В.И. Вернадского»

Нарушения морфогенеза соединительной ткани в настоящее время рассматриваются в качестве одного из факторов, способствующих развитию грыж передней брюшной стенки [Богдан В.Г., 2013; Винник Ю.С., 2014], а изменения гистологической структуры послеоперационного рубца часто являются пусковым патогенетическим механизмом образования послеоперационных вентральных грыж [Чарышкин А.Л., 2015]. Данные об особенностях анатомо-морфологической структуры грыжевых ворот при формировании послеоперационных вентральных грыж достаточно полно изучены. Вместе с тем, остаются не изученными морфологические и гистохимические особенности в стромально-сосудистом компоненте тканей грыжевых ворот и грыжевого мешка при послеоперационных вентральных грыжах. Они имеют практическое значение как в отношении выбора техники герниотомии, так и в предупреждении послеоперационных рецидивов.

Цель исследования. Установить характер морфологических и гистохимических нарушений в стромально-сосудистом компоненте тканей грыжевых ворот и грыжевого мешка при послеоперационных вентральных грыжах. Материалом гистологи-



ческих и гистохимических исследований служили иссекаемые при операции тканевые фрагменты зоны грыжевых ворот и грыжевого мешка у 16 больных с послеоперационными вентральными грыжами, представленные подкожной жировой клетчаткой, апоневрозом и мышечной тканью. Всего изучено 60 гистологических препаратов. Полученный интраоперационно морфологический материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в целлоидин-парафин, после спиртовой проводки изготавливали срезы, толщиной 5-6 мкм. Для оценки структурных особенностей тканей использовали окраску гематоксилином и эозином. Соединительнотканый компонент оценивался с помощью окраски препаратов по Ван-Гизону. С целью изучения особенностей метаболизма в тканях использовали ШИК-реакцию для выявления нейтральных мукополисахаридов и Хейл-реакцию с толудиновым синим для идентификации кислых гликозаминопротеогликанов. Изучение микропрепаратов проводили на микроскопе Olympus BX-41 с последующим видеомикроскопическим фотографированием.

Результаты и обсуждение. Основные выявленные морфологические находки в тканях грыжевых ворот и грыжевого мешка однонаправленны и представлены комбинацией альтеративных, воспалительных, атрофических и репаративных процессов, на фоне расстройства кровообращения и дефицита эластических волокон. Выше указанные общие патологические процессы развиваются как в сосулисто-стромальном, так и мышечном компонентах. Гистохимические особенности стромального и мышечного компонентов заключаются в нарушении метаболизма как гликозаминопротеогликанов, так и нейтральных мукополисахаридов и могут быть как первичными, связанными с нарушением обмена гликозаминопротеогликанов в строме вследствие соединительнотканной дисплазии, так и вторичными вследствие альтерации, расстройства кровообращения и воспаления, последнее, по-видимому, характерно для мышечного компонента. Поэтому необходим комплексный подход к лечению пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Параллельно с хирургической коррекцией лечебные мероприятия следует дополнять новыми способами лекарственной и не лекарственной коррекции выявленных нарушений. С этой целью нами предложен и апробирован способ коррекции проявлений синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани при грыжах передней брюшной стенки (патент Украины № 112972). Изучение ближайших и отдаленных результатов его эффективности будет предметом наших дальнейших исследований.

Выводы. При послеоперационных вентральных грыжах в стромальном и мышечном компонен-

тах грыжевых ворот и грыжевого мешка имеются нарушения метаболизма как гликозаминопротеогликанов, так и нейтральных мукополисахаридов, которые могут быть как первичными, связанными с нарушением обмена гликозаминопротеогликанов в строме - вследствие соединительнотканной дисплазии, так и вторичными - вследствие альтерации, расстройства кровообращения и воспаления, что, характерно для мышечного компонента. Выявленные морфологические и гистохимические особенности в стромально-сосудистом компоненте тканей грыжевых ворот и грыжевого мешка при послеоперационных вентральных грыжах диктуют необходимость включения в комплекс лечебных мероприятий их фармакологическую коррекцию.

208. СОХРАНЕНИЕ АУТОНОМНОСТИ ЖЕЛЧНОГО ДЕРЕВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Ершов К.Г.(1,2), Гончаров О.В.(2), Терентьев В.А.(2), Самойлено М.Ю.(2).

Новосибирск

1-ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 2-ГБУЗ НСО городская клиническая больница № 11, Новосибирск

Увеличивается число пациентов с холедохолитиазом. ЭПСТ с литэстракцией обладает серьезным недостатком – нарушается автономность желчных путей. Это приводит к хроническому рефлюкс-холангиту с частыми манифестациями в виде гнойного поражения протоков и тяжелой гипотаргии.

Цель исследования: дать оценку методике хирургического лечения холедохолитиаза с сохранением автономности желчного дерева.

Материалы и методы: В клинике с 2002 по 20156 годы находилось на лечении 7880 пациентов с ЖКБ. Оперировано из них 7700. Холедохолитиаз сопутствовал или был изолированным у 768 пациентов, что составило 9,74 % всех случаев. В применяемой тактике выделено 2 этапа: до 2005 г., где широко использовались билиодигестивные анастомозы, после 2005 г., когда основным методом стала холецистэктомия из мини-доступа или ЛХЭ с вмешательством на протоках путем холедохоскопии. На первом этапе прооперировано 205 больных с холедохолитиазом. Выполнено 29 билиодигестивных анастомозов, 45 ЭПСТ, 131 холедохолитотомия с дренированием по Керу, из них с холедохоскопией – 64. На втором этапе выполнено 563 пособия. Билиодигестивных анастомозов – 12. Остальные пациенты (551 человек) проопе-



рированы из мини-доступа по М.И. Прудкову (371) и лапароскопически (180). Во всех случаях выполнена холедохоскопия, литэкстракция. Использовался холедохоскоп фирмы «OLYMPUS» диаметром 4,1 мм. Он позволяет выполнить ревизию протоков до субсегментарного уровня.

Результаты: Летальных исходов и осложнений на 2 этапе не было. В сроки до 5 лет эпизодов холангита не встречено. Предпочтительнее дренаж по Холстеду-Пиковскому со швом холедоха, при холангите – по Керу.

Выводы: методика холедохоскопии сохраняет автономность билиарной системы, надежно ликвидирует холангиолитиаз. Мини-доступ и ЛХЭ – максимально снижают операционную травму. Уверенность в полной санации билиарного дерева не требует применения билиодигестивных анастомозов.

209. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ДПК ВЫЗВАННОЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ

Аксельров М.А. (1,2), Сергиенко Т.В. (2), Емельянова В.А. (2), Супрунец С.Н. (1,2), Аксельров А.М. (1), Мальчевский В.А. (1,3), Связян В.В. (1), Сахаров С.П. (1), Евдокимов В.Н. (1), Дадашева С.М. (2), Столяр А.В. (2), Киселева Н.В. (2), Анохина И.Г. (2)

Тюмень

1) ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, 2) ГБУЗ ТО ОКБ №2, 3) ФГБУН ТюмНЦ СО РАН

Одной из причин высокой врожденной кишечной непроходимости является кольцевидная поджелудочная железа. В клинике детской хирургии Тюменского ГМУ за период с 2016 г мы наблюдали 4 новорожденных с этой патологией. Диагноз ставился на основании клинической картины, обзорной рентгенографии брюшной полости. Всем детям операция по созданию дуодено-дуоденоанастомоза выполнена лапароскопически. Для выполнения эндоскопической операции использовали стойку, оптику и инструменты (3мм) фирмы Karl Storz. Первым этапом, используя монополярную коагуляцию, разделяли сращения и мобилизовывали ДПК для визуализации места непроходимости. Дальше фиксировали к передней брюшной стенке начальный отдел ДПК. Расширенная часть перед местом непроходимости вскрывалась в по-

перечном направлении, а отводящая кишка в продольном. Анастомоз формировали по методике Кимура отдельными швами, нить пролен 5.0, узлы формировали интракорпорально. Средняя длительность операции составили 2час. Конверсий не было. Длительность послеоперационного наблюдения незначительная, однако на настоящее дети развиваются по возрасту, питание усваивают в полном возрастном объеме. Малая травматизация и отличный косметический результат позволяет рекомендовать лапароскопическую операцию детям с врожденной непроходимостью ДПК.

210. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ОДНОАНАСТОМОЗНОГО И ДВУХАНАСТОМОЗНОГО ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Оспанов О.Б.(1), Саматов М.Н.(1), Кусманов Н.К.(2), Фурсов Р.А. (1), Елеуов Г.А.(1), Тэн И.Э.(2)

Астана

1) АО «Медицинский университет Астана»
2) АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» г. Астана.

Введение: Лапароскопическое гастрешунтирование по Ру предполагает создание двух соустьев: гастроэнтероанастомоза и межкишечного соустья. Лапароскопическое двуханастомозное гастрешунтирование (ЛДАГШ) принято считать золотым стандартом в бариатрической хирургии. Альтернативным методом является лапароскопическое одноанастомозное гастрешунтирование (ЛОАГШ). Данный тип мини-гастрешунтирования не признан всеми хирургами и остается темой для дальнейших дискуссий о целесообразности его широкого применения в бариатрии. Цель исследования явилась сравнительная оценка собственных результатов и технических условий применения лапароскопического одноанастомозного и двуханастомозного гастрешунтирования для лечения морбидного ожирения.

Материалы и методы: За период с 2013-2016 годы, нами было выполнено 134 лапароскопических гастрешунтирований, из них в 30 случаях мы выполнили ЛДАГШ, а у 104 пациентов мы выполнили ЛОАГШ. После получения информированного согласия, пациенты были распределены в ЛДАГШ (n = 30) и ЛОАГШ (n = 104). Критерием эффективности являлось, длительность операции, ранние и поздние послеоперационные осложнения, эффективность снижения избыточной массы тела (EWL%). Средний период наблюдения состав-



лял 12 месяцев, интервал наблюдения составлял 6-36 месяцев. Хирургическая техника операций. Во всех случаях использовали лапароскопический метод. ЛДАГШ выполняли с созданием малого желудка начиная с малой кривизны желудка, отступая от пищеводно-желудочного перехода 6 см, объемом от 15 до 30 мл, далее после рассечения большого сальника накладывали гастроэнтероанастомоз с созданием петли Ру, таким образом создавали два анастомоза. После наложения анастомозов проводили ушивание пространств Петерсона. ЛОАГШ выполняли с созданием пауча в виде тонкой желудочной трубки объемом 30-50 мл, с пересечением по малой кривизне желудка в области «вороньей лапки» с использованием для калибровки назогастрального зонда 32 Fr и создания гастроэнтероанастомоза на расстоянии от 200-250 см от связки Трейца в зависимости от ИМТ пациента, для создания более высокого мальабсорбтивного эффекта.

Результаты: Средняя продолжительность операции составила больше ЛДАГШ чем для ЛОАГШ (205 минут, против 148 минут, P 0,05).

Вывод: Лапароскопическое одноанастомозное гастрощунтирование не уступает по бариатрической эффективности двуханастомозному гастрощунтированию, а по техническому выполнению является более простой и безопасной альтернативой стандартной методики, но возможны проявления желчного рефлюкса.

211. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Леоненко С.Н., Влахов А.К., Селиванов А.В.

Симферополь

Клинический медицинский многопрофильный центр Святителя Луки Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского

Введение. В связи с совершенствованием диагностических методов в настоящее время отмечается увеличение числа больных с желчнокаменной болезнью и её осложнениями, опухолевыми поражениями желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ) являются одним из наиболее распространённых способов лечения обструктивной патологии гепатикохоледаха, которые позволяют получить лечебные результаты, превосходящие таковые при традиционных хирургических

операциях. Однако общее количество осложнений ЭТПВ составляет от 7,7% до 19%, с летальностью до 2%. В связи с этим, необходимость разработки оптимального комплекса мероприятий профилактики осложнений, применение специальных приёмов, улучшающих техническое исполнение ЭТПВ с учетом индивидуальной анатомии и патоморфологии зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), сохраняют актуальность.

Материал и методы. Проведен анализ 1857 вмешательств у больных (женщин 1374 (73,9%), мужчин 483 (26,1%)) возрастом от 16 до 95 лет, прошедших лечение с 2000 по 2016 год. Механическая желтуха была у 51% больных. Уровень билирубинемии составлял 31-1422 мкмоль/л, продолжительность желтухи 3-45 суток. ЭТПВ выполняли дуоденоскопами "Olympus JF-1T20", "Olympus JF-1T40" с диаметрами инструментальных каналов 2,8-3,2 мм, с полным набором инструментов, под контролем рентгенкомплексов "Televis", "Toshiba Vision", "MOBILE C-ARM MCA-6200". Всем больным выполняли общеклинические обследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) гепатопанкреатобилиарной зоны. С целью диагностической верификации проводили дуоденоскопии и эндоскопические ретроградные холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) – 1729. Лечебный спектр представлен следующими ЭТПВ: папиллосфинктеротомия с последующей холедохолитоэкстракцией или механической литотрипсией (МЛТ) – 1671 (89,9%), эндобилиарным дренированием – 34 (1,8%) и стентированием – 24 (1,3%), чрескожными чреспечёночными эхоконтролируемыми холангиостомиями (ЧЧЭХ) – 57 (3,1%). Результаты и обсуждение. У 128 (6,9%) лечебные ЭТПВ выполнить не удалось. Причинами неудач у этой группы больных явились: рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 62 (48,4%), глубокие парапапиллярные дивертикулы (ППД) – 26 (20,3%), отказ больного от вмешательства – 13 (10,1%), опухолевое поражение зоны БСДК – 12 (9,4%), технические причины, связанные с неисправностью аппаратуры – 7 (5,4%), резекция желудка в анамнезе – 5 (3,9%), выраженная перистальтика ДПК – 3 (2,3%). Ввиду неэффективности ЭТПВ 57 (3,1%) больным выполнены ЧЧЭХ. У этой группы больных миниинвазивный комплекс не был окончательным. После ликвидации билиарной гипертензии, купирования холангита эти больные оперированы лапароскопическим или лапаротомным доступом. У 1729 (93,1%) больных ЭТПВ были эффективны. Лечебные ЭТПВ в один этап проведены 1433 (85,8%) больным, из которых у 107 (5,8%) папиллосфинктеротомии осуществлены атипично. В два этапа ЭТПВ выполнены у 204 (12,2%), трёхэтапные вмешательства потребова-



лись 33 (2%) больным. Основными причинами этапных ЭТПВ явились: крупные или фиксированные конкременты в холедохе, труднодоступность БСДК вследствие расположения последнего в полости ППД, кровотечение из папиллотомного разреза, вклинение фрагментов конкрементов после МЛТ, необходимость повторных санаций желчных путей при холангите. Применяемая тактика позволила устранить имеющуюся патологию у 1670 (89,9%) больных. Осложнения после ЭТПВ возникли у 156 (9%) больных. Из них: транзиторная амилаземия – 71 (45,5%), реактивный панкреатит – 26 (16,7%), кровотечение из папиллотомного разреза – 24 (15,4%), гнойный холангит – 12 (7,7%), панкреонекроз – 13 (8,3%), вклинение корзины Дормиа с конкрементом в дистальном отделе холедоха – 8 (5,1%), перфорация ДПК – 1 (0,6%), перфорация холедоха – 1 (0,6%). Консервативными мероприятиями осложнения успешно устранены у 130 (83,3%) пациентов. 26 (16,7%) больным с осложнениями после ЭТПВ потребовались дополнительные оперативные вмешательства. Летальный исход среди больных, подвергнутых ЭТПВ и дальнейшим хирургическим вмешательствам, наступил у 9 (0,52%). Причинами летальности были: гнойный холангит с прогрессирующей полиорганной недостаточностью – 6 (0,35%), панкреонекроз – 2 (0,1%), декомпенсация легочно-сердечной недостаточности на фоне холангиогенного сепсиса – 1 (0,06%).

Заключение. Анализ полученных результатов позволяет констатировать, что ЭТПВ и ЧЧЭХ могут успешно применяться в качестве этапного и окончательного метода миниинвазивного лечения холедохолитиаза и обструктивных поражений гепатикохоледоха. Эффективность ЭТПВ составляет 93,1%. Однако, ЭТПВ в 9% могут сопровождаться развитием осложнений, в 0,52% – летальными исходами. Следует отметить, что с появившейся возможностью выполнять магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, отпала необходимость в выполнении ЭРХПГ в трудных диагностических ситуациях, что также существенно снижает вероятность развития осложнений. Совершенствование техники выполнения ЭТПВ и методов профилактики осложнений этих вмешательств являются приоритетными направлениями в улучшении результатов хирургического лечения больных с холедохолитиазом и патологией дистального отдела общего желчного протока.

212. СОСТОЯНИЕ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ПОСЛЕ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО LICHTENSTEIN-1

Оскретков В.И., Бердинских А.Ю., Бубенчиков С.П.

Барнаул

ФБГОУ ВО АГМУ Минздрава Росси

Актуальность. Во всем мире наиболее распространенным вариантом оперативного лечения паховых грыж является ненапряжная герниопластика по Lichtenstein-1. После укрепления задней стенки пахового канала сетчатым эксплантом на него укладывают семенной канатик. Это создает риск вовлечения семенного канатика в воспалительный асептический процесс и рубцовую ткань, возникающих в ответ на синтетический материал.

Цель исследования - изучить в эксперименте на животных морфологические изменения элементов семенного канатика и семенника при длительном контакте с полипропиленовой сеткой.

Материал и методы исследования. С соблюдением Европейской Конвенции гуманного обращения с животными в эксперименте на 14 кроликах производилась имплантация полипропиленовой сетки под семенной канатик. Через 1,3,6 месяцев животных выводили из эксперимента с последующим гистологическим исследованием препаратов. Через 1 месяц после имплантации полипропиленовой сетки было отмечено, что волокна ее окружены умеренно выраженным воспалительным инфильтратом, который представлен в основном лимфоцитами и плазматитами. По периферии воспалительного инфильтрата располагались созревающие коллагеновые волокна и полнокровные сосуды. При исследовании сперматогенеза в большинстве опытов в семенных канальцах определялись сперматогонии, расположенные на базальной мембране. Выше них располагались первичные сперматоциты и далее ранние и поздние сперматиды. Семенной канатик представлен выносящими канальцами, которые выстланы однослойным призматическим эпителием. В просвете канальцев в значительном количестве определялись сперматозоиды. В интерстициальной ткани семенника и семенного канатика явлений отека и полнокровия сосудов не наблюдалось. Через 3 месяца после операции волокна сетки были окружены слабо выраженным воспалительным инфильтратом, по периферии которого располагались коллагеновые волокна и полнокровные сосуды. Нарушений сперматогенеза не выявлено. Через 6 месяцев было видно, что волокна сетки окружены плотной соединительной тканью.



Явлений воспалений не определялось. Имелось лишь очаговое полнокровие сосудов. Нарушений сперматогенеза не отмечено. Таким образом, экспериментальные исследования показали, что длительное расположение семенного канатика на полипропиленовой сетке (моделирование герниопластики по Lichtenstein-1) не приводит к изменениям в сперматогенезе.

213. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Шмелев С.Н.(1), Шапкин Ю.Г.(2), Федоров В.Э.(3)

Саратов

- 1) ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского»,
- 2) Ка-федра общей хирургии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ,
- 3) Кафедра хирургии и онкологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой за счет применения эндоскопических методов декомпрессии желчных путей.

Материал и методы. В клинике экстренной хирургии 2 городской клинической больницы г. Саратова проведен анализ 251 истории болезни больных механической желтухой различной этиологии, которым назначалась ЭРПХГ. Из общего числа больных 79(31,5%) пациентов ранее перенесли холецистэктомию в сроки от 4 суток до 32 лет. Возраст больных колебался от 17 лет до 87 лет. Длительность заболевания от 1 суток до 2 месяцев. Средний уровень билирубина крови составил 99,8 мкмоль/л. При ЭРПХГ выявлена следующая патология: 1. Холедохолитиаз 69 (29,4%); 2. Стриктура терминального отдела ОЖП 124(52,8%); 3. Опухоль головки pancreas 16(6,8%); 4. Аденома БДС 5(2,1%). У 21(8,3%) патологии внепеченочных протоков не обнаружено.

Результаты. Канюляция устья большого дуоденального соска (БДС) выполнялась папилло-томом. В 172(73,2%) случаях канюляция БДС проведена без предварительной ЭПТ. В 63(26,8%) случаях потребовалась предварительная ЭПТ. При холедохолитиазе у 59 пациентов удалось выполнить ЭПТ и экстракцию конкрементов из внепеченочных желчных протоков. Следует отметить отсутствие осложнений и разрешение механической желту-

хи. У 10 больных экстракция конкремента не выполнена в связи с наличием конкремента крупного размера, этим больным выполнена операция в объеме открытой холедохолитотомии и холедоходуоденостомии. Из 124 больных со стриктурами терминального отдела ОЖП в 101 (81,5%) случае выполнялась ЭПТ. В 23(18,5%) случаях больным с невыраженными стриктурами устанавливался пластиковый стент без рассечения БДС. Стенты устанавливались на 1 месяц и затем удалялись. Стентирование пластиковыми стентами проводилось также 21 больным с обнаруженными при ЭРПХГ образованиями головки pancreas и аденомами БДС. Неудачные попытки выполнения ЭРПХГ были в 16(6,4%) случаях. В 11 случаях это было связано с интрадивертикулярным расположением БДС. В 5 случаях неудача вызвана опухолевым стенозом терминального отдела ОЖП. Осложнения после эндоскопических транспапиллярных вмешательств имели место у 17 (7,2%) пациентов: острый панкреатит – 13; панкреонекроз - 1(летальный исход); кровотечение после ЭПТ – 3(гемостаз эндоскопическим воздействием). Выводы: 1. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства высокоэффективны как метод декомпрессии билиарного дерева у больных с патологией внепеченочных желчных протоков. 2. Стентирование ОЖП у больных со стриктурами устья БДС позволяют сохранять его анатомическую целостность.

214. РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Колядко В.П., П.В.Колядко, К.К.Буторин, Г.В.Карпачев, Е.А.Рыжкова, И.Р.Набиуллин, А.В.Сатинов,

Нижневартовск

БУ ХМАО-Югры "Нижневартовская окружная клиническая больница

Актуальность: более 80% больных с язвенной болезнью не могут позволить себе адекватное лечение (С. А. Афендулов и соавт., 2005, М. А. Евсеев и соавт., 2008). Пациенты с различными комбинациями осложнений язвенной болезни (сочетание язвенных кровотечений с перфорацией, стенозом пилоробульбарной зоны, перфорацией пенетрирующих язв и др.) становятся настоящей проблемой в выборе адекватной до- и интраоперационной тактики, когда простого ушивания или гастротомии с прошиванием кровоточащих язв, явно недостаточно. Несмотря на современную



тенденцию к минимальному объему вмешательства непосредственные, а тем более, отдаленные результаты лечения пациентов с перфорациями и кровотечениями не обнадеживают: летальность составляет 5-19%, рецидивы язвообразования достигают 70-80% (В. К. Гостищев и соавт., 2006). Цель исследования: 1) изучить непосредственные результаты резекций желудка при гастродуоденальных язвах, осложненных перфорацией, кровотечением и стенозом. 2) Проанализировать причины послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов лечения. Материалы и методы: с 2010 по 2014 годы на лечении в стационаре клиники прошли лечение 646 пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами, кровотечениями и пилорoduоденальными стенозами, оперирован 301(47%) пациент. Из них 253 (84%) пациента с язвой осложненной перфорацией, 39 (13%) пациентов с гастродуоденальными кровотечениями, и 9 (3%) пациентов с декомпенсированным пилорoduоденальным стенозом. 54 пациента (17,9%) перенесли резекционные вмешательства при осложненных гастродуоденальных язвах, из них 27 (50%) пациентов с кровотечениями, 18 (33,3%) с перфоративными язвами, 9 (16,7%) с декомпенсированным пилорoduоденальным стенозом. Мужчин было 48 (89%), женщин 6 (11%), самому молодому пациенту было 22 года, самому пожилому - 71 год. Средний возраст- 46 лет. Гастродуоденальные язвы, осложненные кровотечением, локализовались в области угла желудка у 15 пациентов, в субкардиальном отделе у 1, гигантские и каллезные язвы размером от 2 до 8 см наблюдали у 4. Язвы в ДПК имели место у 6 больных в том числе 3 носили характер "зеркальных". Перфоративные язвы в 15 случаях локализовались в луковице ДПК, у 6 из этих пациентов носили характер "зеркальных", еще по 1 перфорации выявили в области тела желудка и в области гастроэнтероанастомоза. В 2 случаях перфорация дуоденальной язвы сочеталась с декомпенсированным стенозом. Результаты и обсуждения: Перфоративные язвы - из 18 оперированных пациентов с перфоративной язвой осложнения в послеоперационный период получены у 4 (23,5%) пациентов. Внутрибрюшное кровотечение у 2 пациентов: в одном случае предпринята релапаротомия через 6 часов от первой операции при этом источник кровотечения не был выявлен. В другом случае кровотечение возникло у пациента с ВИЧ инфекцией, гепатитом С, на фоне приема 50 таблеток Кетонала - летальный исход на 9 сутки от полиорганной недостаточности. Пристеночный пневмоторакс развился у 1 пациента. Несостоятельность культи ДПК выявлена на 5 сутки у пациента 68 лет – летальный исход на 12 сутки после операции на фоне вялотекущего перитонита и абдоминального сепсиса. Причи-

ной данного осложнения послужили технические трудности при обработке "трудной" культи ДПК с циркулярной язвой и массивной пенетрацией в головку поджелудочной железы и печеночно-двенадцатиперстную связку. Гастродуоденальные язвы осложненные кровотечением - с клиникой профузного кровотечения оперированы 4 (15%) пациента, в отсроченном порядке, в сроки от 4 до 10 суток оперированы 15 (56%) пациентов, на высоте рецидива кровотечения в сроки от 8 часов до 4 суток оперированы 8 (30%) пациентов. Из 27 оперированных по поводу гастродуоденального кровотечения пациентов осложнения развились у 5 (18,5%). В частности, в 1 случае наступил тромбоз внутренней яремной вены на фоне геморрагического шока и операции, на высоте кровотечения у пациента с гигантской язвой угла желудка. В 1 случае - наружный тонкокишечный свищ у пациента с профузным кровотечением из язвы пилорического отдела желудка. В данном случае мы не исключаем технические погрешности при выполнении операции, поскольку интраоперационно имело место повреждением верхнебрыжеечной вены со значительной кровопотерей. В одном случае имел место тяжелый анастомозит с нарушением пассажа по желудку. Желудочное кровотечение из линии анастомоза развилось на 2 сутки после резекции желудка, оперированного на высоте продолжающегося кровотечения. Пневмония в послеоперационный период развилась в 2 случаях. Летальный исход у 1 (3,7%) пациента обусловлен тяжелым респираторным дистресс-синдромом на фоне ВИЧ инфекции и гепатита С. Пилорoduоденальные стенозы - у 9 пациентов, оперированных по поводу декомпенсированного пилорoduоденального стеноза, получили 1 осложнение у пациента после резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера на длинной петле с анастомозом по Брауну в виде тяжелого панкреонекроза с формированием абсцесса сальниковой сумки. Предпринята релапаротомия на 12 сутки, дренирование. Выписан из отделения с улучшением и наличием панкреатической фистулы с дебитом до 150 мл в сутки. В дальнейшем свищ самостоятельно закрылся, наступило выздоровление. Выводы: таким образом, в послеоперационном периоде у 54 (100%) пациентов, перенесших резекционные вмешательства по поводу осложненной гастродуоденальной язвы, осложнения развились у 10 (18,5%). Летальный исход у 3 (5,5%). Средний койко-день составил 20 суток. При этом в группе пациентов с гастродуоденальными кровотечениями - 22 к/д, при перфоративной язве - 12 к/д и при стенозе пилорoduоденальной зоны - 33 к/д. Продолжительность оперативного вмешательства составила от 1.5 до 5 часов. В среднем около 160 минут. Заключение:1) Дальнейшее



снижение осложнений в послеоперационный период и летальности у пациентов с перфоративной язвой, возможно только при взвешенном подходе к принятию решения о выполнении резекционных вмешательств. 2) Достаточно большой процент операций на высоте рецидива кровотечения в стационаре (30%) диктует необходимость совершенствования прогнозирования риска рецидива и методов эндоскопического гемостаза.

215. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НА ФОНЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Завьялов Б.Г., А.И. Аникин, С.Е. Ларичев,
Ю.Н. Шестаков, Б.А. Чапарьян, О.А. Деденков.*

Москва

ГБУЗ «ГКБ№17» ДЗМ

Гнойно-некротические процессы нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом (СД) приводят к ранней потере трудоспособности и инвалидизации. Риск ампутации конечности в 20-40 раз выше, чем у человека, не страдающего СД. Летальность пациентов СД по причине гангрены составляет 20-30%. В отделении гнойной хирургии ГКБ №17 г. Москвы ежегодно находится на лечении около 140 больных с различными проявлениями СДС. За последнее время отмечается явная тенденция к увеличению данной категории больных. Для определения эффективности комплексного подхода с использованием современных методик лечения больных с СДС был проведен сравнительный анализ 2 групп больных: 1 группа (ретроспективная) – 94 пациента с СДС, которые находились на лечении в нашем отделении в 2007-2013 гг., и получали «традиционное» лечение (не включающее применение интерактивных перевязочных средств, ультразвукового дебридмента ран и хирургической коррекции кровотока нижних конечностей). 2 группа (проспективная) - 82 пациента с гнойно-некротическими поражениями на фоне СДС, которые находились на лечении в 2015-2016 гг. и получали комплексное лечение с применением, как медикаментозной, так и хирургической коррекции ишемии конечности, современных интерактивных перевязочных средств и NPWT-терапии ран, ультразвуковой кавитации, кожной пластики раневых дефектов. Больные во 2 группе были в возрасте от 43 до 79 лет. Средний возраст пациентов составил 62,3±2,3 лет. Превалировали больные с нейроишемической формой СДС – 45 человек (54,9%).

Пациентов с нейропатической формой было 37 (45,1%). С парциальными гангренами пальцев стоп было 28 (34,1%) больных, с тотальной гангренной стопы - 7 (8,5%) больных, с нейропатическими язвами – 8 (9,7%) больных, с явлениями остеомиелита костей стопы - 13 (15,9%) больных, с флегмонами стопы - 15 (18,3%) больных, у 11 (13,4%) пациентов было комбинированное поражение стопы. Большинство анализируемых пациентов были со II-V стадией гнойно-некротического процесса по Wagner F.W. Больные в обеих группах были сопоставимы по полу, возрасту, объему гнойно-некротического процесса и сопутствующей патологии. Для исследования макрогемодинамики всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗАС) артерий нижних конечностей. Микроциркуляцию нижних конечностей исследовали с помощью транскутанной оксиметрии. Лечение пациентов 2 группы, как с нейропатической, так и с нейроишемической формой СДС включало: радикальную хирургическую обработку гнойно-некротического очага с иссечением всех нежизнеспособных тканей, компенсацию СД, двигательную разгрузку стопы, направленную антибактериальную терапию с учетом чувствительности раневой флоры, местную терапию раны с использованием современных перевязочных средств, кожную пластику дефектов стопы. Пациентам с нейроишемической формой СДС, у которых не было показаний к первичной ампутации конечности (28 больных), при необходимости, выполняли ангиографию или МСКТ артерий нижних конечностей. Все пациенты были консультированы ангиохирургом для решения вопроса о целесообразности реваскуляризации конечности. Для проведения хирургической коррекции ишемии пациенты переводились в другой стационар. В результате, балонная ангиопластика артерий голени была выполнена 10 (35,7%) пациентам, бедренно-подколенной шунтирование 3 (10,7%) пациентам, бедренно-тибиальное шунтирование 1 (3,6%) пациенту. Остальным пациентам с нейроишемической формой СДС (14 (50,0%) пациентов) проводилась медикаментозная коррекция ишемии препаратами из группы простагландинов E1 в сочетании с сулодексидом в течение 10 дней в стандартной дозировке. Эффективность медикаментозной и хирургической коррекции ишемии контролировалась с помощью транскутанной оксиметрии. Так показатели TcPO2 на стопе до коррекции ишемии конечности были в пределах 15-32 мм.рт.ст. с повышением показателей после купирования ишемии до 30-65 мм.рт.ст. После реваскуляризации конечности 23 (82,1%) пациентам выполнялись локальные операции на стопе. У 3 (10,7%) пациентов с поверхностными некрозами пальцев стопы необходимости в операции не было. У 2 (7,1%)



пациентов, в связи с прогрессирующим некротическим процессом на стопе, были выполнены ампутации на уровне средней трети голени с экстирпацией камболовидной мышцы. Местная терапия интерактивными перевязочными средствами (альгинаты кальция, раневые сорбенты, адаптивные гидрогелевые раневые покрытия, гидрокаллоиды и др.) проводилась с учетом фазы раневого процесса. У 34 (41,5%) больных, как в первую, так и во вторую фазы раневого процесса применяли вакуум-ассистированные повязки. Смену повязки проводили 1 раз в 3 дня. Хирургический дебридмент ран у всех пациентов сочетали с ультразвуковой кавитацией. Во 2 группе сохранить опорную функцию стопы удалось у 73 (89,0%) пациентов. У 9 (11,0%) пациентов были выполнены высокие ампутации конечности. У 4 (4,9%) пациентов выполнена ампутация на уровне средней трети голени, у 5 (6,1%) пациентов – на уровне нижней и средней трети бедра. У 33 (40,2%) пациентов лечение было закончено кожной пластикой раневых дефектов. Средний койко-день составил 15,4±1,9. В сравнении с 1 группой, количество высоких ампутаций уменьшилось с 20,4% до 11,0%, что связано с более тщательным исследованием сосудистого статуса и с более активным применением реваскуляризирующих вмешательств у данной категории больных. В структуре высоких ампутаций увеличилось количество ампутаций на уровне голени с 22,8% до 55,6%. Увеличилось количество выполняемых кожно-пластических операций на стопе с 19,3% до 40,2%. В анализируемой группе, благодаря комплексному лечению с применением NPWT-терапии раны, отмечено сокращение сроков подготовки раневых дефектов к пластическому закрытию с 14,3±2,1 до 8,7±1,3 дней. Средние сроки стационарного лечения уменьшились с 19,2±2,9 дней до 15,4±1,9 дней, что связано с более тщательной диагностикой и ранним определением тактики дальнейшего лечения. Таким образом, комплексный подход к лечению больных с СДС с использованием современных методов диагностики и лечения позволяет добиться уменьшения количества высоких ампутаций, что ведет к оправданному сохранению стопы и ее опорной функции, скорейшей реабилитации больных и позволяет значительно уменьшить затраты на лечение.

216. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БАРИАТРИЧЕСКОГО ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ПО СИСТЕМЕ BAROS

Фурсов Р.А., Оспанов О.Б., Елеуов Г.А., Саматов М.Н.

Астана

АО «Медицинский университет Астана», кафедра эндохирургии

Цель исследования: Оценить результаты после операции бариатрического гастрошунтирования по системе Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) с опросником качества жизни по Moorehead-Ardelt II.

Материалы и методы: в период с 2013 по 2016 годы нами выполнено 121 операция лапароскопического гастрошунтирования при алиментарно-конституциональном ожирении. Из них мужчин прооперировано 12, женщин 109, возраст больных варьировал от 17 до 68 лет. Медиана наблюдения составила 12 месяцев. Результаты оценивались с помощью системы BAROS. Все больные были поделены на две группы учитывая технику операции: - первая группа составила 59 человек, которым выполнено лапароскопическое гастрошунтирование по Ру. Женщин в данной группе - 54, мужчин – 5. - вторая группа составила 62 человека и включала больных, которым проведено лапароскопическое минигастрошунтирование. В данную группу включены 55 женщин и 7 мужчин соответственно.

Результаты. Тяжелых осложнений и летальных исходов не зарегистрировано. Средний возраст наблюдаемых больных в первой группе составил 39,1 ± 6,5 лет, во второй группе 37,2 ± 6,1 лет. Среднее значение ИМТ у больных до операции в 1 группе составило 46,5 ± 4,8 кг/м², во 2-ой группе – 45,3 ± 5,1 кг/м². Через год после операции средний ИМТ в 1 группе составил 28,6 ± 5,3 кг/м², во второй группе 29,4 ± 4,1 кг/м² (р



217. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Тимербулатов Ш.В., Хисамутдинова Р.И.,
Смыр Р.А.

Уфа

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ).

Материал и методы: За последние 5 лет в клинике оперированы 198 больных с ПГДЯ, средний возраст 42 года, мужчин было 87,3%, женщин – 12,6%, прободные язвы дуоденальной локализации – 86,3%, желудочной – 13,7%. До госпитализации 92,9% больных получали противоязвенную терапию, в том числе 33,8% – антихеликобактерную. В 56% отмечено повторные прободение язв, 63% – сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни (пенетрация, стеноз, кровотечение). До 6 часов с момента прободения госпитализировано 71,2%, с 6 ч. до 12 ч – 7,6%, с 12 ч до 24 ч – 13,6%, до 48 ч – 6% и позже 48 ч – 1,5% больных. Наличие шока было диагностировано у 5,5% больных. По шкале APACHE у 37,8% больных сумма баллов была до 6, у 47,9% – до 12, у 11,1% – от 12 до 18 и у 28% – выше 18 баллов. Обследование больных проводили в соответствии с национальными клиническими рекомендациями и принятыми в клинике протоколами. Кроме обзорной рентгенографии грудной клетки и живота, использовали фиброгастродуоденоскопию, при неясных случаях с повторным рентгенологическим исследованием после эндоскопии для выявления пневмоперитонеума, УЗИ брюшной полости, диагностическую лапароскопию. К общему числу больных, диагностическая лапароскопия была выполнена у 79,3% больных. В 94,5% случаев диагноз ПГДЯ был установлен в течении первых 2 часов.

Результаты. В кратковременной предоперационной подготовке нуждались пациенты с перитонитом, нестабильной гемодинамикой, шоком (22 больных – 11,1%). Целевыми показателями подготовки считали достижение ЦВД до 8 – 12 мм рт. ст., среднего АД > 65 мм рт. ст., SvO₂ > 70%, диуреза > 0,5 мл/кг/ч. Использовали три метода хирургических вмешательств: видеолапароскопические вмешательства (n=117, 59%), комбинированные миниинвазивные вмешательства – лапароскопи-

ческая санация брюшной полости и вмешательства на желудке или двенадцатиперстной кишке из минилапаротомного доступа (n=29, 14,7%) и операции из классического лапаротомного доступа (n=52, 26,3%). Первично показания к лапаротомии были установлены у 8 больных с распространенным перитонитом с показателями по шкале APACHE II >18 баллов, при госпитализации позже 24 часов с начала заболевания. 44 больным лапаротомия потребовалась в пределах диагностической лапароскопии (28%), в том числе в 37 случаях по поводу распространенного перитонита с абдоминальными абсцессами, в 2 – ввиду больших размеров (>10мм) прободного отверстия, в 4 – из-за прорезывания швов вследствие выраженной инфильтрации тканей и в 1 случае – при локализации язвы в задней стенке желудка. Из указанных 44 больных только у 8 планировали видеолапароскопическую операцию, конверсия составила 5%. Противопоказаниями к лапароскопическим операциям считали тяжелое состояние больных (по APACHE II >18 баллов, ASA >3), терминальная фаза перитонита, перитонит с множественными абсцессами, необходимость в интраоперационной декомпрессии кишечника, разлитой перитонит на фоне перенесенных абдоминальных операций, наличие выраженной внутрибрюшной гипертензии (интраабдоминальное давление >20 мм рт. ст., абдоминальное перфузионное давление 10 мм) – у 11,1% больных. При I и II и часто при III степени ушивали однорядными швами, у III степени ушивали однорядными швами, у части больных при III степени и у всех больных с IV ст. – двухрядными швами или однорядным швом с оментопластикой. Иссечение язвы с ваготомией выполняли в 2,5% резекцию желудка – 1% больных. Послеоперационные осложнения были у 8,1% больных, в том числе несостоятельность швов в 1 случае (0,5%), интраабдоминальные абсцессы в 3,1%, нагноение операционных ран – в 4,5%. Послеоперационная летальность составила 4,5%, все больные были госпитализированы позже 24 часов, у них выявили септический шок, ПОН, ТЭЛА. Выводы: 1. Миниинвазивные оперативные вмешательства являются эффективными, безопасными методами лечения ПГДЯ, но при условии отбора компенсированных, с благоприятной оценкой риска развития осложнений (по ASA, малые размеры перфоративного отверстия, малые сроки после перфорации). 2. Способ ушивания перфоративного отверстия зависит от его размеров, состояния окружающих тканей, при технических сложностях оптимально завершить операцию ушиванием из минилапаротомного доступа.



218. ЭТАПНО-АДАПТИРУЮЩИЙ ПРОВИЗОРНЫЙ ШОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

*Федянин С.Д., Сачек М.Г., Коваленко А.А.,
Булавкин В.П.*

Витебск

Витебский государственный медицинский
университет

Лечение гнойной раны обязательно должно быть комплексным и включать хирургическое вмешательство, рациональную антибактериальную, иммунокорректирующую терапию и ряд других мероприятий. Главным методом лечения ран остается хирургическая обработка, основными компонентами которой являются иссечение нежизнеспособных тканей, активное дренирование и раннее закрытие раневой поверхности.

Цель исследования: разработать простой, удобный способ наложения провизорного шва, позволяющий создать оптимальные условия для заживления раны.

Материалы и методы. Выполнено рандомизированное исследование течения раневого процесса и заживления ран у 30 пациентов с гнойными ранами различного происхождения и локализации, находящихся на лечении в отделении проктологии Государственного учреждения здравоохранения «Витебская городская центральная клиническая больница» в период с 2013 по 2015 год. Пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В основной группе наряду с традиционным лечением впервые применен разработанный способ этапно-адаптирующего провизорного шва. В иглу заправляют толстую капроновую нить длиной примерно 40 см, сложенную пополам. Отступив от края раны 1,5 см, прошивают перпендикулярно длине раны с двух сторон напротив друг друга кожу и подкожную клетчатку стежком в 1,5 см, делая выкол иглы у края раны через кожу. Через проколы протягивают 15 см нитей и фиксируют их к кожно-подкожному лоскуту 4 хирургическими узлами. Таким образом, формируется длинный (15 см) и короткий (3,5 см) концы нити. Короткий конец срезается. В ходе лечения края раны временно сближают, завязывая длинные концы нитей «на бантики». При готовности раны к закрытию нити завязывают на хирургические узлы и накладывают отдельные швы на кожу. Получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение Национального центра интеллектуальной собственности Республики

Беларусь «Способ наложения провизорного шва» (№ заявки а 20150024 от 19.01.2015г.). Планиметрию проводили по методам Л.Н. Поповой (1942) и А.Н. Лызикова и соавт. (2008).

Результаты и обсуждение. В основной группе на 1,66 дня сокращалась длительность фазы воспаления, отмечалось более раннее появление грануляций (на 0,93 дня), создавались условия для сокращения сроков регенерации эпителия (на 1,2 дня), подготовка к пластическому закрытию достигалась на 1,8 дня раньше.

Выводы. Разработанный способ наложения этапно-адаптирующего провизорного шва характеризуется технической простотой, удобством и может быть использован в комплексном лечении гнойных ран.

219. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЁННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург

Александровская больница

Введение. В структуре причин развития обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза удельный вес рака сигмовидной кишки составляет 37,9%, ректосигмоидного отдела - 22,5%. Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики заболеваний ободочной кишки, до настоящего времени остается высоким удельный вес впервые диагностированного рака ободочной кишки III-IV стадии, который составляет 81 - 90% всех наблюдений рака толстой кишки, причем на долю III стадии приходится менее 30%.

Материал и методы. Всего было пролечено 869 пациентов, страдающих острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком сигмовидной кишки. Объем обследования и лечения согласовывался с медико-экономическими стандартами в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10). Результаты и их обсуждение В 2003 году больных раком сигмовидной кишки было 73, а в 2012 уже 95 человек. Прирост составил более 30%. Это обусловлено не только абсолютным ростом числа заболевших, но и сокращением коечного фонда хирургических отделений города, а так же резким снижением числа больных, госпитализированных по программе обязательного медицинского страхования, в медицинские учреждения города федерального подчинения. Среди заболевших мужчин было 381 (43,9%), женщин - 488 (56,1%). Удельный вес па-



циентов в возрасте до 40 лет составил 2,8%, 41 - 60 лет – 22,0%, 61 - 70 лет – 35,0%, и старше 70 лет – 40,2%. Всего пациентов старше 60 лет было 75, 2%. Подавляющее большинство больных (678 человек или 69%) доставлены в сроки от 48 часов и более от момента начала заболевания. До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости были госпитализированы только 1,2% больных. В период с 12 до 24 часов в стационар доставлены чуть менее 3% пациентов, в течение 24 - 48 часов госпитализированы 17,9 % больных. Таким образом, удельный вес пациентов, госпитализированных после 48 часов с момента развития острой кишечной непроходимости, в разные годы составил от 70% до 80%. Различные сопутствующие заболевания, в том числе и их сочетания, имелись у подавляющего большинства пациентов. Только у 7 больных (2,2%) сопутствующей соматической патологии не выявлено. В последние годы все большее применение при диагностике и лечении кишечной непроходимости опухолевого генеза находят эндоскопические методы диагностики и лечения. Срочная фиброколоноскопия была выполнена 39 больным. Во всех случаях диагноз был установлен. У 5 больных удалось реканализовать стенозирующую опухоль и устранить кишечную непроходимость. Отсроченная фиброколоноскопия (69 больных) выполнялась пациентам на 5 - 8 сутки после формирования двустольных колостомы для уточнения диагноза или забора материала для гистологического исследования. Лапароскопическое исследование выполнено 89 (27,6%) больным. У 39 (45,1%) больных была выполнена лапароскопически ассистированная двустольная колостомия, с выведением петли толстой кишки выше обтурирующей её просвет опухоли. У 27(69,2%) пациентов удалось вывести двухствольную сигмостому непосредственно над опухолью, а у 12(30,8%) использовать левую половину поперечноободочной кишки. У остальных больных выполнить лечебные манипуляции с использованием эндовидеохирургии не удалось. 35(89,7%) из этих 39 пациентов были радикально оперированы спустя 6-8 дней. Выполнение лапароскопической диагностики с лапароскопически ассистированной колостомией, как первый этап лечения рака левой половины ободочной кишки, осложнённого ОКН, позволяло установить стадию опухолевого процесса, устранить явления кишечной непроходимости и определить дальнейший объём лечения, который возможно выполнить в более ранние сроки. Первичное удаление опухоли и устранение кишечной непроходимости было выполнено у 149 (46,3%) больных, устранение непроходимости посредством формирования стом или ре-канализации опухоли - у 173 (53,7%) пациентов. Летальность среди больных, которым была сфор-

мирована стома, составила 9,8%, а в группе больных с первичной резекцией кишки с опухолью – 16,1%. Послеоперационные осложнения после первой операции наблюдались у 71 (22,1%) пациентов. Наиболее часто наблюдались гнойно-септические осложнения, тром-боэмболические осложнения. Наиболее частыми причинами летальных исходов явились прогрессирование перитонита и интоксикации, а так же абдоминальный сепсис. Пневмония и дыхательная недостаточность составили в структуре причин смерти 8,8%, ТЭЛА - 7,2%. **Выводы.** 1. Несмотря на возросшую лабораторно-инструментальную доступность обследования больных, в большинстве случаев рак сигмовидной кишки диагностируется в поздних стадиях, при развившихся осложнениях, ведущее место среди которых занимает острая обтурационная кишечная непроходимость. 2. Преклонный возраст большинства больных, наличие у них тяжелых сопутствующих заболеваний, поздняя госпитализация пациентов с момента развития кишечной непроходимости, тактические ошибки являются основными причинами неудовлетворительных результатов лечения этой группы пациентов. 3. Летальность среди больных, которым выполняли реканализацию опухоли либо первичное стомирование достоверно ниже, чем в группе первично радикальных операций.

220.ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЩИМ НОГТЕМ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ С УЧЕТОМ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЙ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

*Сухоручкин А.А. (1), Бахметьев А.С (2),
Сухоручкин В.А. (2)*

Кирсанов, 2) Саратов

1) ООО "Бизнеспро" частная клиника «Медицинский центр» 2) ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ

Цель исследования: продемонстрировать особенности ведения пациентов с врощим ногтем большого пальца стопы с учетом применения инструментального алгоритма обследования пациентов (рентгенография и ультразвуковое исследование). **Материалы и методы.** В исследование включено 30 пациентов в возрасте 10-17 лет (мальчиков – 19; средний возраст – 16,1 лет) с Ds: Вросший ноготь большого пальца стопы. Все пациенты консультированы хирургом. При необходимости на базах частной клиники «Медицинский центр»



и центральной районной больницы города Кирсанов (Тамбовская область) выполнялось хирургическое лечение и дальнейшее динамическое наблюдение за прооперированными пациентами. В аспекте комплексного предоперационного и дальнейшего динамического наблюдения всем выполнены рентгенография и ультрасонография (УСГ) голеностопного сустава на стороне заболевания. Ультразвуковые исследования проведены на УЗ-сканерах высокого класса разрешения Mindray DC-3 и Chison Sonotouch 80 (производство – Китай).

Результаты. Во всех случаях (100%) обратившиеся предъявляли жалобы на боль при ходьбе. Местно при клиническом осмотре – гиперемия, отек околоногтевого валика, сукровичное или гнойное отделяемое из околоногтевого валика в области вставания ногтевой пластинки. Первым этапом выполнена рентгенография голеностопного сустава. В 11 (36,7%) случаях выявлено продольное и в 19 (63,3%) – поперечное плоскостопие. Вторым этапом выполнялась УСГ голеностопного сустава. Во всех случаях (100%) обнаружены УЗ-признаки остеохондропатии, признаки компрессии большеберцового нерва (ББН) за счет отека окружающих тканей (нейрофасцикулит), УЗ-признаки подошвенного фасциита (в норме до 5 мм). Всем пациентам рекомендована комбинация комплексной немедикаментозной (ношение ортопедических стелек) и медикаментозной (антибактериальные мазевые повязки на область околоногтевого валика большого пальца – кратность смены повязки 2 раза в день в течении 10-14 суток) терапии. После купирования процесса воспаления всем пациентам рекомендовано проведение электрофореза с CaCl₂ в совокупности с магнитотерапией №10 на область сустава. С учетом роста ногтевой пластинки в среднем на 2-4 мм за 4 недели первая оценка результатов проводилась через 1 месяц после первичного обращения. Учитывая отсутствие должной положительной клинической динамики (продолжение вставания ногтевой пластинки), прооперировано 18 (60%) пациентов с поперечным плоскостопием. Еще у 1 больного процесс купирован путем прорезывания ногтевого валика на 1,5-2 мм остроконечными ножницами без обезболевания с последующим наложением антибактериальной повязки (но при оценке результата через 3 месяца после операции процесс вставания ногтевой пластинки рецидивировал и пациент прооперирован). Среди пациентов с продольным плоскостопием оказано оперативное пособие двум (6,7%) пациентам (по требованию родителей). Еще у 9 (30%) обратившихся процесс купирован путем прорезывания ногтевого валика на 1,5-2 мм (при динамическом наблюдении ни у кого из пациентов не выявлено вставания ногтевой пластинки). Динамическая УСГ голеностопного сустава выполня-

лась всем пациентам через 3 месяца после проведения хирургической манипуляции. Отметим, что УЗ-признаков нейрофасцикулита с компрессией ББН не выявлено ни в одном из случаев после операции. В то же время у 17 больных сохранялись УЗ-признаки подошвенного фасциита. С учетом проведенного исследования у 100% пациентов с патологическим состоянием большого пальца стопы (вросший ноготь) на дооперационном этапе выявлены ультразвуковые признаки остеохондропатии, подошвенного фасциита и нейрофасцикулита ББН.

Выводы. При выявлении у пациентов вросшего ногтя большого пальца стопы необходима комплексная оценка состояния стопы и голеностопного сустава путем проведения инструментального дообследования в виде рентгенографии и УСГ. Единый комплексный диагностический алгоритм и подход к пациентам с этой часто встречающейся патологией на примере нашего исследования призван оказать решающее действие в отборе больных для проведения оперативного лечения.

221. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАКОМ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург

Александровская больница

Введение. В России заболеваемость колоректальным раком неизменно растет [13, 14]. Санкт-Петербург относится к городам, в которых сохраняется один из высоких уровней онкологической заболеваемости в Российской Федерации, что связано в основном со значительным удельным весом лиц пожилого и старческого возраста. Так среди больных раком ободочной кишки 65-75% старше 60 лет [1, 2, 13, 14]. Остается высоким количество впервые диагностированного рака ободочной кишки III-IV стадии, который составляет 81 - 90% всех наблюдений рака толстой кишки, причем на долю III стадии приходится не более 30% [3, 4]. Наиболее частыми сочетанными осложнениями при раках ободочной кишки являются интраабдоминальные абсцессы, перфорации опухоли с развитием перитонита, некроз и перфорация, а также, диастатические разрывы приводящих отделов ободочной кишки, кровотечение из опухоли [5, 6]. Причиной развития данных осложнений онкологического процесса в ободочной кишке считают



несоответствие ангиогенеза скорости роста опухоли, в следствие чего развивается ишемия, некроз и перфорация стенки, как приводящих отделов. Огромную роль играет степень запущенности толстокишечной непроходимости и состоятельность баугиниевой заслонки, когда за короткий промежуток времени происходит быстрое повышение внутрипросветного давления, способствующее нарушению микроциркуляции в кишечной стенке [9, 12]. Согласно данным ВОЗ, частота развития сепсиса достигает 200-275 на 100 тыс. населения в год, а летальность достигает 80% [8]. В его основе лежит генерализованная воспалительная реакция макроорганизма, обусловленная выбросом различных биологически активных веществ в ответ на действие микроорганизмов [9, 10]. Понятие «абдоминальный» сепсис объединяет группу больных, в основе развития сепсиса у которых лежит перитонит. Сам термин «абдоминальный сепсис» является условным, собирательным, подчеркивающим локализацию первичного гнойно-воспалительного процесса в животе. [11]. Кишечник рассматривается как потенциальный источник инфекции или, по крайней мере, как источник, из которого в кровь попадают различные продукты жизнедеятельности бактерий [9, 11]. На сегодняшний день в большинстве крупных многопрофильных центров частота грамположительного и грамотрицательного сепсиса оказалась примерно равной [7, 8, 11]. Сочетание осложненного обтурационной непроходимостью рака ободочной кишки и инфекционно – воспалительных процессов, включая сепсис, представляет собой самостоятельную проблему, которая требует изучения.

Целью нашей работы является изучение инфекционно – воспалительных процессов в структуре осложнений острой кишечной непроходимости при раке левых отделов толстой кишки, с целью понимания путей профилактики.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 2200 больных раком левой половины толстой кишки, находившихся на лечении в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за период 2003 - 2012 годов. Исследование проводилось по результатам ретроспективного и проспективного анализа. Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Всего за указанный период в больницу обратились 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26 лет до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от

12 до 24 часов. По сравнению с 2003 годом, число госпитализированных в стационар больных с диагнозом острой обтурационной кишечной непроходимостью при раке левой половины толстой кишки, выросло к 2012 году на 22%. Это обусловлено не только абсолютным ростом числа заболевших, но и сокращением коечного фонда хирургических отделений города, а так же снижением числа больных, госпитализируемых по программе ОМС, в федеральные медицинские учреждения города. По локализации онкологического процесса больные распределились так - у 4,6% больных злокачественная опухоль была в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8% - в области селезеночного изгиба, у 17,4% - в нисходящей кишке, у 39,5% - в сигмовидной кишке, у 22,7% - в ректосигмоидном отделе и у 6% - в прямой кишке. Среди заболевших, мужчин было 973 (44,2%), женщин 1127 (55,8%). Пациентов в возрасте до 40 лет было 2,3%, 41 - 60 лет - 22,4%, 61 - 70 лет - 35,2% и старше 70 лет - 40,1%. Всего пациентов старше 60 лет было 75,3%. Важным фактором результата лечения больных является догоспитальный этап, и в частности, его продолжительность. Особенное значение это имеет у больных пожилого возраста, когда имеется сочетание ряда заболеваний, взаимноотягощающих друг друга. Длительный догоспитальный период влечет за собой усугубление водно-электролитных расстройств, интоксикации, запуск цитокинового каскада [1,9,10]. До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости были доставлены только 1,1% больных. В период от 12 до 24 часов в стационар доставлены менее 2% пациентов, в течение 24 - 48 часов - 17,6 % больных. Большинство пациентов (70,4%) обратились в течение 48 - 72 часов от момента заболевания, после 72 часов - 9% больных. Таким образом, удельный вес пациентов, поступивших после 48 часов от момента развития острой кишечной непроходимости, в разные годы составлял от 70% до 80%. Тяжесть состояния только у 21,3% больных была оценена ниже 15 баллов, операционно-анестезиологический риск соответствовало III степени. У 88,7% больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV -V степени. При этом 6% (124 пациента) находились в крайне тяжелом состоянии и они сразу направлялись в блок критических состояний. Тяжесть состояния была обусловлена как запущенностью онкологического процесса, так и степенью тяжести острой кишечной непроходимости. Чаще всего наблюдалась перфорация опухоли (у 41,9% больных). У каждого третьего больного (30,3%) диагностирован околоопухолевый абсцесс. С примерно одинаковой частотой (12,9-11,6%) наблюдались некроз приводящих отделов, распространенный перитонит без перфорации кишки. Тяжелый сепсис диагностиро-



ван у 8,8% больных, в том числе у 1,7% - септический шок. Послеоперационные осложнения после наблюдались у 237 (23,3%) пациентов (всего 318 осложнений). Инфекционно-воспалительные осложнения одиночно или в сочетаниях встречались в 170 случаях. Пневмония выявлена у 49 человек (4,8%), тромбозы в 2,7% случаев (27 пациентов), нагноение послеоперационной раны отмечено у больных (6,8%), эмпиема плевры диагностирована у 4 больных (0,4%). Абсцессы брюшной полости у 21 больного (2,1%) и некроз колостомы у 7 пациентов (0,7%). Таким образом, различные инфекционно – воспалительные осложнения изолированно или в сочетании встречаются в среднем у каждого пятого больного. Это обусловлено разными причинами – возрастом, сроками поступления, сопутствующими заболеваниями. Наличие факторов риска следует учитывать при составлении плана лечения таких пациентов.

Выводы 1. При поступлении больных с острой кишечной непроходимостью следует учитывать возраст, сроки доставки для понимания возможных патогенетических процессов с целью профилактики инфекционно – воспалительных осложнений. 2. Учитывая сочетанность различных осложнений, следует как можно раньше начинать эмпирическую антибактериальную профилактику с переходом в антибактериальную терапию. 3. Пациенты с острой кишечной непроходимостью с сочетанием ряда осложнений и наличием сопутствующих заболеваний, требуют мультидисциплинарного подхода.

222.МОДИФИКАЦИЯ ШВА КУНЦА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Юрасов С.Е.

Петропавловск-Камчатский

ГБУЗ " Камчатская краевая больница"

Число открытых оперативных вмешательств на органах брюшной полости остается высоким, до 10 % всех лапаротомий осложняются появлением послеоперационных вентральных грыж (К.Д. Тоскин и соавт., 1990г.)

Цель работы - изучить результаты применения модифицированного нами шва Кунтца (К.Коонтц, 1962) для профилактики и лечения послеоперационных срединных грыж брюшной стенки.

Материал и методы. Основываясь на исследованиях, доказывающих прочность шовных петель, проведенных через апоневротический край влагалитц прямых мышц живота (В.И. Юхтин и соавт.,

1990г.; Е.А. Столяров и соавт.,1996 г.) мы модифицировали полиспастный шов Кунтца для закрытия срединных лапаротомных ран эпигастральной и пупочной областей (до дугообразной линии). Методика ушивания раны брюшной стенки следующая: вкол иглы с прочной нерассасывающейся нитью в передний листок влагалитца левой прямой мышцы живота на расстоянии 2 см от края, выкол из него-на расстоянии 0,5 см. Далее вкол иглы в задний листок влагалитца правой прямой мышцы на расстоянии 2 см и выкол - на 0,5 см от края. После этого, возвращаем нить на левую сторону, прошивая заднюю стенку влагалитца прямой мышцы (вкол иглы на расстоянии 0,5 см, выкол - 2 см.). Следующим этапом снова переходим на правую сторону, прошивая переднюю стенку влагалитца прямой мышцы (вкол иглы на расстоянии 0,5 см от края, выкол - 2 см.) При завязывании такой шов равномерно, в одной плоскости, на протяжении 3 см соединяет ткани однородной плотности (передние и задние листки влагалитц прямых мышц живота). Расстояние между накладываемыми швами 1,5-2 см. Данный способ ушивания брюшной стенки был применен нами у 100 больных в возрасте от 25 до 86 лет, из них у 16 после холецистэктомии (при ожирении 3 ст.), у 12 пациентов лапаротомная рана ушита на завершающем этапе открытого лечения распространенного гнойного перитонита, у 15 данный способ лапарорафии применен для устранения эвентрации. 47 больных оперированы со срединными грыжами средних размеров. 10 пациентам с послеоперационными грыжами больших размеров выполнена комбинированная пластика (полипропиленовая сетка поверх апоневроза).

Результаты: из местных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде отмечены следующие: серома (4), инфильтрат раны (3), нагноение раны (4), лигатурный абсцесс(3). Отдаленные результаты прослежены у 74 пациентов в срок от 1 года до 10 лет. Грыжи выявлены у 3 человек (4%) после инфекционных раневых осложнений.

Вывод: модифицированный нами полиспастный шов Кунтца является надежным способом ушивания срединных ран брюшной стенки при соответствующих показаниях (эвентрация, ожирение, грыжи средних размеров).



223. ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА

Юрасов С.Е.

Петропавловск-Камчатский

ГБУЗ "Камчатская краевая больница"

В ГБУЗ «Камчатская краевая больница» центр заместительной почечной терапии функционирует с 2005 года. Эффективная диализная терапия требует постоянного внимания к функционированию адекватного сосудистого доступа. За 10 лет нами выполнено 127 хирургических вмешательств, из них 74 операций по созданию первичного сосудистого доступа (ПСД) и 53 повторных и реконструктивных вмешательств при различных его осложнениях.

Цель работы: оценить эффективность повторных операций при осложнениях ПСД во время эксплуатации.

Материал и методы: У 57 пациентов первичная артериовенозная фистула (АВФ) сформирована в нижней трети предплечья, у 17 - в локтевой области. В всех случаях выполнен анастомоз «конец вены в бок артерии». Через месяц после операции функционировали 68 первичных АВФ (90%), из них 7 дистальных потеряли функцию из-за тромбоза. Данным пациентам сформированы проксимальные АВФ. При развитии осложнений функционирующих АВФ выполнено 53 реконструктивных и повторных хирургических вмешательств, у ряда пациентов неоднократно. При этом мы старались максимально сохранить потенциал сосудистого доступа путем раннего выполнения хирургического вмешательства. Для диагностики осложнений ПСД применяли ультразвуковое дуплексное ангиосканирование. Тромбоз АВФ был показанием к операции в 34 случаях, стеноз АВФ – 6, аневризма фистульной вены – 7, трудности в эксплуатации фистульной v. basilica – 6. При тромбозе АВФ на уровне нижней или средней трети предплечья нами в 22 случаях доступ был сохранен путем тромбэктомии катетером Фогарти с одновременным формированием новой АВФ на 2-3 см проксимальнее предыдущего сосудистого анастомоза с использованием уже «созревших» артерии и вены. У 4 пациентов тромбоз АВФ, вызванный гипотонией или механическим сдавливанием, был устранен с помощью катетера Фогарти. У одного пациента с тромбозом длительно функционирующей проксимальной АВФ сформирован ПСД на другой руке. Невозможность восстановить функцию ПСД при тромбозе у 4 пациентов с исчерпанными возможностями ис-

пользования собственных сосудов явились показанием к имплантации синтетических сосудистых протезов (ССП) из ПТФЭ (3 в петлевой позиции на сосуды бедра, 1 - на плече). Последний протез был удален в связи с инфицированием, пациентка переведена на перитонеальный диализ. В процессе эксплуатации SSP отмечено 4 эпизода тромбоза, во всех случаях удалось добиться восстановления функции сосудистого доступа путем тромбэктомии с помощью катетера Фогарти. Оперативные вмешательства по поводу стеноза ПСД выполнены 6 раз. В 5 случаях при стенозе АВФ успешно сформированы новые АВФ проксимальнее области стеноза. У одного пациента при стенозе фистульной вены выше артериовенозного соустья выполнена резекция участка вены с анастомозом «конец в конец». При аневризмах в области сосудистого анастомоза на предплечье у 3 пациентов выполнены операции удаления аневризм с формированием нового проксимального артериовенозного соустья. В одном случае после резекции аневризмы фистульной вены проходимость восстановлена анастомозом «конец в конец». 3 больным с протяженными аневризмами проксимальных АВФ был сформирован ПСД на другой руке, после чего аневризмы ликвидированы. Трудности в пункции фистульной v. basilica из-за глубины залегания явились показанием к подкожной транспозиции вены у 6 пациентов. Результаты: выполненные хирургические вмешательства при осложнениях ПСД позволили продолжить ПГД и в 91 % случаев избежать применения временного сосудистого доступа.

Вывод: реконструктивно-восстановительные операции позволяют в большинстве случаев сохранить ПСД при возникающих осложнениях.

224. ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КИШЕЧНИКЕ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Щерба С.Н. (1), Половинкин В.В. (1,2)

Краснодар

- 1) ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России.
- 2) ГБУЗ Научно-Исследовательский Институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского.

Цель – определить частоту и сроки возникновения ранней спаечной кишечной непроходимости по-



сле восстановительных операций на кишечнике у колопроктологических больных в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в плановом порядке в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2009 - 2014 годах по поводу онкоколопроктологических заболеваний. За указанный период накопились сведения о 6861 больном. Согласно критерию включения (хирургические вмешательства по восстановлению кишечного тракта из срединного лапаротомного или из локального бокового доступа) в исследовании участвовали 696 пациентов. Из них восстановление кишки после операций типа Гартмана из срединного лапаротомного доступа выполнено 284 больным. Закрытие коло- либо илеостом из локального доступа произведено 412 пациентам. Мужчин было 380 человек (средний возраст $42 \pm 2,3$), женщин – 316 (средний возраст $46 \pm 1,9$). После стандартного обследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки кишечника, тромбо- и антибиотикопрофилактики всем пациентам в плановом порядке производились восстановительные хирургические вмешательства на толстой и тонкой кишках под эндотрахеальным наркозом при срединной лапаротомии, и под спинномозговой анестезией при закрытии стом из локального доступа.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде острая спаечная кишечная непроходимость возникла у шести (0,86%) больных в сроки от 8 до 72 часов с момента окончания операции. Во всех случаях в экстренном порядке потребовалось выполнить релапаротомию. У пяти больных не зафиксировано явлений некроза кишки и перитонита. Троем из этих пациентов из локального доступа производилось закрытие петлевых превентивных илеостом, наложенных ранее при низких передних резекциях по поводу рака прямой кишки. Двоим больным выполнялось закрытие одноствольных функционирующих кишечных стом из срединного лапаротомного доступа после операций типа Гартмана, которые в одном случае были произведены (левосторонняя гемиколэктомия) по поводу рака селезеночного угла с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью, а во втором – (правосторонняя гемиколэктомия) по поводу гангренозного аппендицита осложнённого перитонитом. Всем этим пациентам выполнено разъединение сращений, санация брюшной полости, ушивание лапаротомных ран. Дальнейший послеоперационный период у них протекал без осложнений. Все пятеро больных выписаны из стационара с выздоровлением. У шестого больного, которому закрытие петлевой превентивной илеостомы выполнялось из локаль-

ного доступа, явления острой спаечной кишечной непроходимости развились спустя 12 часов после окончания операции. При ревизии брюшной полости обнаружен сегментарный некроз (20 - 25 см) петли тонкой кишки в зоне кишечного анастомоза, как следствие раннего спайкообразования и местный серозно-фибринозный перитонит. Произведено разъединение спаек, резекция некротизированного участка кишки, формирование одноствольной илеостомы, с закрытием отводящей кишки, санация и дренирование брюшной полости. В дальнейшем этому больному выполнены две санационные релапаротомии, на которых отмечалась положительная динамика. После чего лапаротомная рана была ушита окончательно. В последующем этот пациент поправился и выписался из стационара.

Вывод. Ранняя спаечная кишечная непроходимость является нечастым, но довольно грозным осложнением раннего послеоперационного периода в восстановительной хирургии кишечника. Своевременная интерпретация клинической картины и инструментальных исследований, отсутствие эффекта от консервативной терапии, экстренное хирургическое вмешательство, в большинстве случаев позволяют избежать более тяжёлых осложнений, а порой и летального исхода.

225.ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРЕТИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Белоконев В.И., Галстян Н.Э., Смелкин Д.А.

Самара

ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава РФ

В Самарской области на заместительной почечной терапии с терминальной стадией хронической почечной недостаточностью (ТХПН) находятся 1060 больных. Трансплантация почки является наиболее физиологичным и перспективным методом лечения ТХПН, позволяющим увеличить продолжительность и качество жизни, обеспечить наилучшую медицинскую и социальную реабилитацию пациентов. Однако у подавляющего числа пациентов с ТХПН гемодиализ остается основным методом лечения. Кроме того, к нему приходится возвращаться и при потере функции почечного трансплантата в результате его отторжения. Наиболее тяжелым из осложнений, которые возможны у больных, находящихся на программном гемодиализе, кроме связанных с допуском для



его поведения, является третичный гиперпаратиреоз (ТГПТ). Его следствием является остеопороз костей, прогрессирующая сердечная недостаточность, почечная гипертензия, которые и являются основными причинами летального исхода у больных. Профилактика осложнений третичного гиперпаратиреоза возможна путём назначения препарата МНН-Цинакалцет, либо путем хирургической тотальной паратиреоидэктомии. Сложность выполнения данной операции обусловлена, как трудностями обнаружения аденом паращитовидных желёз, локализация которых весьма вариабельна, так и сочетанием с патологией в щитовидной железе, тактика при которых разработана недостаточно.

Цель исследования - разработать интраоперационную тактику при хирургическом лечении больных с третичным гиперпаратиреозом. Материал и методы. Проведён анализ лечения 41 пациента с третичным гиперпаратиреозом. Мужчин было 18, женщин – 23. Длительность гемодиализного анамнеза у больных составила от 5 до 10 лет. Третичный гиперпаратиреоз у всех больных был выявлен при скрининговом исследовании иПТГ, кальция и фосфора 2 раза в год у пациентов отделения гемодиализа. Среди них показатели иПТГ колебались от 1200 до 2500 пг/мл (при норме равной 25-205 пг/мл), кальция 2,02-3,15 ммоль/л (при норме 2,2-2,6 ммоль/л), фосфора 2,08-2,8 ммоль/л (при норме 0,81-1,45 ммоль/л). До операции у 27 пациентов с ТГПТ были выявлены узловые образования в ЩЖ. Всем больным проводили УЗИ органов шеи, сцинтиграфию щитовидной железы с пертехнетатом, а для выявления патологии в паращитовидных железах сцинтиграфию с МИБИ. По показаниям обследования дополняли КТ и МРТ шеи. Операции у больных с ТГПТ выполняли доступом по Кохеру по переходной складке шеи, при повторных вмешательствах по поводу рецидивного гиперпаратиреоза использовали доступ на шее по В.И. Разумовскому на стороне рецидива. После выделения щитовидной железы приступали к поиску аденом ПЩЖ. Для этого осматривали нижние полюса долей щитовидной железы, а затем после перевязки вен Кохера справа и слева проводили ревизию задних поверхностей ЩЖ. При сочетании третичного гиперпаратиреоза с патологией в щитовидной железе аденомы удаляли во время тиреоидэктомии, либо субтотальной резекции ЩЖ. Для этого выполняли мобилизацию связочного аппарата ЩЖ, перевязывали верхние щитовидные артерии и вены. Железу удаляли единым блоком со стороны боковых поверхностей долей в направлении перешейки под контролем хода возвратных гортанных нервов. Стволы нижних щитовидных артерий сохраняли, перевязывая при этом только веточки, идущие от них к капсуле ЩЖ. Субто-

тальную резекцию ЩЖ выполняли аналогичным способом, сохраняя при этом ткань ЩЖ массой до 3 грамм (размер остатка 1,5x1 см справа и слева) **Результаты и их обсуждение.** Во время выполнения операций у 41 пациента проводили ревизию всех возможных вариантов расположения ПЩЖ. У 19 пациентов с ТГПТ сочетался с многоузловым коллоидным узловым зобом, что потребовало выполнения тиреоидэктомии. У 7 больных для обнаружения аденом ПЩЖ потребовалась мобилизация связочного аппарата, верхних щитовидных артерий и вен, нижних полюсов ЩЖ, что потребовало выполнения резекции щитовидной железы. То есть у 26 (63,4%) из 41 пациентов удаление аденом ПЩЖ потребовало выполнения вмешательств на щитовидной железе. Во время вмешательств от 3 до 5 аденом ПЩЖ было удалено у 27 пациентов, от 6 до 8 - у 13, более 8 - у 1 пациентки. После операций иПТГ снизилось до 144 - 0,4 пн/мл у 38 больных. У них практически сразу улучшилось общее состояние, уменьшились боли в костях и мышцах. Рецидивы гиперпаратиреоза выявлены у 3 пациентов. Двое из них оперированы дважды. Одна пациентка оперирована четыре раза, но и после этого иПТГ снизился только до 689 пн/мл. Больной назначен МНН – Цинакалцет и проводится динамическое обследование для выявления эктопически расположенной аденомы ПЩЖ.

Выводы. 1. У больных с третичным гиперпаратиреозом хирургическое вмешательство должно быть направлено на тотальное удаление аденом паращитовидных желёз 2. При третичном гиперпаратиреозе интраоперационная тактика зависит от сочетания заболевания ПЩЖ с патологией в щитовидной железе, при подтверждении которых необходимо выполнять симультанные вмешательства.

226. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ИРОМ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Степанов Д.Ю. (1), Макаров И.В. (2)

Самара

- 1) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара" ОАО "РЖД"
- 2) ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий. Вентральные грыжи встречаются с частотой 50 случаев на 10 000



населения. Среди всех хирургических вмешательств грыжесечение стоит на втором месте после аппендэктомии. Ежегодно в России выполняется порядка 200 000 грыжесечений. Внедрение в хирургическую практику аллопластических материалов для пластики без натяжения (Tension-Free методики) позволили снизить частоту рецидивов. На современном этапе новым направлением в хирургии грыж стало применение специальных сетчатых эндопротезов со специальным покрытием, предотвращающим образование спаек с внутренними органами для выполнения так называемой Intraperitoneal Onlay Mesh (IPOM) пластики грыж, суть которой заключается в укреплении задней стенки апоневроза, при этом протез располагается в брюшной полости и не прикрывается брюшиной. В хирургическом отделении №2 НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара" ОАО "РЖД" за последние 2 года выполнено 31 операция по методике IPOM. Из них 19 операций по поводу пупочных грыж, 11 - послеоперационных вентральных грыж и одна операция при грыже спигелевой линии. Из 31 пациентов 21 были женщины, 10 - мужчины в возрасте от 27 до 55 лет. Применяли импланты двух видов: "Bard Ventralex" и "Physiomesb". Оба импланта имеют антиадгезивный слой, позволяющий использовать их при IPOM-технологии. Фиксация осуществлялась как нерассасывающимися узловыми швами, так и герниостеплерами Pro Tack и Sorba Fix. Опробованы два метода операций: лапароскопическая герниопластика (27 наблюдений) и гибридная транвагинальная методика (4 наблюдения) с лапароскопической ассистенцией. В первом случае мы использовали три троакара, установленные по среднеключичной линии слева: два 5-мм троакара и один троакар 12 мм. При второй методике 5-мм троакар для оптики, и основной 12-мм троакар для рабочих инструментов устанавливали через задний влагалищный свод. При необходимости вводили дополнительный троакар через переднюю брюшную стенку. В послеоперационном периоде у 4 пациентов возникли подкожные серомы небольших размеров, которые были ликвидированы консервативно. Других осложнений не было. Рецидивов за данный период также не наблюдали. Средний койко-день составил 3 дня. Таким образом, IPOM-технология является одной из альтернатив традиционных видов пластики грыж передней брюшной стенки, применяется как при открытых так и при лапароскопических операциях. Лапароскопический подход позволяет снизить частоту раневой инфекции, что особенно актуально у больных сахарным диабетом и ожирением. Первые результаты применения данной операции являются обнадеживающими, однако требуется дальнейшее изучение техники операции, пока-

заний и противопоказаний к лапароскопический IPOM-герниопластики.

227. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ И ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Макаров И.В., Лукашова А.В.

Самара

ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

С каждым годом распространенность облитерирующего атеросклероза неуклонно возрастает, охватывая преимущественно лиц пожилого и старческого возраста, для которых характерна полиморбидность и полипрагмазия, увеличивающая риск развития неблагоприятных лекарственных реакций.

Целью данной работы является выявление наиболее эффективного немедикаментозного метода лечения путем создания моделей прогнозирования риска у больных с облитерирующим атеросклерозом. Проанализированы отдаленные результаты лечения 139 больных с хронической ишемией нижних конечностей II стадии в пяти параллельных группах. Пациенты в первой группе получали стандартную консервативную терапию в сочетании с внутривенным введением озонированного физиологического раствора (ОФР), во второй группе – в сочетании с большой аутогеомонозонотерапией (БАТ), в третьей – комплексное лечение включало помимо ОФР гравитационную терапию (ГТ), в четвертой – БАТ и ГТ, а также выделялась контрольная группа, где применялась только стандартная консервативная терапия (КТ). Для оценки влияния на динамику в отдаленном периоде (сроком до 7 лет от начала исследования) комплексного консервативного лечения, применяли создание модели прогнозирования риска ухудшения состояния с помощью метода регрессии Кокса. Оценивался риск наступления неблагоприятных событий (увеличение стадии заболевания и наличие оперативных вмешательств) в зависимости от применения определенного вида лечения. При исследовании рисков увеличения стадии заболевания было установлено, что минимальный и достоверный коэффициент регрессии определялся в третьей группе и составил 0,265 ($p=0,002$).



Функция риска увеличивалась в группе 3 только в 10 раз, в группе 4 – в 12 раз, в группе 5 в 13 раз уже к 4 году исследования. При изучении рисков вероятности оперативных вмешательств максимальный коэффициент регрессии отмечался в 5 группе и составил 0,763 ($p=0,08$), а в группе 3 он был минимальным – 0,06 ($p=0,0001$). Максимальный риск вероятности оперативных вмешательств был в 5 группе уже к 4 году проведения исследования и составлял 1,974, а в группе 3 к концу исследования – 0,440. Анализ выживаемости методом регрессии Кокса в зависимости от применяемого метода лечения выявил максимальную эффективность комбинации методов ОФР и ГТ. Таким образом, метод сочетанного применения ОФР и ГТ является наиболее эффективной прогностической моделью при лечении больных с облитерирующим атеросклерозом, что позволяет рекомендовать его к более широкому использованию в общехирургической практике.

228. УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

Косякин В.А. (1), Макаров И.В. (2), Зайцев В.Е. (1),
Навасардян Н.Н. (1), Лопухов Е.С. (1),
Ткаченко А.А. (1), Кириллов Р.С. (2),
Королев Д.А. (2)

Самара

- 1) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара" ОАО "РЖД"
- 2) ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" министерства здравоохранения Российской Федерации

Острый мезентериальный тромбоз (ОМТ) остается актуальной хирургической проблемой. Показатели смертности колеблются от 70-90%. Приводим два клинических наблюдения успешного лечения ОМТ в х/о №1 НУЗ «ДКБ на ст. Самара» ОАО «РЖД» Наблюдение 1. Больной К., 77 лет, поступил 17.05.2016 г. в х/о в экстренном порядке. При поступлении предъявлял жалобы на боли опоясывающего характера, появившиеся 17.05.2016 в 12.00, однократную рвоту, жидкий стул до 5 раз, сухость во рту, общую слабость. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные. ЧДД 22 в мин. ЧСС 96 в мин. АД 160 и 80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации напряжен, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Симптомов раздраже-

ния брюшины нет. По данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободного газа нет, уровней жидкости не определяется. Поставлен предварительный диагноз «Острый панкреатит». 18.05.2015 (8:00) состояние без положительной динамики, сохраняются выраженные боли в животе, преимущественно в мезогастрии, сухость во рту. ЧСС - 100 в мин. Сознание ясное. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот вздут, мягкий, болезненный в левом мезогастрии. Перистальтика не выслушивается. Решено больного оперировать, выполнена лапаротомия. При ревизии обнаружена некротизированная тонкая кишка 1,5 м от связки Трейца и до илеоцекального угла. Слепая кишка ишемизирована до печеночного угла. Выполнена резекция подвздошной кишки, правосторонняя гемиколэктомия, илиотрансверзоанастомоз по Витебскому. 19.05.2016 года (через 1 сутки) больному выполнена программированная релапаротомия: петли тонкой кишки розового цвета, умеренно вздуты, перистальтируют, анастомоз состоятелен. 22.05.2016 года (4 сутки после первой операции) по дренажу в умеренном количестве стало поступать кишечное отделяемое с примесью желчи. Релапаротомия. При ревизии в малом тазу, в подвздошной ямке справа – мутный коричневый выпот. В области илеотрансверзоанастомоза выявлен участок несостоятельности на его задне-боковой стенке. Илеотрансверзоанастомоз с участком несостоятельности выведен в правое подреберье на переднюю брюшную стенку. Брюшная полость санирована, дренирована. С 22.05.2016 г. по 26.05.2016 г. находился в отделении ОАРИТ. 26.05.2016 переведен в палату. 01.06.2016 г. (на 14 сутки после первой операции и на 9 сутки после последней) в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. В плановом порядке для восстановления целостности тонкой кишки 06.06.2016 г. поступил в х/о, 07.06.2016 выполнена операция: "Резекция еюнотрансверзоанастомоза с реконструкцией по Витебскому, дренирование брюшной полости". Послеоперационный период протекал без осложнений. 17.06.16 (на 10 сутки после реконструктивной операции) пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга поликлиники. Наблюдение 2. Пациентка Н., 91 года, поступила в х/о 02.06.2016 года в 17:00 в экстренном порядке с жалобами на интенсивные боли в эпи- и мезогастрии, тошноту, рвоту, сухость во рту, слабость. Общее состояние тяжелое. ЧСС 74 в минуту. АД 170 и 90 мм рт. ст. ЧДД 16 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, в мезогастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтические шумы сохра-



нены, вялые. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости свободного воздуха нет, определяются две тонкокишечные чаши. Поставлен диагноз: "Острый панкреатит; динамическая кишечная непроходимость". При динамическом наблюдении в 20.00: ЧСС 94 в мин, АД 150 и 70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в мезогастрии. Перистальтика не выслушивается. Симптом Щеткина положительный в нижних отделах. Стул с примесью слизи и крови. В 21:00 пациентка взята в операционную. Интраоперационно: подвздошная кишка на протяжении 60 см от слепой кишки умеренно раздута, не перистальтирует, стенка с геморрагическим пропитыванием; пульсация сосудов брыжейки ослаблена. Выполнена новокаиновая блокада брыжейки (80 мл – 0,25% р-ра новокаина и 15 000 ед. гепарина). Ишемизированный отдел подвздошной кишки признан жизнеспособным. Переведена в ОАРИТ. 03.06.2016 года около 11.00 вновь возникли резкие интенсивные боли в животе. Объективно: ЧСС 96 в мин, АД 130 и 80 мм рт. ст., язык влажный, живот не вздут, мягкий, резко болезненный в мезогастрии. Перистальтика не выслушивается. Выполнена релапаротомия. В брюшной полости умеренное количество геморрагического выпота, петли тонкой кишки черного цвета, не измененными остались лишь 40-45 см от связки Трейца и около 15 см терминального отдела подвздошной кишки. Выполнена резекция тонкой кишки с выведением концевой илеостомы, отводящая петля тонкой кишки ушита наглухо и оставлена в брюшной полости. Лечение в условиях ОАРИТ. Через 3 дня, 06.06.2016, пациентка взята в операционную, где была выполнена релапаротомия с наложением энтеро-энтеро анастомоза «бок в бок». На 11 день (17.06.2016) после третьей операции сняты швы и пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга поликлиники. Таким образом, считаем, что при ОМТ предпочтительным является первоначальное выведение илеостомы с последующим восстановлением непрерывности ЖКТ через 1-3 суток после стабилизации состояния пациента и получения объективных данных об отсутствии продолжающегося некроза кишечника.

229. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРОЕМ

*Макаров И.В. (1), Королев Д.А. (2),
Ишмуратова А.А. (1)*

Самара

- 1) ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 2) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара" ОАО "РЖД"

Геморрой является весьма распространенным современным заболеванием. Во всем мире геморрой наблюдается у 4,4% населения, доходя до 12,5% в отдельных популяциях.

Цель исследования. Оценить эффективность диагностики и хирургического лечения пациентов с геморроем по данным НУЗ "ДКБ на ст. Самара" ОАО "РЖД" за последние 4 года. С 2013 по 2016 годы в хирургическом отделении НУЗ "ДКБ на ст. Самара" ОАО "РЖД" лечение получали 232 пациента в возрасте от 19 до 85 лет с диагнозом «острый и хронический геморрой». У 85 (36,6%) пациентов выявлен острый геморрой, у 147 (63,3%) – хронический. Мужчины среди пациентов составляли 68% (156 пациентов), женщины – 32% (76 пациентов). Наиболее часто данная патология встречалась в возрасте от 41 года до 60 лет. Самыми распространенными клиническими проявлениями геморроя были: боль в области заднего прохода – у 132 больных, кровотечение – у 147, выпадение геморроидальных узлов – у 132 пациентов. В целях диагностики геморроя всем пациентам проводилось наружный осмотр области промежности и заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия. Наиболее чаще острый геморрой развивался в наружных геморроидальных узлах – у 58 (68%) пациентов, поражение внутренних узлов – у 14 (16,5%), комбинированное – в 3 (3,5%) случаях. Хронический геморрой в 85 (57,8%) случаях был комбинированным. Сопутствующая патология прямой кишки и области промежности обнаружена у 29 (12,5%) пациентов: свищи прямой кишки у 9 (3,8%) пациентов, трещина заднего прохода – у 8 (3,4%) пациентов, хронический парапроктит – у 4 (1,7%), полип прямой кишки – у 3 (1,2%) пациентов, гипертрофированный анальный сосочек – у 3 (1,2%), опухоль прямой кишки – 1 (0,4%) пациент, кондиломы перианальной области – у 1 (0,4%) больного. Распределение по стадиям: I стадия геморроя выявлена у 5 пациентов, II стадии – у 19 пациентов, III стадии – у 65 человек, IV стадия – у 32 больных. Консервативное лече-



ние получили 32 (13,8%) пациента с I-II стадией заболевания. Хирургическое лечение – операция Миллигана-Моргана, – выполнена 164 (70%) пациентам с III-IV стадией заболевания. Тромбэктомия геморроидального узла - 13 больным (95%), дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии в 11 (4,7%) случаях, операция Лонго 3 пациентам (1,2%). Послеоперационных осложнений не было. Исходом лечения пациентов было выздоровление. Повторное обращение в НУЗ "ДКБ ст. Самара" ОАО "РЖД" наблюдалось в 6 случаях, что связано с проведением консервативного лечения для стабилизации состояния пациента, с целью последующего проведения операции в плановом порядке.

230.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ VS ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Аблаев Э.Э., Ильченко Ф.Н., Кондратюк Э.Р.

Симферополь

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "Крымский Федеральный Университет
им. В.И. Вернадского"

Введение. Острый панкреатит - продолжает и по сей день оставаться одной из самых тяжелых патологий пищеварительной системы, требующей значительных диагностических, лечебных и физических затрат хирурга.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ различных методик оперативных вмешательств с использованием эндовидеохирургических и пункционно-дренирующих методов у больных с острым панкреатитом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 121 пациента с острым панкреатитом. Основную группу составили 80 пациентов с острым панкреатитом в хирургическом лечении которых использовались различные эндовидеохирургические вмешательства. В состав контрольной группы вошли 41 пациент с острым панкреатитом. При хирургическом лечении больных этой группы выполнялись различные виды пункционно-дренирующих вмешательств.

Результаты исследований. Санация и дренирование патологических очагов в основной группе выполнялось при помощи интервенционных эндоскопических методов; в контрольной - пункционными способами. На всех этапах лечения больных основной группы в зависимости от варианта

течения и распространения острого панкреатита выполнялись два вида вмешательств: лапароскопическая или люмбоскопическая санация и дренирование брюшной полости. В группе сравнения выполнялись чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем на начальном этапе лечения по поводу ограниченных жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства, сформированные в процессе развития острого панкреатита У больных обеих групп с острым 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 составила 17,1% (7 пациентов) в основной и 3,8% (3 больных) в группе сравнения.

Выводы. Сравнительный анализ результатов лечения острого панкреатита позволяет сделать вывод о более благоприятном течение послеоперационного периода у больных основной группы, т.к. пункционно-дренирующих вмешательств при дальнейшем развитии заболевания и возникновении деструкции ткани поджелудочной железы были недостаточно эффективны. Таким образом, пункционно-дренирующие вмешательства имеют место быть, но на начальных этапах лечения острого панкреатита и при его неосложненных формах.

231.НЕРВОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А.,
Хатьков И.Е.*

Москва

Московский клинический научный центр

Введение: лечение заболеваний прямой кишки (ЗПК) традиционно имеет ряд особенностей, связанных с ограниченностью операционного поля при мобилизации прямой кишки в глубине малого таза, создавая определенные трудности для соблюдения основных принципов абластики. В последние годы в хирургию прямой кишки внедрен ряд важных достижений: стандартизирована техника операции с выполнением тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ), широко используются



малоинвазивные методики: лапароскопические операции, трансанальная микрохирургия, роботические технологии. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения заболеваний прямой кишки за счет внедрения роботических технологий. Материалы и методы. В исследование включены 90 пациентов, которым с 2014 по 2016гг. выполнены операции на прямой кишке по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований. Все пациенты были разделены на 3 группы: основная (ОГ) - оперированные с использованием роботической платформы DaVinci (25 пациентов); контрольная 1 (К1) - оперированные с использованием лапароскопической техники (43 пациента) и контрольная 2 (К2) - оперированные лапаротомным доступом (22 пациента). Все группы были сопоставимы по полу, возрасту, виду заболевания, стадии, степени операционного риска. Всем пациентам перед операцией выполнена морфологическая верификация, компьютерная томография, МРТ, исследованы онкомаркеры РЭА, СА-19.9. Оценка операционного риска проводилась по шкале ASA; нарушения тазовых функции, держания - по шкале Wexner, ректальной манометрия, сфинктерометрии. Для оценки мочеиспускательной функции использована шкала IPSS (International prostate symptom score), определение остаточного объема мочи.

Результаты: ТМЕ выполнена 14(56%) пациентам в ОГ, в группе К1 – 18(41%); К2 – 7(32%). Средняя продолжительность операции (мин): ОГ -343, К1 –318, К2 –233; средняя кровопотеря (мл): ОГ -176, К1 –150, К2 –256. Интраоперационные осложнения не отличались во всех 3 группах и не превышали 4%, $p=0.05$. Оценка уродинамики после операции выявила различия по показателям в исследуемых группах: в ОГ и К1 группах восстановление мочеиспускания происходило на 1-2 сутки, в группе К2 – среднее время составило 3.6 суток (различия достоверны, p

232. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ОТКРЫТЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.

*Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П.,
Колмачевский Н.А., Добровольский А.А.,
Еремеева В.Н.*

Ханты-Мансийск

Окружная клиническая больница

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения, оценить целесообразность

применения видеолапароскопических технологий при эхинококкозе печени.

Материалы и методы: За 15 лет на базе специализированного отделения пролечено 116 пациентов с эхинококковыми кистами печени. В диагностике использовали УЗИ, включая интраоперационное (ИОУЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), магнитно-резонансную томографию с МРХПГ, иммунологические тесты. Оперировано 82 женщины (70,7%) и 34 (29,3%) мужчин в возрасте от 16 до 74 лет. У 38 пациентов (32,8%) выявлена одиночная киста, у 78 (67,2%) - множественные кисты печени, в т.ч. у 28 (24,1%) - с биллобарным поражением печени, в 14 случаях (12,1%) - сочетанное поражение других органов. Осложненная форма выявлена у 46 (39,7%) больных: в виде нагноения у 29 (25%), обызвествления – у 13 (11,2%) и развития холангита, при сообщении кист с билиарной системой – у четырех (3,4%) пациентов. Все пациенты прооперированы. Выполнено 18 (15,5%) анатомических резекций, 38 (32,8%) неанатомических резекций, 60 (51,7%) эхинококкэктомий (10 из них - в сочетании с неанатомическими резекциями печени при множественном поражении, у двух пациентов - со спленэктомией и эхинококкэктомией из левой почки, у двух пациентов – с удалением множественных кист брюшной полости и нефрэктомией). Видеолапароскопические вмешательства, в т.ч., два-робот-ассистированные, выполнялись при одиночных неосложненных кистах - 20 (17,2%) пациентов: анатомическая резекция левой доли печени при одиночной обызвествленной кисте в одном случае, неанатомические резекции SIII, SIV, SVI, SVII, SVIII, эхинококкэктомия - в 14 случаях. Резекции печени выполняли с использованием ультразвукового деструктора-аспиратора, ультразвуковых ножниц и биполярного инструмента лигашу. Во всех случаях после эхинококкэктомии и резекций печени применяли аргон-плазменную коагуляцию, а при сохраняющемся диффузном кровотечении из паренхимы печени-гемостатическую пластину тахокомб.

Результаты: Специфичность УЗИ ($n=116$), СКТ ($n=116$) и МРТ ($n=28$) в выявлении эхинококковых кист составила 84,6%, 91,8% и 90,2% соответственно.



233. ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ПРОГНОЗЕ РЕЦИДИВОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Чебуркаева М.Ю., Захарова Н.Б., Федоров В.Э.,
Терёшкина Н.Е.*

Саратов

СГМУ

Актуальность. Темпы роста и метастазирования первичного опухолевого узла зависят от активности роста сосудистой сети около него. Данный процесс, получил название неангиогенеза. Способность неопластических клеток стимулировать пролиферацию и миграцию эндотелиальных клеток связана с увеличением продукции vascular endothelial growth factor (VEGF) в крови.

Цель работы: оценить уровень VEGF в сыворотке и плазме крови как фактор прогноза рецидивов рака молочной железы (РМЖ) в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: в клинике хирургии и онкологии ФПК и ППС проведено обследование 103 женщин с РМЖ. Из них 30 человек в возрасте от 31 до 60 лет составили 1 группу - сравнения, 73 больные проходили лечение НУЗ ДКБ г. Саратова. Средний возраст - $57,3 \pm 1,4$ года. 2 группу составили 33 женщины с I-II стадиями РМЖ без регионарных метастазов. В 3 группу вошли 22 женщин со II стадией РМЖ с регионарными метастазами, в 4 группу – 18 пациенток с III-IV стадиями РМЖ. Наиболее частым оперативным вмешательством у больных РМЖ 3-4 группы была мастэктомия (МЭ) по Маддену – 38 (52,1 %) женщин. При распространении опухолевых клеток на большую и малую грудные мышцы выполнялась МЭ по Холстеду у 2 (2,7 %) больных. Квадрантэктомия с лимфодиссекцией выполнена у 33 (45,2 %) больных 2 группы. 68 пациенток через 12-18 месяцев выполнялся повторный забор биоматериала. Все 68 пациенток РМЖ также были разделены на 2 аналитические группы (группы 5 и 6) после оперативного лечения. В 5 группу вошли женщины без клинических проявлений рецидивов и метастазов в послеоперационном периоде – 44 (64,7 %). 6 группу составили 24 (35,3 %) женщины, у которых в послеоперационном периоде были выявлены метастазы и местные рецидивы заболевания.

Результаты и их обсуждение: До операции у всех обследованных больных статистически достоверное повышение уровней VEGF имело место только в плазме крови. В сыворотке крови содержание VEGF незначительно превышало его уровень у практически здоровых женщин. После выполнен-

ных оперативных вмешательств через 12-18 месяцев в 6 группе больных РМЖ содержание VEGF возрастало как в сыворотке, так и в плазме крови. В группе женщин, составивших 5 группу больных без метастазов и рецидивов заболевания через 12-18 месяцев после оперативного вмешательства в сыворотке снижение VEGF достигало 69,9% от величины нормы ($p \leq 0,05$), в плазме – 93,9%. То есть, нарастание уровня VEGF в сыворотке и плазме крови у больных РМЖ в послеоперационном периоде можно считать одной из характеристик агрессивности и злокачественности, а также мета-статического потенциала опухолевой ткани.

Выводы: 1. Одновременное нарастание содержания в сыворотке и плазме крови VEGF (выше 596,92 нг / мл и 239,35 нг / мл) имеет прогностическое и диагностическое значение для обнаружения метастазов и рецидивов заболевания, его можно отнести к маркерам высокого риска опухолевой прогрессии. 2. Подъем уровня VEGF в сыворотке крови и плазме в послеоперационном периоде у больных РМЖ свидетельствует о «включении» опухолевого ангиогенеза и связан с глубиной инвазии опухоли и метастазированием. 3. Снижение уровня VEGF в сыворотке и плазме крови через 12–18 месяцев после оперативных вмешательств у больных РМЖ является диагностически значимым критерием отсутствия рецидива и метастазирования и может быть использовано для контроля эффективности проводимого лечения.

234. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федоров В.Э., Чебуркаева М.Ю.

Саратов

СГМУ

Цель исследования: улучшение результатов лечения РМЖ.

Материалы и методы: На кафедре хирургии и онкологии ФПК и ППС Саратовского государственного медицинского университета, в отделении онкологии дорожной больницы г. Саратова с 2013 по 2014 годы поступило 512 больных с РМЖ. Возраст пациенток был разнообразным: от 32 до 86 лет, составляя в среднем $57,3 \pm 1,4$ года. В группу больных с I стадией заболевания входили 103 (20,1%), со II стадией – 297 (58%), с III стадией – 62 (12,1%) и IV стадией заболевания – 50 (9,8%) женщин. Мастэктомия по Маддену выполнена у 356 (69,5 %) больных; по Холстеду – у 4 (0,8%) больных, квадрантэктомия с лимфодиссекцией у 151 (29,5%) пациентки



и простая мастэктомия у 1 (0,2%) больной. После операций у 197 (38,5%) наблюдалось лимфоцеле, у 12 (2,3 %) больных РМЖ - кровотечения из ран и гематомы, нагноения - у 11 (2,1 %) больных. У 4 (0,8 %) больных наблюдались тромбозы легочной артерии, у 4 (0,8 %) – острый инфаркт миокарда и у 1 (0,2 %) - тромбоз большой подкожной вены слева. Все эти послеоперационные осложнения выявлены у пациенток с III и IV стадиями заболевания. При выполнении квадрантэктомии с лимфодиссекцией общих послеоперационных осложнений выявлено не было.

Результаты: для выявления причин развития осложнений после оперативных вмешательств у больных РМЖ были проанализированы возраст, сопутствующая патология, клинику и стадии, показатели гемостаза крови, перекисное окисление липидов, показатели иммунитета, виды оперативного вмешательства, гистологическая структура опухоли. Далее использовались методы регрессионного и дискриминантного анализа. Всего у больных РМЖ выделено 59 признаков, которые характеризовали состояние женщины с РМЖ, включающие вышеперечисленные показатели. Выделенные факторы вносили вклад в объяснение диагноза в 73,8 %, что говорит о высокой статистической значимости уравнения. F-критерий в данном уравнении равен 49,5, превышая критический в 4,5 раза с уровнем значимости.

235. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРЕДБРЮШИНАЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА – ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

*Осокин Г.Ю, Желябин Д.Г., Яковенко И.Ю,
Струсов В.В., Волченков А.В., Колобаев Д.А.*

Москва

НУЗ ДКБ им. Н.А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД» г. Москва (И.о. директора Емец Л.А.).
Кафедра общей хирургии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова (зав. каф. профессор Яковенко И.Ю.)

Актуальность проблемы. Проблема лечения грыж передней брюшной, несмотря на повсеместное внедрение лапароскопических и малоинвазивных технологий в хирургии не теряет своей актуальности. Среди всех грыж передней брюшной стенки лидирующее место занимают паховые – более 65%, а из общего числа операций, проводимых в хирургических стационарах около 12 - 17% приходится на долю паховых грыжесечений. Активное

внедрение в современную герниологию синтетических аллопластических материалов и «ненатяжных» методик значительно улучшило результаты лечения паховых грыж. Однако, по мере накопления опыта использования различных композитных материалов и анализа полученных результатов проблема рецидива паховых грыж после «открытых» герниопластик попрежнему остается актуальной. По сводным данным ряда авторов рецидивы грыж составляют от 4 до 8%.

Цель работы. Оценить возможности лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной аллогерниопластики (ТАРР) в лечении рецидивных паховых грыж.

Материалы и методы. В хирургическом отделении НУЗ ДКБ им. Н.А.Семашко на ст. Люблино ОАО РЖД с конца 2012 года началось активное внедрение видеолапароскопических технологий для лечения паховых, в том числе рецидивных грыж. За указанный период, включая декабрь 2016 года выполнено 940 паховых грыжесечений, из них только у 51(5,4%) больного классическими способами: Бассини, Постемпски. Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) проведена у 137 пациентов (14,5%), из них по поводу рецидива паховой грыжи выполнена 21 операция. Все лапароскопические операции выполнялись по поводу рецидива паховой грыжи после «открытых» операций. У 4 пациентов рецидивы возникли после операций Лихтенштейна – 2 случая и Трабукко 2 случая. Двум пациентам с рецидивными паховыми грыжами выполнено симультанное вмешательство в объеме холецистэктомии. В анализируемой группе больных с рецидивными паховыми грыжами женщин не было. По возрастному составу: до 40 лет – 3 пациента, до 60 лет – 14, старше 60 – 4 больных. Распределения операций в зависимости от вида грыжи: прямые паховые грыжи в т.ч. скользящие - 12: левосторонние – 2, правосторонние – 6, двусторонние -4; косые паховые грыжи в т.ч. скользящие - 7: левосторонние – 3, правосторонние – 4; комбинированные грыжи – 2. Все операции выполнялись под общей анестезией после адекватной подготовки и обследования с обязательной катетеризацией мочевого пузыря по стандартной трехпортовой методике: умбиликальный доступ (троакар 10 – 12 мм), манипуляционные троакары (5 мм.). После видеоревизии брюшной полости определялись в типе грыжевого выпячивания, размерах паховых ямок, распространенности рубцово-спаечного процесса в зоне операции. Грыжевой мешок не иссекался, предбрюшинные липомы в проекции предполагаемой фиксации сетки удалялись. В качестве импланта использовалась специальным образом смоделированная полипропиленовая сетка - заготовка HERTRA 0 (OVAL PATCH) 11x 14 см. С учетом



свойств сетки (память формы, отсутствие эффекта «сморщивания», высокая тканевая адгезия итд.), последняя фиксировалась к тканевым структурам эндогерниостеплером «Protac» из двух – трех точек, в зависимости от вида грыжи и размеров паховых ямок. Ушивание брюшины над имплантом проводилось либо с использованием эндогерниостеплера «Protac», либо непрерывным швом рассасывающейся синтетической нитью. Течение раннего послеоперационного периода соответствовало достоинствам лапароскопических операций и отличалась низким болевым синдромом, ранней активизацией и быстрыми сроками реабилитации пациентов.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны импланта в виде: нагноения, отторжения сетки, формирования свищей и значимых сером нами не наблюдалось. В 2 - ух случаях - вторые – третьи сутки течения послеоперационного периода диагностированы небольшие по объему серомы, которые потребовали однократной пункции. За анализируемый период случаев повторного рецидива грыжи не выявлено. Летальных исходов в исследуемой группе не было. Отдаленные результаты прослежены при активном патронаже у 18 пациентов в сроки от 3-х до 24 месяцев. Оценка результатов производилась по визуальной аналоговой шкале боли и стандартной анкеты MOS SF-36. У 2 пациентов отмечался периодически возникающий болевой синдром в зоне операции, который после проведения курса лечения нестероидными противовоспалительными препаратами и физиолечения купирован полностью. В 16 (76,2%) случаях результаты оценены как хорошие.

Выводы. Лапароскопическая предбрюшинная аллогерниопластика является не только операцией выбора, но и альтернативой «открытой» операции по поводу рецидивной паховой грыжи, в виду: малой травматичности вмешательства (операция выполняется вне зоны рубцово – измененных тканей, минимальная травматизация элементов семенного канатика), надежности пластики, малому количеству осложнений, возможности проведения видеоревизии брюшной полости и выполнения симультанных операций, сокращения сроков реабилитации пациента и восстановления трудоспособности.

236. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Меликова С.Г., Галашомян К.М.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель и задача исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с осложненными формами грыжам пищеводного отверстия диафрагмы путем использования видеоэндохирургических технологий.

Материалы и методы. Нами выполнено 125 видеоэндохирургических вмешательств по поводу осложненных форм грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Аксиальные грыжи наблюдались у 103 пациентов, параэзофагеальные – у 22. По классификации Granderath и соавт., среди аксиальных грыж малые встречались у 39 (37,9%) пациентов, большие – у 57 (55,3%), гигантские – у 7 (6,8%), среди параэзофагеальных – у 15 (68,2%) больных имели место большие грыжи, у 7 (31,8%) – гигантские. Средний возраст больных составил $49,6 \pm 14,3$ лет. Частота заболевания как у мужчин (47,6%), как и у женщин (52,4%) была практически одинакова. При эндоскопическом исследовании рефлюкс-эзофагит легкой степени тяжести диагностирован у 28 пациентов (22,4%), средней тяжести – у 72 (57,6%), тяжелая степень наблюдалась у 25 (20%).

Результаты. В связи с тем, что на первый план в клинике грыж пищеводного отверстия диафрагмы выходят симптомы гастроэзофагеального рефлюкса в лечении осложненных ГПОД следует применять комплексный подход. Консервативное лечение, главным образом, направлено на устранение симптомов ГЭР, что достигается применением комплекса диетических мероприятий, а также медикаментозной терапии, которая направлена на нейтрализацию выработанной соляной кислоты, снижение кислотности желудочного сока и ускорение эвакуации пищи из желудка. У 125 пациентов не удалось добиться существенного положительного результата после проведения длительной медикаментозной терапии, в связи с чем, им всем была выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа. Мы считаем, что показаниями к хирургическому лечению осложненных грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются неэффективность многократных курсов консервативного лечения;



наличие осложнений ГПОД (эзофагит, эрозии и язвы пищевода, анемия, стеноз, кровотечения); большие размеры грыжи, ее фиксация в грыжевых воротах; параэзофагеальная грыжа; метаплазия слизистой пищевода (пищевод Барретта). Интраоперационные кровотечения отмечены у 13 (10,4%) пациентов, в связи с этим, у 6 пациентов выполнена конверсия, у 2 пациентов причиной конверсии стал выраженный спаечный процесс. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений нами отмечено не было. Послеоперационный койко-день у пациентов с ГПОД, оперированных из лапароскопического доступа, составил $5,2 \pm 0,6$. В отдаленные сроки у 3 больных (2,4%) возникли рецидивы заболевания, связанные с феноменом «соскальзывания манжетки». Данным пациентам произведено повторное оперативное вмешательство из лапаротомного доступа. При наличии пищевода Барретта у 19 пациентов в послеоперационном периоде проводилась аргон-плазменная коагуляция очагов метаплазии с последующей медикаментозной терапией.

Выводы. Лечение пациентов с осложненными ГПОД имеет комплексный подход, которое следует начинать с консервативной терапии. При неэффективности неоднократной медикаментозной терапии, частых рецидивах, выраженной клинической картине рефлюкс-эзофагита следует выполнять оперативные вмешательства. Видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных с осложненными формами ГПОД. При наличии пищевода Барретта в послеоперационном периоде показано применение аргон-плазменной коагуляции участков метаплазии, а также проведение медикаментозной терапии.

237. ВОЗМОЖНОСТИ АРГОН-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

*Скуратов А.В., Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф.,
Старцев Ю.М., Меликова С.Г.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с пищеводом Барретта путем использования аргон-плазменной коагуляции.

Материалы и методы. В хирургическом отделении клиники Ростовского государственного меди-

цинского университета проходили лечение 19 пациентов с диагнозом пищевод Барретта, который был подтвержден на основании эндоскопического и иммуногистохимического исследования биоптатов слизистой пищевода, в которых определялся метаплазированный эпителий кишечного типа. Первым этапом лечения всем пациентам выполнена операция Ниссена или Ниссена-Розетти из лапароскопического доступа, заключающаяся в восстановлении функции кардиального сфинктера, устранение гастроэзофагеального рефлюкса и его клинических проявлений. В послеоперационном периоде, через 1-2 месяца, всем пациентам применялась эндоскопическая аргон-плазменная коагуляция очагов метаплазии эпителия пищевода с параметрами: режим FORCED APC, мощность 30 – 32 Вт, расход аргона 2 – 2,2 л/мин. За 1 сеанс проводилась коагуляция пораженного участка площадью не более 4 см². Воздействие аргонной плазмы начинали с краев метапластического сегмента, что позволяло четко отграничить патологический очаг, требующей абляции. Кроме того в послеоперационном периоде продолжала проводиться медикаментозная терапия, направленная на нейтрализацию выработанной соляной кислоты, снижение кислотности желудочного сока и ускорение эвакуации пищи из желудка. Средний возраст пациентов составил $52,6 \pm 12,7$ лет. Частота заболевания у мужчин составила 53,4%, у женщин – 46,6%. Практически все пациенты в анамнезе отмечали длительное проявление симптомов ГЭРБ.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений лечения не отмечено. Время манипуляции составляло около 5–7 мин. Всем пациентам курсы АПК проводились в амбулаторных условиях под в/в седацией. Болевой синдром после проведения АПК отмечался у 2-х пациентов, и был купирован в течение 10-15 мин применением антацидных препаратов с анестетиком. После выполнения эндоскопической аргон-плазменной коагуляции все пациенты возвращались к привычной деятельности на следующий день. Непосредственные результаты лечения оценивались нами через 1 месяц после АПК по данным эзофагоскопии и гистологического исследования биоптатов. У каждого пациента проводился контроль за регрессией сегментов пищевода Барретта с использованием Пражских критериев. При необходимости, в зависимости от длины сегмента выполнялись повторные курсы АПК каждые 1 - 1,5 месяца. За 1 сеанс площадь коагуляции участка метаплазии составляла не более 4 см². У 14 пациентов курс лечения аргон-плазменной коагуляцией полностью завершен. У данных пациентов отмечается полная регрессия метаплазированного эпителия и замещение его типичным многослойным плоским эпителием, что подтверждено данными гистологиче-



ского исследования. Еще 5 пациентов продолжают лечение. Наши сроки наблюдения составляют 3 года, за которые, ни у одного пациента не отмечено рецидива метаплазии.

Выводы. Всем пациентам с пищеводом Барретта показано оперативное лечение. Видеоэндоскопические вмешательства (операция Ниссена или Ниссена-Розетти) являются операциями выбора при лечении больных с грыжами пищевода и отверстия диафрагмы, осложненными пищеводом Барретта. В послеоперационном периоде показано применение эндоскопической аргон-плазменной коагуляции, которое должно проводиться поэтапно, с интервалами 1-1,5 месяца, с эндоскопическим и гистологическим контролем, позволяющего оценить регрессию участков метаплазии. За 1 сеанс площадь коагуляции метаплазированного участка не должна составлять более 4 см². Также в послеоперационном периоде должна проводиться медикаментозная терапия, направленная на нейтрализацию выработанной соляной кислоты, снижение кислотности желудочного сока и ускорение эвакуации пищи из желудка.

238. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКИ – РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Бациков Х.А., Дамадаев Д.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Введение. Острая странгуляционная кишечная непроходимость (ОСКН) является тяжелым заболеванием, сопровождающимся высокой летальностью, которая составляет 18 – 26 %. Одним из важных механизмов нарушения метаболизма при ОСКН в послеоперационном периоде является активация процессов перекисного окисления липидов и развития реперфузионного синдрома. Несмотря на корректно выполненного оперативного вмешательства по поводу ОСКН в послеоперационном периоде у 15 – 20 % пациентов наблюдается развитие ишемически – реперфузионного синдрома. Ранняя интраоперационная коррекция реперфузионного синдрома является важным этапом в лечении пациентов ОСКН.

Цель. Интраоперационная терапия у пациентов острой странгуляционной кишечной непроходи-

мости для профилактики ишемически – реперфузионного синдрома.

Материалы и методы. В настоящем исследовании были включены наблюдения и результаты лечения 38 пациентов с ОСКН. Мужчин было 18 (47,4%), женщин 20 (52,6%). Возраст пациентов составил от 28 до 82 лет. Для интраоперационного введения мы использовали цитофлавин и сулодексид. После завершения основного этапа операции в верхнюю брыжеечную артерию вводили медленно 15 мл цитофлавина и 2 мл сулодексида. Для изучения эффективности применения препаратов всех пациентов с ОСКН разделяли на 2 группы: 1 – ю (основную) группу были включены 24 (63,2%) пациентов, у которых были включены в лечение цитофлавин и сулодексид. Во 2 – ю (контрольную группу) включены 14 (36,8%) пациентов, которым не были включены в лечение препараты антиоксидантного и антикоагулянтного действия.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что у пациентов 1 – й группы сокращаются сроки проведения ИВЛ, время пребывания в реанимационном отделении и послеоперационные проявления ишемически – реперфузионного синдрома у 84,6 % пациентов, а у 2 – й группы из 14 пациентов ишемически – реперфузионный синдром наблюдался у 5 пациентов. Также наблюдали снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности у пациентов основной группы. Таким образом, выявленные в процессе исследования изменения свидетельствуют о необходимости и целесообразности включения антигипоксанта цитофлавина и антикоагулянта сулодексида в интраоперационную терапию ОСКН, которые приводят к более быстрому восстановлению тканевого метаболизма за счет восстановления процессов утилизации кислорода, уменьшения глубины свободно – радикального процесса и антикоагулянтного эффекта.

Выводы. Включение в комплекс интраоперационной терапии ОСКН, цитофлавина и сулодексида позволяет эффективно уменьшить реперфузионные повреждения кишечника за счет снижения глубины гипоксии, а также раннего восстановления антиоксидантной и антикоагулянтной защиты со снижением активности процессов ПОЛ.



239. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЧРЕСКОЖНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ

*Семенов Д.Ю., Ребров А.А., Васильев В.В.,
Ваганов А.А., Мельников В.В.*

Санкт-Петербург

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

Введение. Псевдокисты поджелудочной железы являются частым осложнением острого (16-50%), хронического (20-40%) панкреатитов. Такой высокий процент кистоорганизации после перенесенного деструктивно-воспалительного процесса связан с успехами консервативного лечения и более активное применение миниинвазивных методик в лечении острого панкреатита тяжелого течения. В настоящее время можно выделить 4 основных направления оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы: чрескожные дренирующие методики, эндоскопические методы дренирования, лапароскопические методы, традиционные хирургические методы. В настоящее время неоспорим тот факт, что ведущее место в лечении больных с хроническими псевдокистами поджелудочной железы принадлежит миниинвазивным методикам. Однако, в связи с риском развития осложнений таких как инфицирование псевдокист, наружные панкреатические свищи, многие авторы выступают либо за применение чрескожных методов как первый этап в лечении панкреатических псевдокист, либо ограничивают его применение вовсе, в связи с чем проблема лечения остается весьма актуальной и дискуссионной.

Цель. Анализ результатов лечения пациентов с псевдокистами поджелудочной железы с применением чрескожных дренирующих вмешательств.

Материал и методы. В лечении 176 пациентов с хроническими псевдокистами поджелудочной железы были использованы чрескожные миниинвазивные вмешательства. Генезом формирования в исходе панкреатических псевдокист послужил перенесенный ранее острый панкреатит тяжелого течения в сроки от 6 месяцев до 5 лет. На периперационном этапе все пациенты обследованы в объеме УЗИ органов брюшной полости, с 2000г. МСКТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, ФГДС, МРТ, МРХПГ. 15 пациентам было проведено эндосонографическое исследование. Вариабельность размеров кистозных образований составила от 4 до 20 см. Поликистоз поджелудочной железы наблюдался у 17 паци-

ентов (9.6%). У 17 пациентов (9.6%) диагностировано инфицирование псевдокисты, у 30 (17%) наблюдались клинические проявления компрессии близлежащих структур псевдокистой. Показания к хирургическому миниинвазивному лечению являлись диаметр псевдокисты более 6 см, клиническая картина компрессионного синдрома, признаки инфицирования, панкреатическая гипертензия. На ранних этапах исследования, в ходе освоения пункционно-дренирующих методов лечения, 54 пациентам, при отсутствии признаков инфицирования псевдокисты и протоковокистозных сообщений, проводились пункционные вмешательства: многократные санационные пункции с последующей склеротерапией. Другой группе 122 пациента изначально в лечении выполнялось чрескожное дренирование полости псевдокист, в ряде случаев дополненное склеротерапией. Все операции выполнялись под УЗ-контролем, в ряде случаев дополнялись интраоперационным рентгенотелевизионным контролем с использованием методики по Сельдингеру. Дренирование в большинстве случаев выполнялось дренажными стилет системами типа pig tail, содержимое псевдокист отправлялось на цитологическое, биохимическое, бактериологическое исследования. Особый интерес представляет группа пациентов (36 / 20.4%), после выполнения дренирования у которых в течение месяца сохранялся наружный панкреатический свищ. При контрольном УЗИ, рентгенотелевизионном исследовании в послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдалась панкреатическая гипертензия (2,3 тип по D'Egidio, Schein). Результаты. В исследуемой группе лечение с использованием чрескожных методик оказалось эффективным у 167 (94,8%) пациентов. У 122 пациентов, в лечении которых выполнялось первично чрескожное дренирование, на фоне проведенной терапии псевдокисты успешно регрессировали. Пункционные методики примененные у 54 пациентов, эффективным оказались у 29 пациентов. Остальным в последующем было выполнено чрескожное дренирующие операции или открытые оперативные вмешательства на ранних этапах исследования. Из 17 пациентов с гнойными псевдокистами поджелудочной железы, первично использованное чрескожное дренирование с последующими санациями оказалось эффективным у 10 пациентов. При неэффективности (7 пациентов) выполнялось широкопросветное дренирование полостей деструкции путем бужирования первичного доступа, либо люмбоскопического дренирования. У 30 пациентов, в связи с развившейся клинической картиной компрессионного синдрома, транскутанные дренирующие операции полностью купировали явления у 22. У 8 пациентов, в связи с развитием клинической картины механической желтухи до-



полнено эндобилиарным дренированием. При лечении пациентов со сформировавшимися наружными панкреатическими свищами (36 пациентов) алгоритм лечения заключался в следующем: с целью улучшения оттока панкреатического секрета всем пациентам выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 12 (33,3%) пациентов после проведенной операции панкреатическая гипертензия купировалась, панкреатические свищи закрылись. 9 (25%) пациентам с трансгастральным, трансдуоденальным прохождением дренажной системы при первичном чрескожном дренировании, после адекватной санации, ЭПСТ было дополнено формированием эндоскопически цистогastro-, цистодуоденоанастомозом. 15 (41,7%) пациентам (сохраняющаяся панкреатическая гипертензия после ЭПСТ, отсутствие первичного трансгастрального прохождения дренажной системы) было выполнено временное декомпрессионное стентирование ГПП ретроградным, антеградным путем. Смертельных исходов не было. Критериями к удалению дренажных систем являются: регресс псевдокисты до 2 см и менее по данным инструментальных методов, прекращение отделяемого по дренажу, при гнойно-воспалительных изменениях купирование интоксикационного синдрома, закрытие в ряде случаев наружного панкреатического свища. Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности чрескожных миниинвазивных методик в лечении пациентов с хроническими псевдокистами поджелудочной железы, при необходимости дополненных комбинированными миниинвазивными методами. В связи с чем их можно рассматривать как основной и окончательный метод лечения данной категории больных.

240. ТОТАЛЬНАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ.

Леоненко С.Н., Селиванов А.В.

Симферополь

Клинический медицинский многопрофильный центр Святителя Луки Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Введение: Паховая герниопластика является одной из самых распространенных в абдоминальной хирургии и составляет 10-25% всех оперативных вмешательств. Паховые грыжи занимают 65-80% от всех грыж брюшной стенки. Применение синтетических имплантов в хирургии паховых грыж позволяет добиться надёжного закрытия грыжевого

дефекта с малым числом осложнений и низкой частотой рецидива (0,7-1,5%) при операции Лихтенштейна, которая на сегодняшний день является операцией выбора. Внедрение современных технологий и синтетических материалов в медицину позволило разработать и выполнять эндовидеохирургические методики герниопластики. В 1992 году J.L. Dulucq во Франции впервые выполнил и описал тотальную экстраперитонеальную герниопластику (TEP), которая в нашей стране до сих пор не получила достаточно широкого распространения среди хирургов. В нашей работе мы хотели поделиться своими первыми результатами TEP.

Материал и методы. В КММЦ Святителя Луки Медицинской академии им. С.И. Георгиевского данный вид оперативного вмешательства выполняется с 2011 года и по настоящее время. За этот период нами выполнена 21 операция по поводу первичных паховых грыж: у 18 мужчин и у 3 женщин. Сроки грыженосительства были от 6 месяцев до 2-х лет. Возраст пациентов от 27 лет до 70 лет. Односторонних паховых грыж было: прямых-3, косых-10. Двусторонних прямых-2, косых-4. Комбинированных-2. У 11 (68,8%) больных с косыми паховыми грыжами встречались липомы семенных канатиков. Длительность операции при односторонней паховой грыже составляла от 85 до 135 минут. При двусторонней паховой грыже от 120 до 215 минут. Пребывание в стационаре длилось от 2 до 8 койко-дней. Всем пациентам операции выполнялись под общим обезболиванием с созданием давления газа в предбрюшинном пространстве от 10 до 14 мм.рт.ст. TEP выполнялась с использованием сетчатых имплантатов различных фирм производителей: Promesh Anat T «Peters» 11,4 x 15,6 см., 3D MAX LIGHT Mesh «BARD» 10,3 x 15,7 см, имеющих конфигурацию и изгибы, соответствующие анатомии паховой области и Prolene «Ethicon» 10 x 15 см.

Результаты и обсуждение. Троякары устанавливали по стандартной методике: первый, оптический 10 мм под пупком, второй 5 мм по средней линии между лоном и пупком, и третий 5-ти или 10-ти мм в одной из подвздошных областей. Полость в предбрюшинном пространстве формировали без баллонной диссекции. В 5 (23,8%) случаях во время выделения грыжевого мешка из пахового канала происходил надрыв брюшины. В таких случаях устанавливали в брюшную полость иглу Вереша для избежания напряжённого пневмоперитонеума, а дефект в брюшине ушивали нитью Vicryl 3/0 «Ethicon». В 2 (9,5%) случаях были конверсии в операцию Лихтенштейна в связи с трудностями выделения грыжевого мешка из пахового канала. Один из оперированных нами пациент ранее перенёс аппендэктомию. Это создало определённые трудности при диссекции в предбрюшин-



ном пространстве при правосторонней паховой грыже. Фиксацию сетчатых протезов выполняли герниостеплером Protack (Covidien) тремя таперами (к Куперовой связке и поперечной фасции в области прямой и поперечной мышц). В одном случае оставляли дренаж в предбрюшинном пространстве для контроля гемостаза на одни сутки. Обезболивание в послеоперационном периоде проводилось в течение 2-х суток, причём наркотическими анальгетиками – однократно в день операции. У 3-х пациентов с прямыми паховыми грыжами в послеоперационном периоде диагностирована серома в проекции медиальной паховой ямки, которая в ходе динамического наблюдения в течении одного месяца самостоятельно регрессировала и не потребовала каких-либо вмешательств. Ещё у одного пациента в течение 3-х месяцев был умеренный болевой синдром в паховой области. Лучевые методы диагностики деформации и смещения сетки не выявили. Болевой синдром самостоятельно купирован. При наблюдении за нашими пациентами в течение 5-ти лет, рецидивов грыж не выявлено, качество жизни хорошее.

Заключение. На сегодняшний день можно констатировать, что ТЕР является надежным миниинвазивным и относительно безопасным методом хирургического лечения паховых грыж, обеспечивая выполнение двух основных условий надежной пластики: укрепление задней стенки пахового канала с перекрытием всех «слабых» зон со стороны воздействия внутрибрюшного давления и использование способа пластики без натяжения тканей. Также к достоинствам ТЕР следует отнести возможность конверсии в трансабдоминальную преперитонеальную герниопластику или в операцию Лихтенштейна, отсутствие вероятности развития спаечного процесса в брюшной полости, минимальный болевой синдром, короткий период нетрудоспособности и хороший косметический эффект.

241. РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Семенов Д.Ю., Поташов Л.В., Кудреватых И.П., Щетинин В.Н., Османов З.Х., Полиглоттов О.В., Барышникова В.В., Богданов А.П., Малахова Т.В., Бубнова Е.В., Ребров А.А., Каменская О.В., Беленькая Е.И.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», кафедра хирургии общей с клиникой, НИИ хирургии и неотложной медицины.

Актуальность. Неизменный рост заболеваемости ЖКБ ведет к увеличению количества осложненных ее форм, среди которых ведущее место занимает холедохолитиаз, что заставляет считать проблему лечения данной патологии одной из важнейших в гепатобилиарной хирургии. С накоплением опыта как мирового, так и собственного, остаются дискуссионными следующие вопросы: эндоскопические вмешательства при дивертикулах зоны БДС, оптимальная длина ЭПСТ, тактика лечения холедохолитиаза при крупных и вклиненных конкрементах БДС, роль эндоскопии у больных с холангитом и в послеоперационном периоде у пациентов с ЖКБ. Цель. Оценка результатов лечения осложненных форм ЖКБ на основе собственного 30-летнего опыта.

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ с 1986г. по 2016г. историй болезней 1056 пациентов, которым проводились эндоскопические вмешательства по поводу патологии панкреатобилиарной зоны. Этим пациентам выполнялись ЭРХПГ, ЭПСТ, литэкстракция, литотрипсия, билиарное стентирование, интраоперационная холедохоскопия. Холедохоскопия выполнялась классическим доступом во время лапаротомии и холедохотомии, а также во время ЛХЭ через троакар.

Результаты. Показаниями для эндоскопических ретроградных вмешательств являлись наличие клинической картины механической желтухи у пациентов при поступлении и в анамнезе, выявленные признаки холедохолитиаза при УЗИ органов брюшной полости, МРХПГ. За исследуемый период у 1056 больных ЖКБ был подтвержден холедохолитиаз, причем у 13, 8% (145) от количества больных при дуоденоскопии выявлены дивертикулы зоны БДС. У 75% этих больных дивертикулы являлись перипапиллярными, в связи с чем проведение ретродуоденальных вмешательств сопровождалось с техническими трудностями. В



15 случаях (10.3%) не удалось выполнить папиллотомию по причине интрадивертикулярного расположения Фатерова сосочка. С 1986г. по 1996г. ЭПСТ проводилось на максимально возможную длину, на всю протяженность продольной складки, при этом доля осложнений составляла 7,6%. В 1996г. с началом применения механического литотриптора появилась возможность проведения литотрипсии крупных конкрементов. Это привело к осознанию того, что выполнять максимальную папиллотомию нет необходимости, тем более что она, несет в себе риск известных осложнений. А парциальная или частичная ЭПСТ, несмотря на умеренную длину разреза, позволяет выполнять санацию гепатокхоледаха в полном объеме, уменьшая количество осложнений до 1,5%. Из общего количества больных холедохолитиазом 87.8% (921) выполнялась эндоскопическая литэкстракция и 12.2% (135) механическая литотрипсия. В случаях, когда в анамнезе у пациентов имелись повторные приступы желчной колики, мелкие конкременты желчного пузыря и при дуоденоскопии невозможно было произвести канюляцию папиллы, состояние расценивалось как папиллостеноз. У пациентов с подозрением на билиарный панкреатит выполнялась экстренная дуоденоскопия и при признаках вклинения конкремента в БДС выполнялась экстренная ЭПСТ неканюляционным способом. Таких пациентов было 45. У пациентов с клинической картиной холангита выполнялась дуоденоскопия, ЭПСТ и назобилиарное дренирование. ЭРХПГ с окончательной санацией гепатокхоледаха выполнялось после купирования явлений холангита. К такой тактике мы пришли после 3 неудачных случаев, когда при сохранении клинико-лабораторной картины холангита мы производили ретроградные вмешательства с контрастированием желчевыводящего дерева, что приводило к прогрессированию восходящего холангита с формированием микроабсцессов печени, в сложных случаях – билиарному сепсису. В 210 случаях, когда на дооперационном этапе разрешить холедохолитиаз не удалось, выполнялась интраоперационная холедохоскопия, преимущественно классическим способом. Холедохолитиаз во всех случаях был подтвержден и разрешен, как хирургическим способом, так и эндоскопической литэкстракцией и литотрипсией. У 16 пациентов холедохоскопию выполняли во время ЛХЭ через троакарный доступ. За 30 лет опыта выполнения холецистэктомии у 20 пациентов отмечалось желчеистечение в раннем послеоперационном периоде, которое потребовало эндоскопического пособия. Так в 15 случаях мы ограничились выполнением ЭПСТ, 6-ым через неделю было выполнено стентирование гепатокхоледаха, причем в 1 случае с раздельным стентированием долевых

желчных протоков. При фиксированном конкременте в дистальном отделе холедоха выполнение ретроградных вмешательств часто становится невозможным. Тогда мы прибегали к проведению контактной ударноволновой литотрипсии под визуальным контролем. Доступ осуществлялся в 3 случаях чрескожно-чреспечечно, в 2 случаях через желчный пузырь. «Петлевой» доступ для ретроградных вмешательств нами использовался в 7 случаях. Это группа пациентов с рецидивным холангиолитиазом, у которых после наложения гепатико- и бигепатико-анастомоза формировалась стриктура зоны анастомоза. У таких больных фиксация петли тонкой кишки к передней брюшной стенке в известном месте в отдаленном послеоперационном периоде позволяет получить доступ к зоне билиодигестивного соустья с возможностью выполнения бужирования, баллонной дилатации анастомоза, литэкстракции и механической литотрипсии конкрементов.

Выводы. При лечении холедохолитиаза эндоскопические ретроградные вмешательства были эффективны в 80.2%. В 19.8% ЭРХПГ было неэффективным. В этих случаях потребовалось хирургическое пособие, при котором выполнялась интраоперационная холедохоскопия, что позволило выполнить во всех случаях санацию желчевыводящего дерева в полном объеме.

242. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Эгамов Ю.С.(1), Азимов С.А.(2), Эгамов Б.Ю.(1)

Андижан, 2) Самарканд. Узбекистан

АндГосМИ

Острая спаечная кишечная непроходимость довольно распространенное и тяжелое заболевание, требующее экстренного оперативного вмешательства.

Целью работы является снижение риска рецидива болезни, повышение уровня профилактики спаечной кишечной непроходимости с помощью современных методов лечения. Задачами исследования являются совершенствование лапароскопической диагностики лечения спаечной кишечной непроходимости; совершенствование профилактики пареза кишечника в послеоперационном периоде; оценка эффективности применяемых методов. Лапароскопическое рассечение спаек, санация и дренирование брюшной полости произведены всем 54 пациентам основной группы. Нами рекомендован комплекс предопераци-



онного обследования больных со спаечной болезнью, осложненной перитонитом, включающий общий анализ крови и мочи, биохимию крови, обзорную контрастную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости и измерение внутрибрюшного давления. В ходе выполнения лапароскопического рассечения спаек (ЛРС), санации и дренирования брюшной полости, интраперитонеально, у наших пациентов не было осложнения. После завершения оперативного вмешательства для профилактики спайкообразования в брюшную полость вводились: реополиглюкин 400 мл + лидаз 64 ЕД + гепарин 5000 ед. В послеоперационном периоде, на 3 – 4 сутки в стационаре назначали электрофорез с контрадуксом, в виде геля (5 – 7 сеансов) в области послеоперационной раны. В амбулаторных условиях электрофорез с контрадуксом на переднюю брюшную стенку назначался в течение 15 дней, длительность сеансов на протяжении курса увеличивалась с 5 до 15 минут. 17 больным со спаечной кишечной непроходимостью из-за некроза кишечника была проведена лапаротомия, 3-м больным - резекция некротического участка кишечника и анастомоз «конец в бок» инвагинационным методом. Таким образом, выполнение лапароскопического рассечения спаек и санация брюшной полости позволяет не только устранить причину развития спаечной кишечной непроходимости, но и является эффективным методом профилактики спаечной болезни, после хирургического вмешательства. Метод полностью отвечает требованиям эстетической, и косметической хирургии. Он предотвращает рецидив спайкообразования.

243.ЭНДОБРОНХОУЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЛИМФОУЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ.

*Киселёв И.Л., Сычёв В.Г., Беленцов В.И.,
Подольская Е.А., Подольский В.В., Пойдашев К.Ю.,
Каменева Е.А., Литовка А.А., Широбокова Ю.Ю.*

Курск

ОБУЗ "Курский областной клинический
онкологический диспансер"

Актуальность. Патология лимфоузлов средостения наиболее часто выявляется при компьютерной томографии (КТ) или магнито-резонансной томографии (МРТ). Для морфологической верификации процесса выполняются: торакотомия, торакоскопия, медиастиноскопия. Это довольно инвазивные манипуляции, тяжело переносимые

ослабленными, с сопутствующей соматической патологией, больными. В диагностическом арсенале при патологии средостения появился новый метод исследования- эндобронхоультрасонография (ЭБУС), который даёт возможность оценить состояние лимфатических коллекторов средостения, получить морфологический материал для дифференциальной диагностики, определить дальнейшую диагностическую и лечебную тактику.

Цель. Проанализировать работу эндобронхоультрасонографического кабинета за 1 год в плане дообследования пациентов с патологией лимфоузлов средостения.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 38 пациентов, перенесших ЭБУС с 1.10.2015 г. 30.09.2016 г. Исследования проводилось на видеостойке EVIS EXERA III «Olympus» с ультразвуковым центром EM-1 аппаратом BF UC 180 F под местной анестезией спреем 10% раствора лидокаина и орошением 10 мл 2% раствора лидокаина. Перед исследованием выполнялась премедикация 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата подкожно и 1 мл 1% раствора димедрола внутримышечно. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) производилась иглой «Olympus» 22G. Полученные результаты. Структура патологии обследованных пациентов: рак лёгкого - 22 (57,5%), лимфома - 3 (8%), воспаление - 4 (10,5%), саркоидоз - 4 (10,5%), рак пищевода - 1 (3%) случай. Неизменённое средостение выявлено у 4 (10,5%) пациентов. В 28 случаях произведена ТАБ. Показаниями к пункции были: наличие эндобронхоультрасонографических признаков опухолевого поражения лимфоузлов, отсутствие интерпозиции крупных сосудов на планируемом пути иглы. Процедуру больные переносили хорошо. Самостоятельно возвращались в палату под присмотром медицинского персонала. Осложнений не наблюдалось. В период после манипуляции проводилась профилактическая гемостатическая терапия и антибиотикотерапия.

Выводы. Эндобронхоультрасонографии занимает важное место в диагностическом процессе при обследовании больных с патологией лимфоузлов средостения. Перспективами развитие данного вида деятельности является введение трепанобиопсии лимфоузлов средостения, разработка показаний и организация ЭБУС в амбулаторных условиях.



244. РОЛЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ В РАЗВИТИИ НОВЫХ ФОРМ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

*Совцов С.А.(2), Федоров А.В.(1),
Таривердиев М.Л.(1)*

Москва 2. Челябинск

Ощероссийская Общественная Организация
"Российское общество хирургов"

Как известно, при реформировании непрерывного медицинского образования (НМО), стали использоваться новые его формы. Так, требуемый ежегодный период образования - 50 часов разделен на две части – вузовская – 36 часов и вневузовская -14 часов. Вневузовский компонент обучения может быть «заработан» при участии самого врача хирурга в работе различных конгрессов, съездов конференций, Школ хирургов и других учебных мероприятий (УМ), которые имеют соответствующую аккредитацию и на них выдаются сертификаты участника мероприятия с указанием количества образовательных баллов-кредитов. Российское общество хирургов (РОХ) имеет достаточно широкие возможности активного участия самих врачей специалистов в системе НМО: 1. Участие в научно-практических мероприятиях, аккредитованных РОХ, заседаниях региональных обществ хирургов. В настоящее время, при проведении практически всех крупных научно-практических мероприятий (Съезд хирургов России, Национальный хирургический конгресс, конференции, симпозиумы и т.п.) они проходят обязательную аккредитацию в качестве УМ, при проведении которых предусмотрены получение новых практических навыков и умений, которые оцениваются в зачетных единицах (ЗЕТ) с указанием их числа в сертификате участника. С другой стороны, перечень этих навыков и умений тесно согласуется с их списком, разрабатываемым сейчас аккредитационными центрами, которые будут использоваться при вторичной аккредитации врачей хирургов. 2. Участие в региональной Школе хирургии РОХ. Комитет по образованию Общества рекомендует организационному комитету региональной Школы брать за основу их тематику разработанные и утвержденные съездом хирургов Национальные клинические рекомендации, которые включены так же в Рубрикатор НКР Минздрава России. Суть Школы хирургов РОХ состоит в том, что Экспертным советом РОХ создаются и утверждаются программы Школы по наиболее актуальным вопросам хирургии, причем

при создании каждой программы применяется мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов нехирургического профиля, принимающим участие в лечебном процессе по конкретной нозологии. Программы реализуются под эгидой Общества одновременно в разных регионах страны. Это позволяет в сжатый срок (в течение одного лекционно-практического дня) дать слушателям наиболее оптимальный набор знаний и навыков по актуальной хирургической проблеме, снабдив их также высокоэффективными методическими материалами для дальнейшей работы. По окончании обучения в Школе каждому слушателю выдается временный сертификат участника с присвоением ему индивидуального кода, по которому в течении ближайших 10 дней можно пройти на Портале НМО РОХ отложенное тестирование по полученным знаниям в Школе. При правильном ответе более чем на 70% вопросов врач хирург получает итоговый сертификат участника Школы по хирургии, с указанием числа ЗЕТ для последующего представления в комиссию по аккредитации врача-специалиста. Эта процедура позволяет объективизировать контроль полученных знаний и умений и активно использовать их в своей клинической практике. 3. Участие в дистанционных программах РОХ и ее партнеров. Для этого, Обществом начата работа по использованию электронных образовательных модулей в НМО. В состав такого учебного компонента входят: 1. Конкретная НКР по тематике модуля; 2. Электронный образовательный модуль по этой же патологии, размещенный на сайте <http://www.edu.rosminzdrav.ru> и или разработанный и аккредитованный РОХ; 3. Многоуровневая ситуационная задача; 4. Учебный видеоролик, посвященный диагностике и лечению этого заболевания. Итоговый контроль предполагает, как правило, проведение итогового тестирования. 4. Участие в программе «Хирургический практикум». Программа рассчитана на помощь совершенствованию в хирургии под руководством опытных наставников в ведущих клиниках страны. Как правило, она рассчитана на молодых специалистов и хирургов, проходящих обучение в ординатуре, что является особенно актуально в последние годы. По существу, этот новый вариант использования института наставничества, который ранее был достаточно широко распространен у нас в стране. По мнению РОХ он позволит овладеть новейшими хирургическими технологиями и принять участие в операциях, в клиниках, участвующих в программе «Хирургический практикум». Это дает возможность опытным практическим врачам – специалистам более эффективно передавать свой опыт хирургической молодежи. 5. Участие в клинических мастер-классах РОХ и РОЭХ. Как правило, эти УМ проводятся в рамках крупных



научных проектов- конгрессах, съездах, симпозиумов, а так же Школ РОХ по хирургии. Преподавателями на них являются ведущие профессора страны, которые проводят показательные операции, транслируемые из операционных в зал заседания в режиме «on line», позволяющий обсуждать конкретные интраоперационные ситуации и отвечать на все интересующие вопросы из зала. 6.Обучение в ведущих учебных центрах. В настоящее время, при крупных клинических, учебных и научных учреждениях страны созданы Образовательные центры (например, PRAXI MEDICA 1 МГМУ им. И.М.Сеченова, Учебный центр инновационных медицинских технологий РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Учебный центр в больнице им. С.П.Боткина в Москве и ряд других). В них, помимо реализации ВУЗовских образовательных программ, проводятся и УМ по линии общественных не коммерческих профессиональных организаций, информация о которых размещена на Портале НМО РОХ. 7. В существующем законодательстве четко прописано, что право разрабатывать учебные программы имеют лишь организации, имеющие лицензию на образовательную деятельность. Однако, в Федеральном законе №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст.76 в п. 2. указано, что «... профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке ... программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников». На основании этого, РОХ совместно с Российским обществом эндоскопических хирургов и Российским обществом симуляционного обучения в медицине разработала учебную программу по освоению 10 основных практических навыков в лапароскопической хирургии «БЭСТА». Ее реализация осуществляется как в ведущих учебных центрах страны, так и на УМ в рамках проводимых РОХ крупных научно-практических форумов. Кроме этого, данная программа позволяет осуществлять и реальную подготовку к предстоящей аккредитации врачей хирургов, во время которой предусмотрена оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях, в том числе с использованием симуляционного оборудования (тренажеров и (или) манекенов) и (или) привлечением стандартизированных пациентов, которая проводится путем оценивания правильности и последовательности выполнения аккредитуемым не менее 5 практических заданий. Таким образом, в последние годы своей работы РОХ существенно повысило свою образовательную деятельность, направленную, в первую очередь, на возможность активного участия врача-хирурга в повышении своей профессиональной компетенции, что в свою очередь, спо-

собствует повышению качества лечения больных с хирургическими заболеваниями.

245.ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

Голомидов А.Н.(1), Кондратюк Э.Р.(2)

Симферополь

(1)ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6».

(2)КФУ им. В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени С.И.Георгиевского

Цель исследования: Изучить генерализованные воспалительные реакции у больных с заболеваниями, входящими в группу «острый живот», осложненные перитонитом. Материалы и методы: Проведен ретроспективный и проспективный анализ 80 историй болезней больных («острый живот», осложненный перитонитом), находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6».

Результаты: Причиной перитонита был: острый аппендицит – 25%, холецистит – 11,25%, перфорация язвы – 35%, острая кишечная непроходимость – 3,75%, панкреатит – 3,75%, перфорация полого органа не язвенной этиологии – 15%, полиэтиологичность – 6,25%. Летальность составила 7,5%. Развитие генерализованных воспалительных реакций отмечено нами у 31,25% больных. Чаще всего сепсис развивался у пациентов с панкреонекрозом – 24%, Среди пациентов с аппендицитом, острой кишечной непроходимостью и перфорацией толстой кишки (различной этиологии) сепсис развивался поровну – в 12%, чаще (20%) при холецистите и перфорации язвы желудка или 12перстной кишки. Генерализованная воспалительная реакция протекала у больных с панкреонекрозом и перфорацией толстой кишки наиболее тяжело.

Выводы: Сепсис может развиваться при любой острой патологии органов брюшной полости, а наиболее тяжелые проявления генерализованной воспалительной реакции следует ожидать при панкреонекрозе и заболеваниях толстой кишки.



246. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Голомидов А.Н.(1), Кондратюк Э.Р.(2),
Аблаев Э.Э.(2)

Симферополь

(1)ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6».
(2)КФУ им. В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени С.И.Георгиевского

По данным отечественной и зарубежной литературы частота инфекционных осложнений у больных с разлитым перитонитом достигает 55%.

Цель исследования: изучить факторы риска развития инфекционных осложнений у больных с разлитым перитонитом.

Материалы и методы: В основу исследования положены результаты лечения 78 пациентов с разлитым перитонитом. Тяжесть перитонита и его прогноз оценивали на основании расчётного индекса Мангеймера, динамики лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации и уровня средних молекул.

Результаты: I группу Мангеймера составили 42 пациента, II – 16 и III – 20. Послеоперационные инфекционные осложнения развились у 38 (49%) больных. Наиболее часто инфекционные осложнения развивались у пациентов старше 55 лет (53%). Послеоперационные инфекционные осложнения развивались после операций по поводу перфорации опухолей толстой кишки (21%), ущемлённой грыжи (18,4%), проникающих ранениях живота (16%) и абсцессах брюшной полости (13%). Инфекции нижних дыхательных путей в структуре послеоперационных осложнений играли ведущую роль (пневмония осложнила течение послеоперационного периода у 16 (42%) больных). В первую неделю после операции было отмечено 10 случаев послеоперационных пневмоний. Причем развитие последних было закономерно выше у больных с более тяжёлым перитонитом (II и III группа), а развивались они в более ранние сроки (в среднем на 7,2 и 4,3 сут., соответственно, против 18 сут. в I группе). Интраабдоминальные гнойные осложнения развились у 22 (58%) больных, в том числе послеоперационный перитонит – у 15 (39,4%), абсцессы брюшной полости – у 7 (18,4%) пациентов. Частота их встречаемости во II и III группах более чем в 3 раза превосходила уровень этих осложнений в I группе. Причинами послеоперационного перитонита были не устраненная интраабдоминальная инфекция (первые 13 наблюдений), а

также нарушения микроциркуляции в кишечной стенке и технические погрешности оперирования (по 1 наблюдению). Нагноение операционной раны было отмечено у 28 (74%) больных. Частота инфекции мочевыводящих путей, по нашим данным, была невысокой – всего 2,6%. Сепсис, осложнивший течение послеоперационного периода у 2,6% пациентов, наблюдался при тяжёлой форме внутрибрюшной инфекции.

Выводы: Факторами риска развития послеоперационных инфекционных осложнений были: величина индекса Мангеймера более 20, источник перитонита – нижние отделы желудочно-кишечного тракта, длительность искусственной вентиляции легких более 8 часов (пребывание в отделении реанимации более суток), сочетание сопутствующих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем, ожирение, сахарный диабет, алкоголизм и наркомания. Пациенты с разлитым перитонитом, с индексом Мангеймера больше 30 и обладающие одним или несколькими такими факторами, нуждаются в коррекции антибиотикотерапии и экстракорпоральных методах детоксикации для предупреждения развития синдрома полиорганной недостаточности и септического шока.

247. РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В УРГЕНТНОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Голомидов А.Н.(1), Каракаш Д.М. (1),
Кондратюк Э.Р.(2)

Симферополь

(1)ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6», Хирургическое отделение № 1. (2)КФУ им. В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени С.И.Георгиевского

Цель исследования: изучить возможности видеоторакоscопии в ургентной торакальной хирургии.

Материалы и методы: За период с 2010 г. по 2016г. в хирургическом отделении № 1 ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6» было выполнено 34 диагностических видеоторакоscопий. Операция выполнялась на видеостойках фирмы Storz под общим обезболиванием с интубацией трубкой Карленса и отдельной вентиляцией. Мужчин было 20, женщин – 14, средний возраст составил 52,7 года (от 18 до 87 лет).

Результаты: При наличии гемоторакса видимость была очень плохой, так как жидкая кровь и сгустки поглощают много света, но при разбавлении



содержимого изотоническим раствором хлорида натрия видимость улучшается. Кроме того, заполнение изотоническим раствором плевральной полости позволяло по выделению воздуха легко обнаружить раны легкого. Ревизию плевральной полости выполняли в такой последовательности: при отсутствии признаков продолжающегося интенсивного кровотечения из раны грудной стенки после эвакуации крови и сгустков сначала осматривали перикард, затем средостение и корень легкого; производили ревизию диафрагмы; проводили ревизию легкого и грудной стенки. Если при ревизии обнаружены признаки повреждения сердца или магистральных сосудов средостения, корня легкого, попытки торакоскопического вмешательства прекращались и переходили на конверсию (торакотомный доступ). При инструментальной ревизии раны легкого определяли глубину и направление раневого канала, оценивали отношение раневого канала к элементам корня, определяли поступление крови и воздуха. Инструментальную ревизию ран легкого надо осуществлять мягким эндохирургическим зажимом. Торакоскопическая ревизия ран глубиной более 1,5 см, расположенных в прикорневой зоне или в проекции корня, опасна. В случае глубоких ран с интенсивным кровотечением, поступлением воздуха, с наличием напряженной внутрилегочной гематомы расширяли доступ до мини-торакотомии, выполненной в наиболее удобной для манипуляций проекции раны легкого на грудную стенку. У 26 больных выявлен посттравматический гемоторакс и гемопневмоторакс различных сроков давности. В 8 случаях диагностирован спонтанный пневмоторакс (у 3 буллезная эмфизема легких, в 1 случае отрыв легочно-плевральной спайки, у 2 перфорация кисты легкого и у 2 (%) больных причину пневмоторакса выявить не удалось. Применение унифицированной методики оперативной видеоторакопии позволяло снизить количество торакотомий в 2 раза, послеоперационных осложнений на 56,2%, послеоперационной летальности – на 30%, а также сократить сроки стационарного лечения в среднем на 4,7 дня, временной нетрудоспособности – на 11,2 дня. Видеоторакопия при ранениях груди является прерогативой не эндоскописта, а хирурга с опытом как в ургентной торакальной хирургии, так и в эндоскопической хирургии. Более того, применение видеоторакопии при сочетанных ранениях груди и живота требует наличия опытной хирургической бригады, необходимого оборудования и инструментария для выполнения торакотомии, а при необходимости — и лапаротомии. Выводы: Видеоторакопия позволяет решить основные задачи операции при проникающих ранениях груди: диагностировать анатомический ха-

рактер травмы, восстановить герметичность легкого, устранить внутриплевральное кровотечение и гемоторакс. Несмотря на то, что торакоскопия занимает больше времени и стоит дороже, она легко переносится пациентами, резко сокращает длительность стационарного лечения и исключает осложнения, связанные с торакотомией (насильственное расширение ребер, большая площадь контаминации мягких тканей и т. д.). Однако она не заменяет традиционную хирургическую технику у пациентов с абсолютными показаниями к торакотомии и при гемодинамической нестабильности пациентов.

248. ПОЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

*Каракаш Д.М.(1), Гаптракипов Э.Х.(1),
Кондратюк Э.Р.(2), Горов В.С.(2)*

Симферополь

- (1) ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6», Хирургическое отделение № 1.
- (2) КФУ им. В.И.Вернадского, МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени С.И.Георгиевского

В настоящее время частота сочетанных и множественных повреждений в структуре травм мирного времени увеличилась вдвое. Сочетанные повреждения среди стационарных больных хирургического и травматологических отделений больниц составляет в среднем 15—20%. Травматологам, хирургам, реаниматологам, анестезиологам все чаще приходится решать сложные вопросы диагностики и лечения больных с сочетанными повреждениями в связи с высокой летальностью, как на догоспитальном этапе, так и в стационаре. Согласно клиническому протоколу по политравме, сочетанная травма это повреждение внутренних органов различных полостей, совместные травмы внутренних органов и опорно-двигательной системы, совместная травма опорно-двигательного аппарата и магистральных сосудов и нервов. Цель исследования. Обоснование выбора последовательной хирургической тактики ведения больных с сочетанной травмой.

Материалы и методы. На протяжении 2014-2016 гг. на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Симферопольская клиническая больница скорой медицинской помощи №6» было исследовано 48 случаев сочетанной травмы. Транспортная травма в 80% случаев имела сочетанный характер (мото-



циклетная и автомобильная травма). За исследуемый период времени не было ни одного случая железнодорожной травмы и травмы от гусеничного транспорта. Отмечались переломы костей верхних и нижних конечностей, ребер, таза с кровоизлиянием в мягкие ткани. Переломы костей в 6 % случаев сочетались с травмой органов груди, в половине случаев - с травмой органов живота, в 23 % с травмой обеих полостей тела. Наряду с прямым повреждением внутренних органов имело место и опосредованное повреждение в ряде наблюдений. Помощь при сочетанных травмах проводили последовательно начиная с реанимационных мероприятий (восстановление сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности) и неотложных хирургических операций (остановка внутрибрюшного кровотечения, устранение повреждений внутренних органов, остановка наружного кровотечения, иммобилизация поврежденных сегментов). Заключительным этапом было оперативное или консервативное лечение переломов конечностей. Показанием к операции на нижних конечностях были повреждение крупных сосудов, открытые переломы. При благоприятном исходе операций на органах живота и грудной клетки переходили к необходимым операциям для верхних и нижних конечностях.

Выводы: 1) Сочетанная травма опорно-двигательного аппарата и органов грудной и брюшной полостей встречается в 80% транспортной травмы. 2) Тяжесть сочетанной травмы в большинстве случаев, а также тактика лечения пострадавших с сочетанной травмой определяется массивностью повреждений внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

249. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ РОХ В АККРЕДИТАЦИИ И НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГОВ

*Федоров А.В.(1), Совцов С.А.(2),
Таривердиев М.Л.(1)*

Москва 2. Челябинск

ООО "Российское общество хирургов"

В настоящее время у нас в стране идет активная фаза подготовки к реализации процедуры аккредитации врачей специалистов, в том числе и хирургов. В созданных Министерством здравоохранения страны нормативных документах по этой проблеме, выделяют три вида аккредитации: первичная (после окончания ВУЗа), первичная специ-

ализированная (после окончания ординатуры ; специалистов, освоивших новую квалификацию или врачей, получивших новый навык в рамках своей квалификации (специальности) и повторная аккредитация специалистов, уже осуществляющих свою профессиональную деятельность. Для начала реализации прохождения аккредитации, каждому врачу-хирургу, прошедшему последнее обучения после января 2016 г., необходимо на Портале НМО Минздрава России создать личный кабинет. В нем предусмотрено : 1. Создание индивидуальных траекторий обучения (одной или нескольких) и формирование индивидуального плана обучения; 2. Выбор различных видов образовательной активности, форм обучения и провайдеров образовательных услуг; 3. Контроль выполнения индивидуального плана (образовательное портфолио). По введенной в 2016 г. новой системе непрерывного медицинского образования всем хирургам , которые в 2016 году прошли сертификацию, уже в этом текущем году необходимо начинать набирать 14 баллов НМО (вне вузовский компонент) и пройти 36 часовой цикл (вузовский компонент) и до 2021 года набрать в общей сумме 250 баллов , которые будут документально подтверждены в пакете документов (портфолио), представляемых в комиссию по аккредитации врача-специалиста. Без представления документов о набранных за последние 5 лет 250 образовательных баллов, врач не допускается к прохождению аккредитации. Структура аккредитационного экзамена представляет собой : 1. Тестирование; 2. Решение ситуационных задач ;3. Оценка практических навыков (умений). Роль Общества в новых условиях заключается в организации и аккредитации образовательных мероприятий, проводимых РОХ , активное участие в проведении сетевых и симуляционных формах непрерывного медицинского образования с участием РОХ и ассоциированными с ней профессиональными объединениями; назначение экспертов и проведение экспертной оценки проводимых мероприятий и представляемых для этого необходимых материалов. В помощь членам РОХ на его сайте создан Портал НМО, на котором отражены все необходимые компоненты для участия хирургов в образовательных программах РОХ. Сюда входит: участие специалистов в научно-практических мероприятиях, аккредитованных РОХ, заседаниях региональных обществ хирургов; участие в Школе хирургии РОХ; участие в дистанционных программах РОХ и ее партнеров; участие в программе наставничества «Хирургический практикум»; участие в клинических мастер-классах РОХ и РОЭХ; обучение в ведущих учебных и клинических центрах. Активное участие врача в перечисленных проектах, проводимых РОХ, позволяет в разной форме получить необходимые знания и



умения, необходимые ему в своей клинической практике, а так же «заработать» (в прямом смысле этого слова) необходимые ежегодные 14 зачетных баллов, которые потребуется при прохождении аккредитации.

250. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ПУНКЦИОННО- ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

*Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В.,
Жилин С.А., Амбарцумян В.М., Леонов А.И.,
Дементьев А.П., Старикова Н.С.*

Великий Новгород

Клиника № 1 Центральной городской
клинической больницы

Актуальность проблемы: В настоящее время острый панкреатит вышел на третье среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. Примерно у 25% больных острый панкреатит переходит в стадию деструктивных изменений, как самой ткани поджелудочной железы, так и окружающей парапанкреатической и параколической клетчатки с развитием в последующем гнойно-септических осложнений. Летальность при тяжелых формах острого панкреатита сохраняется на уровне 40-60% и не имеет отчетливой тенденции к снижению. Цель исследования: улучшить результаты лечения больных острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями на основе использования лапароскопической технологии и дифференцированного выбора пунктирно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвукового исследования в зависимости от стадии и формы патологических изменений в поджелудочной железе.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 695 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении Клиники № 1 Центральной городской клинической больницы Великого Новгорода с 2011 по 2016 годы. Из общего числа больных оперировано 158 пациентов (22,7%). В период с 2011 по 2014 годы среди 470 больных оперировано 92 (19,6%), при этом лапаротомные вмешательства использовались у 76 больных (82,6%), а лапароскопия применялась у 16 пациентов (17,4%). Начиная с 2015 года вектор направленности хирургических пособий при остром панкреатите сменился

в сторону использования малоинвазивных лапароскопических или пунктирно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ. За последние два года под наблюдением находилось 225 больных острым панкреатитом из них 66 было оперировано (29,3%), при этом у 60 пациентов (90,9%) выполнены малоинвазивные вмешательства, а лапаротомия проведена лишь у 6 больных (9,1%). Задачами лапароскопических вмешательств являлись: а) подтверждение диагноза острого панкреатита при сомнительных клинико-инструментальных данных или невозможности исключить другое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости; б) проведение санации и некрсеквестрэктомии в стадии гнойно-септических осложнений острого деструктивного панкреатита (как правило, 3-4 неделя от начала заболевания). Задачами пунктирно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ являлись санации скоплений асептического и гнойного экссудата в сальниковой сумке, парапанкреатической и параколической клетчатке. Лапароскопическая ревизия и санация брюшной полости выполнены у 32 (39,0%) из 82 больных перенесших малоинвазивные вмешательства. Показаниями к использованию эндовидеохирургического метода явились ферметативный перитонит при подтвержденном диагнозе панкреонекроза, а также случаи, когда причина перитонита была не ясна и больным выполняли диагностическую лапароскопию с подозрением на другую острую хирургическую патологию органов брюшной полости. При выполнении лапароскопического вмешательства у больных острым панкреатитом осуществляли аспирацию воспалительного экссудата и дренировали брюшную полость. Диагностическая и лечебная лапароскопия в начале манифестации явлений острого панкреатита проведена у 18 больных, при этом у 14 пациентов отмечена положительная динамика с регрессией явлений острого панкреатита и последующей выпиской больных на амбулаторное лечение без развития гнойно-септических осложнений. Другим показанием к лапароскопии являлась ревизия и санация гнойных очагов в стадии гнойно-септических осложнений. Она выполнена у 14 больных, при этом у 5 больных приходилось выполнять этапные лапароскопические санации гнойных очагов. Пунктирно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ осуществлены у 50 больных деструктивным панкреатитом, осложненным острыми жидкостными скоплениями в парапанкреатической и параколической клетчатке и постнекротическими кистами поджелудочной железы. Оперативные вмешательства проводили в операционной под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. Обычной на 3-4 неделе заболевания при развитии стадии секвестрации ви-



зуализировали образование жидкостных скоплений с нечеткой капсулой. Размеры кист от 6 до 12 см в диаметре с объемом от 115 до 900 мл. Локализация жидкостных скоплений была следующей: в области головки у 13 (26,0 %), тела - у 15 (30 %), в области хвоста поджелудочной железы у 22 (44,0 %). Пункцию и дренирование кистозных образований проводили совместно с врачом ультразвукографистом, используя наборы для чрескожных вмешательств В.Г.Ившина с последующей активной аспирацией и ежедневным промыванием. Динамику течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке, регрессии кистозных образований отслеживали по клинико-лабораторным показателям, данным периодической ультразвуковой визуализации, дебиту дренажного отделяемого. Среди 50 больных, которым было произведено пункционно-дренажное лечение кистозных образований, в сроки от 2 до 6 месяцев у 38 пациентов удалось добиться излечения и дренажи были удалены. У 12 пациентов отмечены прогрессирование воспалительного процесса и рецидивы, в связи с чем, у 5 пациентов произведена лапароскопическая санация кистозных образований, трое больных были оперированы лапаротомным методом и у 4 больных произведено повторное дренирование кист под ультразвуковой навигацией. Среди 82 больных, перенесших малоинвазивные вмешательства при остром деструктивном панкреатите умерло 2 пациентов (2,4 %), в то время как среди 76 больных оперированных открытым, с чревосечением, методом скончались 7 пациентов (9,2 %). **Заключение:** Малоинвазивные лапароскопические и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ в лечении острого панкреатита и его осложнений позволяют в большинстве случаев добиться регрессии воспалительных изменений в поджелудочной железе и санации парапанкреатической и параколической клетчатки и снизить в четыре раза показатели послеоперационной летальности.

251. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОТКРЫТЫМ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДАМИ.

Мокрушина О.Г.(1,2), Разумовский А.Ю. (1,2), Шумихин В.С. (1,2), Щапов Н.Ф. (1,2), Гурская А.С.(2)

Москва

1) РНИМУ им. Н.И.Пирогова 2) ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова

Цель: сравнить результаты лечения новорожденных с дуоденальной обструкцией при выполнении открытой и лапароскопической коррекции порока. **Материалы и методы:** 152 пациента с высокой кишечной непроходимостью находились на лечении с 2007 по 2016 находилось на лечении. Всем детям проведена коррекция дуоденальной непроходимости. Из исследования исключены 7 пациентов, у которых в ближайшем послеоперационном периоде констатирован летальный исход. Из них: двое с массой тела менее 1000г, четверо - с критическими пороками сердца, один - с голопроэнцефалией. Операцией выбора у большинства пациентов с дуоденальной непроходимостью является операция выполнения ромбовидного анастомоза 12-перстной кишки. Однако, у 4 пациентов была выполнена мембранатомия. Эти пациенты так же исключены из нашей серии исследований. Таким образом сформирована когорта пациентов из 143 новорожденных, которым выполнено оперативное вмешательство (наложение ромбовидного дуоденального анастомоза) и проведен сравнительный анализ их лечения в послеоперационном периоде. Для проведения анализа сформированы две группы. Критерием разделения на группы выбрали способ операции. 1-ая группа - 73 пациентов, которым выполнена лапаротомия и наложение diamond-shape anastomosis. 2-ая группа - 70 пациентов, которым выполнена лапароскопия и эндоскопическое наложение diamond-shape anastomosis. В обеих группах для наложения анастомоза использовали монофиламентную нить 6/0, накладывали анастомоз отдельными узловыми швами.

Результаты: Интраоперационных осложнений, не встретилось в обеих группах. Во второй группе не было конверсий. Операционное время в первой группе $67 \pm 11,4$ мин, во второй группе $71 \pm 12,0$ мин. В послеоперационном периоде: в первой группе ИВЛ $2,3 \pm 0,8$ дней, во второй - $1,3 \pm 0,6$ дней. Старт энтеральной нагрузки, в среднем, в первой группе на $8,6 \pm 1,2$ день, во второй - на $5,1 \pm 1,2$ день.



Полностью энтеральное питание восстановлено в первой группе на 15,4±3,5 день, во второй группе – на 12,6±4,4 день. Послеоперационный период в первой группе составил 19,0±6,7 дней, во второй – 16,4±4,4 дней. Осложнения возникли в первой группе – у 9 пациентов (12,8%), во второй – у 1 пациента (1,3%). Осложнения в первой группе: несостоятельность анастомоза – 4 пациента (5,7%). Им выполнена релапаротомия, повторное наложение вторичных швов на анастомоз. Перфорация тонкой кишки вследствие ЯНЭК у 5 пациентов (7,5%). Им тоже выполнена релапаротомия, выведена энтеростома. После выздоровления через 3 и 4 недели энтеростомы закрыты у 4 пациентов. У одного ребенка (1,3%) из первой группы возник хилоперитонеум. Выполнен лапароцентез, лечение проводилось консервативно, используя энтеральную паузу и внутривенное введение сандостатина в течение 10 дней. Хилоторакс купирован, ребенку начата энтеральная нагрузка, через 12 дней – выписан домой. Во второй группе у одного ребенка (1,3%) возникла перфорация 12-перстной кишки на 5 послеоперационные сутки. Выполнена релапароскопия, наложены узловы швы. После повторной операции ребенок поправился и был выписан домой. В первой группе пациентов 4 детей (5,6%) умерли в отделенном послеоперационном периоде. Причиной неблагоприятного исхода были у 2 (2,8%) детей сопутствующие аномалии – критический порок сердца в первой группе, 2 (2,8%) генерализованная инфекция. Во второй группе умерло 3 детей (4,1%). Во всех случаях причиной неблагоприятных исходов было сопутствующая аномалия. У 2 (2,7%) – критический порок сердца, у 1 (1,4%) – бронхолегочная дисплазия у ребенка с МВПР и низкой массой тела при рождении. Все умершие дети с критическими пороками сердца в первой и второй группа имели синдром Дауна.

Выводы: лапароскопия может быть применена для коррекции дуоденальной обструкции. Лапароскопия не удлиняет операционное время. После лапароскопической операции сокращается длительность проведения ИВЛ. Это связано с меньшим болевым синдромом в послеоперационном периоде. После лапароскопической операции быстрее восстанавливается пассаж по кишечнику. Это позволяет начать раньше кормить ребенка и сократить время пребывания ребенка в больнице. В нашей серии мы отметили уменьшение количества послеоперационных осложнений после лапароскопической операции. Вид оперативного вмешательства не влияет на частоту возникновения неблагоприятных исходов от сопутствующих аномалий развития.

252. ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ДИАФРАГМЫ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

Мокрушина О.Г. (1,2), Разумовский А.Ю. (1,2), Афуков И.И. (1,2), Шумихин В.С. (1,2), Щапов Н.Ф. (1,2), Петрова Л.В. (2)

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И.Пирогова
- 2) ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова

Цель исследования: провести сравнительный анализ лечения новорожденных с обширными дефектами диафрагмы. Материалы и методы: В исследование включили 40 новорожденных с левосторонней ложной врожденной диафрагмальной грыжей, поступивших на лечение в 2008–2015 гг. в ДГКБ № 13 Н.Ф.Филатова (Москва). Критерием отбора для проведения анализа явилось применение имплантов для закрытия больших дефектов диафрагмы. Всем детям выполнили торакоскопическую пластику купола диафрагмы. В зависимости от типа материала пациенты поделены на две группы: в первую включили 16 детей, прооперированных с использованием импланта «Экофлон» (синтетический), во вторую – 24 ребенка, с использованием импланта Permascol (биологический). Изучали следующие показатели: продолжительность операции, продолжительность ИВЛ и число случаев использования высокочастотной ИВЛ (ВЧ ИВЛ), продолжительность гидроторакса и число случаев хилоторакса, начало энтеральной нагрузки и число случаев желудочно-пищеводного рефлюкса (ЖПР), число случаев рецидива и отторжения материала, а также число летальных исходов.

Результаты исследований: На фиксацию импланта из синтетического материала затрачивали больше времени, чем на выполнение заплаты из биологического материала: в среднем 144 («Экофлон») и 106 мин («Permascol») соответственно (р 0,05). Отсутствие статистически достоверной разницы в очередной раз доказывает, что послеоперационная летальность обусловлена не наличием дефекта в диафрагме, а тяжелым кардиореспираторным статусом пациентов, не купирующейся легочной гипертензией, т. е. летальный исход лечения – следствие гипоплазии легкого и тяжелого кардио-респираторного статуса, резистентного к какой-либо терапии.

Выводы: В нашем исследовании по исследуемым параметрам статистически значимых различий между синтетическим имплантационным материалом «Экофлон» и биологическим имплантаци-



онным материалом Permacol выявлено не было. Однако последний обладает рядом преимуществ при выполнении пластики обширных дефектов купола диафрагмы: при его использовании снижается продолжительность операции, возможна более ранняя энтеральная нагрузка и отсутствуют воспалительные реакции, вызываемые имплантом.

253. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Эгамов Ю.С., Исмоилов М.Ж., Эгамов Б.Ю.
Андижан. Узбекистан.

Андижанский Государственный медицинский институт

Лечение больных неспецифическим язвенным колитом – чрезвычайно сложная проблема, пути реализации которой должны вытекать из степени активности заболевания, распространенности и локализации процесса, наличия тех или иных осложнений.

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились в колопроктологическом отделении АГМИ за последние 10 лет находились 8299 больных: из них 2750 (33,1%) с геморроем, 1867 (22,5%) - анальной трещиной, 1538 (12,5%) - параректальным свищем и острым панкреатитом, 207 (2,5%) - выпадением прямой кишки, 459 (5,5%) больных с неспецифическим язвенным колитом и другие 1463 больных. Неспецифический язвенный колит встречался в возрасте от 18 до 66 лет. У большинства обследованных заболевание начиналось в возрасте до 30 лет (в 20-25 лет - у 33%, в 26-30 лет - у 39,5% больных). Диагноз формулировали следующим образом: 1. Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение средней тяжести с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения (28 больных). 2. Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение средней тяжести с поражением слепой и восходящего отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения (3 больных). 3. Неспецифический язвенный колит, острая форма, быстро прогрессирующее течение с тотальным поражением толстой кишки, токсическая дилатация кишки (14 больных). 4. Неспецифический язвенный колит, преимущественно проктосигмоидит, эрозивно-геморрагическая

форма с латентным течением, фаза ремиссии (34 больных). Хирургическое лечение проводили у 82 (17,7%) больных с различными осложнениями неспецифического язвенного колита: левосторонняя гемиколэктомия - у 51 больных; правосторонняя гемиколэктомия - у 3 больных; субтотальная колэктомия - у 18 больных; тотальная колэктомия у 10 больных. У 65 больных произведена одноэтапная операция с наложением транзверзо-ректоанастомоза. У остальных 17 больных восстановительные операции произведены через 5-7 месяцев.

Выводы: Таким образом, в результате наших наблюдений НЯК часто встречается в молодом возрасте и, особенно, у женщин. В комплексном лечении больных с НЯК широко ставится показание к оперативному лечению, что не должно довести до осложнения заболевания. Неспецифический язвенный колит – это тяжелое заболевание со сложным, во многих случаях труднообъяснимым механизмом развития, возникающее у лиц, как молодого, так и зрелого возраста, требует дальнейшего глубокого и всестороннего изучения, этого во многом загадочного и таинственного - заболевания.

254. РЕНТГЕН-АССИСТИРОВАННАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

*Тупыленко А.В., Лохматов М.М.,
Мурашкин Н.Н., Дьяконова Е.Ю., Петров Е.И.,
Суркова И.А., Максимова С.А.*

Москва

Федеральное государственное автономное учреждение "Национальный научно-практический центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Наследственный буллезный эпидермолиз (БЭ) это группа редких генетически и клинически гетерогенных заболеваний, характеризующихся образованием пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках в результате минимальной травмы. Согласно рекомендациям третьего международного согласительного совещания по диагностике и классификации буллезного эпидермолиза (2008 г.) и по пересмотру его в 2014 году различают:

- Простой БЭ (ПБЭ)
- Пограничный БЭ (ПоБЭ)
- Дистрофический БЭ (ДБЭ)
- Синдром Киндлера.

Стриктура пищевода возникает как осложнение основного заболевания у детей с дистрофическим



ким буллёзным эпидермолизом. В основе этиологии дистрофического буллёзного эпидермолиза лежит дефект гена COL7A1, который отвечает за синтез коллагена 7 типа в дермо-эпидермальном соединении кожи и в базальной пластинке слизистой оболочки. Слизистая оболочка пищевода у детей данной категории легко подвергается травматизации, в особенности при употреблении грубой, твёрдой или горячей пищи. Постоянная травма эпителия пищевода способствует возникновению пузыря, дефекта слизистой оболочки и хроническому воспалительному процессу, результатом которого является возникновение рубцовой стриктуры. Клинически это проявляется симптомами дисфагии и нарушением адекватного поступления необходимого количества питательных веществ в организм ребенка, что значительно сказывается на качестве жизни и его общем состоянии. В лечении данного осложнения в настоящее время с успехом применяется рентген-ассистированная баллонная дилатация в виду своей простоты исполнения, безопасности, эффективности и низкого риска возникновения осложнений. Однако сведения о применении данной методики достаточно скудны, что вероятнее всего объясняется редкой встречаемостью основного заболевания (по данным «Epidermolysis Bullosa Data System» составляет 66 детей в Англии и 18,5 детей в США на 1 млн. новорожденных, в Российской Федерации по мировой статистике около 4000 больных буллёзным эпидермолизом) Цель Оценить эффективность и безопасность баллонной дилатации как малоинвазивного хирургического метода лечения стриктур пищевода у детей с буллезным эпидермолизом.

Методы. Под нашим наблюдением находилось 22 ребенка, страдающих дистрофическим буллезным эпидермолизом, имеющих стриктуру пищевода, которым выполнена рентген-ассистированная баллонная дилатация. Работа проводилась на базе ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России с привлечением специалистов различного профиля. Статистическая обработка проводилась на базе программы Statistica 7.0 (США). Для оценки статистической значимости использовался критерий Стьюдента. Достоверным считалось различие с вероятностью не менее 95%.

255. МИКРОФЛОРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

*Андреев П.С., Давыдова О.Е., Каторкин С.Е.,
Исаев В.Р., Андреев И.С.*

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет», клиника
госпитальной хирургии

Актуальность. Важная роль отводится микрофлоре слизистой толстой кишки, поскольку у пациентов с обострением язвенного колита снижается барьерная функция толстой кишки, повышается вероятность гнойно-септических осложнений.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пациентов с обострением язвенного колита.

Материал и методы. У 98 пациентов (58 с тяжелой формой) с обострением язвенного колита из биоптатов слизистой оболочки толстой кишки выделено и идентифицировано 294 штамма грамотрицательных палочковидных бактерий. Преобладали штаммы Klebsiella и E. coli. с высокой чувствительностью к защищенным пенициллинам, карбапенемам, аминогликозидам, метрोगилу и низкой к цефалоспорином третьего поколения. Основной группе - 50 пациентов проводилось комплексное лечение с применением эндолимфатической (ЭЛТ) антибактериальной и иммуностимулирующей терапии. Контрольная группа – 48 пациентов получала общепринятое лечение. В обеих группах проводилась антибактериальная терапия с учетом чувствительности выделенной микрофлоры. Результаты. Оценка результатов лечения обеих групп пациентов основывалась на клинических, лабораторных, эндоскопических, рентгенологических, морфологических и микробиологических методах исследования. В связи с неэффективностью консервативной терапии в основной группе оперировано 8, а в контрольной группе – 10 пациентов. Чаще выполнялась колопроктэктомия. Летальных исходов не было, гнойно-септических осложнений у оперированных пациентов первой группы не отмечено. Во второй группе гнойно-септические осложнения выявлены у 3 пациентов. При сравнении пациентов обеих групп, лечившихся консервативно, эрадикация.



256.СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ, СВЯЗАННЫХ С ПРОТОКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г.,
Михайлова Е.А., Турянчик М.М.*

Санкт-Петербург

СПбГПМУ, СПбГБУЗ "Городская Мариинская
больница"

Введение. Современная тенденция в хирургии направлена на минимизацию агрессии при выполнении того или иного оперативного вмешательства. При осложненном течении постнекротических кист поджелудочной железы, полость которых связана с панкреатическим протоком, дренирующие операции, как традиционные, так и миниинвазивные, могут привести к формированию постоянного наружного панкреатического свища. Традиционные операции, направленные на формирования цистдигестивных или панкреатикодигестивных анастомозов отличаются травматичностью, высоким процентом послеоперационных осложнений, неминуемым нарушением топографоанатомических соотношений органов, окружающих поджелудочную железу, что нарушает физиологическое функционирование пищеварительной системы. Поиск новых методов разобщения полости постнекротической кисты и панкреатических протоков приоритетное направление развитие хирургии, которое невозможно без научно-технического прогресса в медицине и в парамедицинских отраслях. Цель: показать возможности миниинвазивных методов оперативного вмешательства под комбинированным визуальным контролем при лечении постнекротических кист поджелудочной железы, полость которых связана с протоковой системой.

Материал и методы. С 2006 по 2016гг в клинике Общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ миниинвазивные оперативные вмешательства по поводу псевдокист выполнены у 289 больных, из них у 42 больных полость кисты связана была с протоком поджелудочной железы. Большинство больных были мужчины – 34. Возраст больных – от 29 до 76 лет. Основным методом диагностики кист поджелудочной железы являлось УЗИ. Исследование в В-режиме дополнялось доплерографией для определения взаимосвязи полости кисты с сосудами. КТ и МРТ было выполнено в 34 случаях. Полость кисты контрастировалась только по строгим показаниям, а именно: для определения возможной связи с полыми органами или с про-

токовой системой при длительно существующем наружном панкреатическом свище.

Результаты и их обсуждение. Для выполнения внутреннего дренирования полости кисты, связанной с главным панкреатическим протоком выполняем следующие миниинвазивные комбинированные операции: 1) Ретроградное эндоскопическое транспапилярное дренирование полости кисты; 2) Антеградное наружно-внутреннее дренирование главного панкреатического протока через полость кисты; 3) Антеградное наружно-внутреннее дренирование или стентирование, ретроградное эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока с целью декомпрессии при панкреатической гипертензии; 4) Чрескожное или эндоскопическое формирование цистгастроанастомоза или панкреатикогастроанастомоза; 5) Антеградное восстановление проходимости протока через полость постнекротической кисты. Летальности и конверсии доступа не было. Выводы: 1) Комбинированные миниинвазивные вмешательства под визуальным контролем, выполняемые в специализированных операционных, являются альтернативой обходных цистдигестивных или панкреатикодигестивных анастомозов, т.к. позволяют выполнить внутреннее дренирование постнекротических кист поджелудочной железы, связанных с главным панкреатическим протоком; 2) При длительно существующем панкреатическом свище показано миниинвазивное восстановление поврежденного протока с применением каркасных стентов или дренажей.

257.ОПЕРАЦИЯ LIFT КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

*Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.,
Краснова В.Н.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Параректальный свищ (ПС) занимает особое место в структуре заболеваний прямой кишки. Распространенность ПС составляет от 8 до 23 случаев на 100 000 населения. Заболевают в основном лица трудоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы. Наиболее сложную группу для хирургического лечения составляют пациенты с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными ПС. Частота рецидивов при этом заболевании составляет от 9 до 50%, а частота недостаточности анального сфинктера достигает 40%. В настоящее время су-



ществует более 150 способов иссечения ПС. Общепринятые операции по иссечению ПС отличаются высоким уровнем травматизации анального сфинктера, длительными сроками заживления ран перианальной области, развитием анальной недостаточности у 15 – 83% больных, развитием рецидива заболевания – у 8 – 33% оперированных пациентов. Современные хирургические методы лечения параректальных свищей направлены на устранение внутреннего свищевого отверстия, иссечение периферической части ПС, вскрытие и дренирование гнойной полости, а также сохранение запирающей функции анального сфинктера. Такими методами, применяемыми в настоящее время, являются сегментарная проктопластика с низведением слизисто-подслизистого лоскута (Judd – Robles 1934, Кузьминов А.М., 2007), сегментарная проктопластика с боковым перемещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки (Блинничев Н.М., 1964), лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве - операция LIFT (A. Rojanasakul, 2007). Сегментарная проктопластика с перемещением слизисто-подслизистого лоскута сопровождается минимальной травмой анального сфинктера, но не редко приводит к нарушению иннервации, некрозу низведенного лоскута и снижению сенсорной чувствительности перианальной области с развитием функциональной недостаточности анального сфинктера. Операция LIFT лишена этих недостатков. **ЦЕЛЬ.** Улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с экстрасфинктерными и чрессфинктерными ПС с использованием малоинвазивного метода лечения – пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT).

Материалы и методы. В отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция LIFT применяется с января 2015г. по декабрь 2016г. Оперировано 43 пациента, среди которых мужчин - 25 (58,1%), женщин – 18 (41,9%). Средний возраст пациентов составил $46 \pm 1,7$ года (средний возраст женщин – $49 \pm 1,2$ года, средний возраст мужчин – $45 \pm 1,3$ года). У 32 пациентов был диагностирован транссфинктерный (74,4%), а у 11 – экстрасфинктерный ПС (25,6%). Передняя локализация свища выявлена у 17 пациентов (39,5%), задняя – у 26 пациентов (60,5%). Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 5 лет. Нарушений функции анального сфинктера до операции не отмечено. Операции проводились под спинальной анестезией. Всем больным интраоперационно проводилась проба с витальным красителем (2% раствор бриллиантового зеленого с 3% перекисью водорода – 5 мл). Внутреннее отверстие свища было идентифицировано у 85 % больных. У 25 % больных в области внутреннего отверстия свища отмечались рубцовый процесс, препятствующий попаданию краси-

теля в просвет прямой кишки. По межсфинктерной борозде в проекции внутреннего отверстия свища выполнялся полулунный разрез кожи длиной от 1,5 до 3 см. Внутренний сфинктер острым путем отслаивался от наружного сфинктера с использованием монополярного коагулятора. При этом выделялся свищевой ход, идущий перпендикулярно волокнам анального сфинктера. Свищевой ход выделялся из рубцовых тканей, перевязывался и пересекался между лигатурами в межсфинктерном пространстве. Проводилась проба на состоятельность ушитой культи свищевого хода путем введения 0,02% водного раствора хлоргексидина в периферическую часть свища. Мы погружали культи свищевого хода в мышечные ткани наружного и внутреннего свища посредством наложения Z-образного викрилового шва. Периферический сегмент свищевого хода выскабливался ложкой Фолькмана, при необходимости дренировался плоским резиновым дренажом. Перианальная рана ушивалась узловыми викриловыми швами. **Результаты и обсуждение.** Послеоперационный период длился от 3 до 5 суток. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Болевой синдром был выражен незначительно вследствие отсутствия повреждения анодермы. Все прооперированные больные прослежены в сроки от 1 до 6 месяцев. Медиана наблюдения составила 2,5 месяца. У всех пациентов, перенесших LIFT, признаков недержания анального сфинктера и рецидивов заболевания не отмечено. Сроки реабилитаций составляют менее 15 дней.

Выводы. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве является эффективной сфинктеросохраняющей операцией, применимой при различных анатомических вариантах ПС. Операция LIFT является легко выполнимой и воспроизводимой хирургической методикой, не требующей использования дополнительного оборудования и дорогостоящих расходных материалов, характеризующейся минимальным повреждением анального сфинктера и высоким процентом закрытия ПС 83,7%. Уровень рецидива не превышает 16,3%.



258. НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

*Каторкин С.Е., Разин А.Н., Журавлев А.В.,
Чернов А.А., Шамин А.В., Тулупов М.С.,
Малинин А.А.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Хронический парапроктит с экстрасфинктерным расположением свищевого хода выявляется в 15-30%. Несмотря на то, что частота встречаемости данного вида свищей наименьшая, их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено высокой частотой рецидивов заболевания, достигающей 30-80% от общего количества оперированных по поводу данной патологии, а так же недостаточностью анального сфинктера, развивающейся у 5-75% пациентов. Данные обстоятельства свидетельствуют об актуальности проблемы и заставляют специалистов искать оптимальную тактику лечения пациентов с рассматриваемой патологией, разрабатывать новые способы оперативной коррекции экстрасфинктерных и высоких чрессфинктерных параректальных свищей.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов со сложными параректальными свищами за счет применения нового способа проктопластики.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и оперативного лечения 144 пациентов со сложными свищами прямой кишки. Проводилось клиническое и инструментальное обследование (ректороманоскопия, проба с витальным красителем, зондирование свищевого хода, сфинктерометрия, трансректальное ультразвуковое исследование тканей параректальной зоны и фистулография). Предложенный способ пластической коррекции, основанный на ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем низведения и устойчивой фиксации слизистой оболочки прямой кишки непрерывным съемным швом, осуществлен у 74 (59,7%) пациентов (1 группа). На данный способ получен патент на изобретение №2491024 от 27.08.13. Проктопластика с боковым смещением слизистоподслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 70 (48,6%) наблюдениях (2 группа). Оценка результатов оперативного лечения пациентов проведена в раннем (до 3 месяцев) и отдаленном (до 4 лет) послеоперационном периодах.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде кровотечения из послеоперационной раны в 1 группе не наблюдалось, во 2 - диагностировано в 4 (5,7%) наблюдениях. Нагноение операционной раны выявлено в 1 группе у 3 (4,1%), во 2 – у 4 (5,7%) пациентов. Краевой некроз мобилизованного слизисто-подслизистого лоскута выявлен у 4 (5,7%) оперированных больных. Все 4 пациента были из контрольной группы. Острая задержка мочи среди больных контрольной группы наблюдалась у 7 (10,0%) пациентов, среди больных основной группы – у 6 (8,1%). Ранний рецидив свища был отмечен у 2 (2,7%) пациентов основной и 4 (5,7%) контрольной групп. Средний период реабилитации в 1 группе составил $28,3 \pm 2,85$ дней, во 2 - $35,6 \pm 5,95$ дней. Анализ отдаленных результатов оперативного лечения ($n=122$) выявил рецидив заболевания в 1 группе у 10 (16,1%), во 2 – у 20 (33,3%) пациентов. Недостаточность анального сфинктера в 1 группе не зафиксирована, во 2 группе наблюдалась у 5 (8,3%) пациентов. У всех 5 больных анальная инконтиненция не превышала 1 ст. по Н.М.Аминеву (не более 5 баллов по шкале Векснера). За хороший результат мы приняли отсутствие в отдаленные сроки наблюдения недостаточности анального сфинктера и рецидива свища, за удовлетворительный – недостаточность анального сфинктера 1 ст. при отсутствии рецидива свища и неудовлетворительный результат – это рецидив свища и (или) недостаточность анального сфинктера 2 и более ст. Исходя из этого хороший результат в 1 группе составил 83,9% (53 пациента), во 2 – 58,3% (35 пациентов). Удовлетворительный: в 1 группе – 0% (0 пациентов), во 2 - 8,3% (5 пациентов). Неудовлетворительный результат в первой группе составил 16,1% (10 пациентов), во второй – 33,3% (20 пациентов).

Заключение. Предложенный способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными параректальными свищами является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения. Преимуществами этого способа являются малая травматичность хирургического пособия, не приводящая к возникновению анальной недостаточности, небольшое количество рецидивов, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации пациентов.



259. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ В ХИРУРГИИ

Лубянский В.Г.(1), Жариков А.Н.(1), Гладышева Е.К.(2), Скиба Е.А.(2), Будаева В.В.(2), Семенова Е.Н.(3)

Барнаул, 2) Бийск, 3) Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России,
- 2) ФГБУН ИПХЭТ СО РАН,
- 3) КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Актуальность. Бактериальная целлюлоза (БЦ) – органический материал, синтезируемый внеклеточно микроорганизмами. Молекулярная формула и полимерная структура БЦ, соответствующая целлюлозе, выделенной из растительного сырья, но при этом БЦ обладает более высокой кристаллическостью, модулем прочности на разрыв, водопоглощающей способностью, пластичностью. Она широко используется в пищевой и химической промышленности. Однако, применение БЦ нашло и в медицине: гелевые повязки и искусственная кожа, изготовление микрососудов, заменителя хрящевой ткани в суставах, твердой мозговой оболочки.

Цель исследования: Изучить возможности применения БЦ в абдоминальной хирургии (герниология, герметизация кишечного шва, хирургический гемостаз). Материалы и методы: В качестве продуцента использована культура *Medusomyces gisevii*, известная как «чайный гриб», представляющая собой симбиотическую культуру, состоящую из разных видов уксуснокислых бактерий и дрожжей. Жидкая БЦ (влажность 99%) была получена путем культивирования инокулята в синтетической питательной среде ферментативного гидролизата мискантуса (лаборатория биоконверсии ФГБУН ИПХЭТ СО РАН, г. Бийск). В экспериментальных исследованиях (собаки) было изучено состояние БЦ через 14 суток после фиксации к тонкой кишке и к апоневрозу передней брюшной стенки (ПБС). В процессе лапаротомии в срединную рану выводилась петля тонкой кишки, на которую наносилась рана в поперечном направлении до 1 см длиной с последующим ее зашиванием 2 швами (Vicril 4,0). Для дополнительного закрытия кишечных швов использовался отрезок БЦ (1) размером 1,5x1,5 см. Так как БЦ является влажной гель-пленкой (соотношение сухой полимер/вода около 1/100), то самостоятельное прикрепление к кишке было невозможно. Для того чтобы обеспечить фиксацию, материал пришивался к серозной оболочке тонкой кишки путем наложения 6-ти се-

розно-мышечных швов. После этого кишка погружалась в брюшную полость. Проводилось зашивание апоневроза ПБС путем наложения узловых швов. Затем на него укладывался отрезок БЦ (2) продолговатой формы размером 2,5x1,0 см, который фиксировался по периметру обвивным швом. В дальнейшем накладывались послойно швы на подкожно-жировую клетчатку и кожу. В послеоперационном периоде со 2 суток животных начинали поить. В течение 3 суток в/м вводился 1гр цефосина. Через 14 суток после первой операции выполнялась релапаротомия с оценкой изменений образцов БЦ и мест ее расположения (aponевроз ПБС, тонкая кишка).

Результаты. При ревизии было установлено, что кожные швы от предыдущих операций заживали первичным натяжением. После рассечения кожи и подкожно-жировой клетчатки оказалось, что БЦ находилась в капсуле, сформированной этими тканями и апоневрозом ПБС. Жидкостных образований, гноя внутри не отмечено. БЦ располагалась достаточно свободно. Цвет пластины через 2 недели становился желтым, а структура менее прозрачной и более плотной. Инфильтрации и прорастание БЦ фиброзной тканью не было, что подтвердило последующее морфологическое исследование, которое показало наличие форменных элементов крови только в поверхностных слоях препарата. Пластина БЦ свободно удалась в процессе релапаротомии. Апоневротический шовный материал был покрыт грануляциями. Лигатуры не дифференцировались. После входа в брюшную полость в срединную рану выводилась петля тонкой кишки. Оказалось, что через 14 суток к кишке с БЦ плотно фиксировалась прядь сальника. Она, как бы, окутывала ее, «погружала в капсулу». Отделение сальника было возможно только острым путем. После его рассечения отмечено, что с ним БЦ создавала плотные сращения, но свободно отделялась снизу от серозной оболочки тонкой кишки, т.е. в этом месте спаивание кишки с БЦ не происходило. Однако, ранее наложенный кишечный шов также не был виден и был покрыт грануляциями. Признаков инфицирования также не было. У больного с кровотечением из спонтанного разрыва печени вследствие наличия метастазов рака нами использовался препарат БЦ для достижения гемостаза путем нанесения пластины на разорванную ткань. В результате получена остановка кровотечения с полным гемостазом, достигнутым через 1 минуту. Пластина БЦ интегрировалась в ткань печени. При ревизии через 3 дня гемостаз раны печени был стабильным. Гистологическое исследование показало насыщение БЦ тромбоцитами и лейкоцитами в высокой концентрации, что, по-видимому, и обуславливает остановку кровотечения. Причиной этого являются свойства



БЦ формирующей сеть волокон, накапливающих тромбоциты.

Выводы: 1. В экспериментальных исследованиях после фиксации БЦ на апоневрозе ПБС и на ране тонкой кишке инфицирования материала не выявлено. 2. Через 14 суток после внутрибрюшного и наапоневротического расположения препарата инфильтрации БЦ фиброзными структурами не происходит, а вокруг препарата формируется рыхлая капсула с более плотной стенкой вместе фиксации жировой ткани. 3. БЦ способствует разрастанию под ней грануляционной ткани, закрывающей кишечный и апоневротический шовный материал. 4. БЦ обладает гемостатическим эффектом, обусловленным концентрацией тромбоцитарных факторов свертывания в ее поверхностных слоях.

260. ОПЕРАЦИЯ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

*Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.,
Краснова В.Н., Шамин А.В., Разин А.Н.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Введение. Хронический геморрой - является часто встречающимся заболеванием в практике врача колопроктолога. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%. К колопроктологии сейчас относят и те заболевания, диагностикой и лечением которых традиционно занимались врачи других специальностей. Одним из них является ректоцеле. В последние годы ректоцеле рассматривают как один из синдромов пролапса тазового дна, характеризующегося опущением или выпадением матки, прямой кишки и сопровождающегося цистоцеле, энтероцеле, стрессовым недержанием мочи. Эта патология приводит к нарушению анатомии и физиологии женских половых органов, к изменению функции мочевого пузыря и прямой кишки. По данным зарубежных авторов, у 47-60% больных ректоцеле является основной причиной затруднения акта дефекации. По нашим данным сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 57%. В настоящее время ведется поиск высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения указанных заболеваний, позволяющих как снизить риск операционного вмешательства, так и повысить их эффективность.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов страдающих ректоцеле и хроническим геморроем.

Материал и методы. Всем пациентам после опроса и сбора анамнеза выполнялись следующие методы обследования: клинический осмотр, включающий функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки (манометрия, сфинктерометрия, миография), исследование прямой кишки пальцем и бимануальное ректо-вагинальное исследование, ректороманоскопия, дефекография, эндоректальное ультразвуковое исследование. В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция прямой кишки методом Лонго применяется с октября 2006 г. Оперировано 745 больных. Возраст пациентов от 23 до 72 лет (средний возраст - 48 лет). У 479 (64,3%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. У 266 (35,7%) женщин, была выполнена операция по поводу ректоцеле 1-3 степени. Из них у 169 (63,5%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем. Средняя длительность операции - 35 минут. Оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке под перидуральной или спинальной анестезией. Использовался стандартный хирургический набор и комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) для выполнения циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки (фирма Ethicon, США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33,5 произведенные в Китае.

Результаты и обсуждение. Во время операции кровотечение из линии аппаратного шва возникло у 34 пациенток (4,5%). Средний послеоперационный период - $2,9 \pm 0,8$ дней. Средний период реабилитации - $11,2 \pm 1,3$ дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 542 человек (4 - 36 мес.). Результаты лечения оценивались как: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные. Хорошие результаты отмечены в 384 (70,8%) наблюдениях - отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле; удовлетворительные результаты в 136 (25,0%) случаях - самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корректирующей диеты без применения ручного пособия; неудовлетворительный результат выявлен у 22 (4,0%) пациенток - сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. Рецидив заболевания мы связываем с выполнением данной методики пациенткам с ректоцеле 3 степени. После дополнительного обследования пациенткам была выполнена операция с использованием сетчатых



эндопротезов (операция prolift posterior) с хорошими результатами.

Вывод. Преимуществами эндоректальной слизисто-подслизистой резекции дистального отдела прямой кишки являются: малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

261. ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

Шамин А.В., Каторкин С.Е., Исаев В.Р., Журавлев А.В. Чернов А.А., Разин А.Н.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Введение. По данным различных авторов, в развитых странах этим заболеванием страдают 30-40% взрослого трудоспособного населения, причем, женщины чаще, чем мужчины. У пациентов старше 60 лет, количество страдающих запорами различной степени выраженности, достигает 60%. Учитывая широкое распространение большинство авторов обоснованно относят хронические колостазы к болезням цивилизации. Проблема лечения медленно транзитных запоров остается одной из актуальных в колопроктологии. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза и диагностики колостазов. Остаются неутешительными результаты хирургического лечения: по данным различных авторов, количество неудовлетворительных результатов составляет 27-46 %.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с резистентными формами хронического запора за счет определения оптимального объема резекции толстой кишки с наложением илео-ректального или асцендо-ректального анастомоза путем применения разработанного комплекса и алгоритма обследования.

Материалы и методы. Первый (обязательный) этап обследования включает в себя выполнение эндоскопических методов обследования (ректороманоскопия, фиброколоноскопия и, по показаниям, фиброгастродуоденоскопия), ирриграфию и ультразвуковое исследование толстой кишки. Второй этап обследования включает в себя ряд специальных методов: оценка моторно-эвакуационной функции толстой кишки и времени транзита по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров.

Ректоанальная манометрия и проктография выполняется для изучения функции прямой кишки и состояния ее запирающего аппарата. Определяется микробный спектр или содержание летучих жирных кислот (интегральный показатель микробиоценоза). Проводится оценка функции других органов и отделов желудочно-кишечного тракта, эндокринного аппарата, вегетативной нервной системы. С 2010 по 2016 год в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 66 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 36 пациентам (54,5%). Женщин 34 (94,4%), мужчин 2 (5,6%). Средний возраст - 40,8 лет. По объему резекции выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 20. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 12, сигмо-ректальный – 4, илео-сигмоидный – 20.

Результаты и обсуждение. Из 36, прооперированных нами больных отдаленные результаты лечения прослежены у 34 пациентов (94,4%). Хорошие результаты лечения отмечены у 22 (64,7%) прооперированных больных. Наличие самостоятельного стула и отсутствие болевого синдрома у всех 24 пациентов позволило нам оценить исход операции как благоприятный. У 8 (23,3%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Все пациенты отмечали исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома, улучшение общего самочувствия, хотя добиться полной нормализации акта дефекации в этой группе пациентов нам не удалось. Они по-прежнему периодически прибегают к помощи слабительных и очистительных клизм. У 4-х (12,0%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Эти пациентки были повторно оперированы. Им выполнена резекция зоны анастомоза и оставшихся отделов ободочной кишки с формированием илео-ректального анастомоза. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 2 (остановлено консервативными методами); рубцовая стриктура анастомоза – 5 (возникли в первые 6 месяцев после лечения, в связи с чем, выполнены повторные вмешательства).

Вывод. По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в хирургическом лечении хронического медленно транзитного запора. Основной причиной неудач в хирургии хронического колостаз



является неправильный выбор объема резекции ободочной кишки.

262. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

Тулупов М.С., Каторкин С.Е., Журавлев А.В.,
Исаев В.Р., Чернов А.А., Разин А.Н., Шамин А.В.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность проблемы. В экстренной хирургии, при осложнённом течении дивертикулярной болезни, рака, травмах левой половины ободочной кишки, операцией выбора является операция Гартмана, а частота её выполнения варьирует от 37 до 63 %. Параколостомические грыжи являются одними из самых распространённых поздних хирургических осложнений и встречаются у 25-40% оперированных пациентов. Актуальным остаётся вопрос о выборе оптимальной тактики восстановления непрерывности кишечника с ликвидацией грыжи, объёме предоперационного обследования и предоперационной подготовки. Цель работы: оптимизация хирургического лечения пациентов с колостомами после операции Гартмана и параколостомическими грыжами.

Задачи исследования: провести анализ причин развития отдалённых послеоперационных осложнений после операции Гартмана, выявить причины недостаточной эффективности различных способов хирургического лечения отдалённых осложнений колостомы, разработать рациональную тактику хирургической реабилитации стомированных пациентов с отдалёнными параколостомическими осложнениями.

Результаты исследования. После проведения анализа группы пациентов определены факторы, способствующие развитию параколостомической грыжи: возраст, ожирение, парастомальные воспалительные осложнения, факторы, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, выведение кишки за пределы прямой мышцы живота, создание широкого канала в мышечно-апоневротическом слое, фиксация брюшины к коже. В послеоперационном периоде фактором, способствующим возникновению параколостомической грыжи, является формирование отверстия в бандаже на уровне стомы. На основании изучения результатов лечения 48 пациентов с колостомой после операции Гартмана в сочетании с параколостомической грыжей выявлен низкий

процент несостоятельности анастомоза, сокращение времени оперативного вмешательства, удобство техники хирургического пособия при аппаратном формировании кишечного анастомоза. Частота осложнений и рецидивов при ненапряжных методах пластики грыжевых ворот при помощи синтетических протезов значительно ниже, чем после пластики дефекта местными тканями. С целью снижения количества послеоперационных осложнений целесообразно учитывать наличие рецидива основного заболевания, тяжелых сопутствующих болезней и степень их компенсации. Для этого требуется всестороннее обследование, включающее патоморфологические и микробиологические исследования, фиброколоноскопию, ирригографию. Рациональным является привлечение клинического психолога в пред- и послеоперационном периоде.

Выводы 1. Причинами развития отдалённых послеоперационных осложнений после операции Гартмана являются: несоблюдение должным образом техники хирургического пособия, факторы повышения внутрибрюшного давления, воспалительные парастомальные осложнения, погрешности послеоперационного ведения пациента. 2. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с колостомами после операции Гартмана и параколостомическими грыжами показал преимущество использования современных сшивающих аппаратов по сравнению с ручным швом. 3. Основными причинами развития рецидивов и новых видов отдалённых параколостомических осложнений после их устранения являются: использование натяжных методов пластики грыжевых ворот, недостаточная степень профилактики воспалительных осложнений, а также технические погрешности во время операции. 4. Для оптимизации хирургического лечения пациентов с колостомой в сочетании с параколостомической грыжей необходимо выполнять вмешательство с одномоментным восстановлением целостности кишечника при помощи современного сшивающего аппарата и ликвидация дефекта апоневроза синтетическим сетчатым эндопротезом. Рациональным является наложение превентивной двустольной стомы проксимальнее анастомоза.



263. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОРАЗОВЫХ ЦИРКУЛЯРНЫХ СТЕПЛЕРОВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Каторкин С.Е., Чернов А.А., Журавлев А.В., Шамин А.В., Разин А.Н.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. С развитием новых технологий все большее распространение в хирургии органов брюшной полости получают сшивающие аппараты для формирования линейных или циркулярных анастомозов. Высокая частота несостоятельности при резекции ободочной и особенно прямой кишки, достигающая 10–30%, заставляет хирургов изучать способы формирования и защиты толстокишечных соустьев. Совершенствуются как ручные способы формирования толстокишечного анастомоза с применением однорядного прецизионного шва, так и аппаратные методы с использованием многоразовых и одноразовых циркулярных сшивающих аппаратов. Применение циркулярных степлеров в хирургии рака прямой кишки при низкой локализации опухоли позволяет выполнить сфинктеросохраняющие операции у 70% больных с хорошими функциональными результатами. Постоянное усовершенствование сшивающих аппаратов, бурное развитие лапароскопических технологий в хирургии толстой кишки привело к переходу многих лечебных учреждений на использование циркулярных степлеров. Использование аппаратного шва позволяет стандартизировать этап формирования межкишечного анастомоза и сократить время выполнения операции. Цель исследования. Изучить результаты применения циркулярных степлеров однократного использования для формирования межкишечных анастомозов при различных заболеваниях толстой кишки.

Материалы и методы. С 2013 по 2016 гг. в отделении колопроктологии выполнена 131 операция с формированием циркулярного механического анастомоза с использованием одноразовых циркулярных степлеров различных фирм производителей. По поводу колоректального рака оперировано 59(45%) больных, доброкачественного новообразования толстой кишки - 9(6,9%), дивертикулярной болезни толстой кишки -15(11,5%), хронического колостазы - 13(9,9%). Для восстановления целостности толстой кишки циркулярные степлеры использованы у 35(26,7%) больных. При применении циркулярных степлеров строго соблюдались общие принципы формирования межкишечных анастомозов (тщательная подго-

товка анастомозируемых отделов кишки с оценкой адекватности кровоснабжения, отсутствие натяжения тканей по линии анастомоза, проведение пробы на герметичность). При формировании толстокишечного анастомоза чаще использовалась стандартная методика с наложением кисетного шва на приводящий и отводящий отделы толстой кишки с помощью многоразового инструмента EH 40 (Ethicon Endo-surgery) и шовного материала Prolen 2/0 с прямой иглой или одноразового устройства для наложения кисетного шва Purstring (AutoSuture). После завязывания кисетных швов на съемной головке аппарата (наковальне), введенной в приводящий отдел кишки, и на корпусе сшивающего аппарата, введенного через анальный канал, производится соединение частей аппарата и сведение их до появления зеленой метки на корпусе степлера. После экспозиции в 15 сек выполняется прошивание тканей с формированием двухрядного скрепочного анастомоза. Методика двойного прошивания (double-stapling technique) с формированием анастомоза через культю прямой кишки, прошитую линейным степлером, была применена при низких передних резекциях у 7 больных. После прошивания тщательно осматривали иссеченные циркулярные участки толстой кишки, извлеченные из сшивающего аппарата. При нарушении целостности иссеченных колец или положительной воздушной пробы линию анастомоза дополнительно укрепляли серо-серозными швами. При выполнении низких передних резекций прямой кишки превентивную колостому не формировали. У всех больных применяли трансанальную интубацию прямой кишки силиконовым дренажом диаметром 1,2–1,5 см на 8–10 суток. Для формирования толстокишечных анастомозов у 86(65,6%) пациентов использовались одноразовые сшивающие аппараты CDH (Ethicon Endo-surgery), у 37(28,3%) - CEEA (Covidien), у 8(6,1%) - KYGW (China). Результаты и обсуждение. При изучении ближайших и отдаленных результатов лечения больных с применением методов формирования аппаратного анастомоза при различных заболеваниях толстой кишки осложнения выявлены у 10(7,6%) больных. Несостоятельность анастомоза была у 3(2,3%) пациентов, кровотечение в просвет прямой кишки из линии анастомоза - у 1(0,8%) больного, анастомозит диагностирован у 3(2,3%) человек. У 3(2,3%) пациентов с дивертикулярной болезнью и хроническим колостазом в течение года сформировались рубцовые стриктуры в области аппаратного анастомоза. Эти больные были оперированы повторно с иссечением суженного участка толстой кишки. Послеоперационная летальность составила 1,5% (умерло 2 пациента). Причинами летальных исходов у двух больных явились несостоятельность анастомоза и кровото-



ечение из язвы ДПК на фоне приема глюкокортикоидов. При использовании сшивающих аппаратов различных производителей отмечено более четкое прошивание тканей аппаратом CDH и более удобное извлечение аппарата из зоны анастомоза аппарата CEEA за счет откидывающейся головки (система Tilt Top).

Заключение. Применение сшивающих аппаратов одноразового применения позволяет стандартизировать этап формирования межкишечного анастомоза, снизить послеоперационную несостоятельность анастомоза до 2,3%, увеличить число сфинктеросохраняющих операций за счет применения низких передних резекций прямой кишки.

264. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗЕРВУАРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. В развитых странах отмечается неуклонный рост больных язвенным колитом. Увеличивается число больных тяжелыми формами заболевания с тотальным поражением толстой кишки. Несмотря на успехи современной медикаментозной терапии, включая биологическую терапию, около 20% больных нуждаются в хирургическом лечении. Более 40% оперативных вмешательств по поводу язвенного колита выполняются в экстренном или срочном порядке на фоне развившихся осложнений и завершаются выведением одностольной постоянной илеостомы. Послеоперационная летальность при осложненных формах язвенного колита достигает 30% и обусловлена необратимыми изменениями кишечной стенки, перитонитом, тяжелыми метаболическими расстройствами. Функциональные результаты стомирующих операций являются неприемлемыми для большинства больных, особенно лиц молодого возраста. Это приводит к отказу от выполнения операций, как в плановом порядке, так и затягиванию сроков выполнения срочных операций при неэффективности консервативных методов лечения и развитии осложнений. Применение оперативных вмешательств с созданием резервуара из тонкой кишки с формированием илеоректального анастомоза позволяет провести, в большинстве случаев, полную медицинскую и социальную реабилитацию больных с язвенным колитом. Среди

колопроктологов имеется сдержанное отношение к подобным операциям, обусловленное техническими трудностями создания резервуаров из тонкой кишки и формирования илеоректального наданального анастомоза, большим количеством осложнений, трудностями послеоперационной реабилитации больных. Внедрение и совершенствование методов хирургического лечения больных с тяжелыми формами язвенного колита с сохранением транзита кишечного содержимого и естественной дефекации является актуальной задачей современной колопроктологии.

Цель. Улучшение функциональных результатов хирургического лечения больных язвенным колитом после колпроктэктомии путем создания тонкокишечного тазового резервуара и сохранения анальной дефекации.

Материалы и методы. В отделении колопроктологии СамГМУ за 2012 - 2016 гг. выполнено 12 колпроктэктомий с формированием первичного J-образного резервуара из подвздошной кишки и формированием илеоректального анастомоза пациентам с тяжелыми формами язвенного колита. Мужчин - 5. Женщин - 7. Средний возраст больных - $35 \pm 2,3$ лет. Показанием к реконструктивной колпроктэктомии являлась неэффективность комплексной консервативной терапии у больных с тяжелыми формами тотального язвенного колита. Гормонорезистентность выявлена у 7 пациентов, гормонозависимость диагностирована у 3 больных. Неэффективность биологической терапии Инфликсимабом в дозе 10 мг/кг с «ускользанием» лечебного эффекта и тяжелой атакой язвенного колита отмечена у 2 больных. Все больные оперированы в плановом порядке после полного клинико-эндоскопического и рентгенологического обследования. Решение о необходимости хирургического этапа лечения принималось совместно с врачом-гастроэнтерологом. Противопоказания к первичной реконструктивной колпроктэктомии с созданием тазового резервуара из подвздошной кишки: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки анального канала и прямой кишки, не поддающиеся консервативной терапии, дисплазия слизистой оболочки, подозрение на болезнь Крона, тяжелое соматическое состояние больных (снижение общего белка ниже 50 г/л, альбумина ниже 20 г/л). С применением лапароскопического доступа выполнено 3 операции. Для диссекции тканей и коагуляции сосудов использовались ультразвуковые скальпели Harmonic (Этикон), AutoSonix, Sonision (Ковидиен), коагуляторы EnSeal, LigaSure. Выделение прямой кишки проводилось интрафасциально до мышечной диафрагмы тазового дна. Прямая кишка пересекалась на 1,5 – 2,0 см выше края внутреннего анального сфинктера аппаратом TA 60. Для формирования



резервуара из подвздошной кишки длиной 16 см применялись последовательно линейно-режущие аппараты GIA 100 и Endo GIA 60. В обязательном порядке производилась внутрипросветная ревизия созданного тонкокишечного резервуара. В двух наблюдениях отмечалось выраженное артериальное кровотечение из линии степлерного шва, потребовавшее тщательного гемостаза путем прошивания атравматичным шовным материалом (ПГА 2/0). Для формирования илеоректального резервуарного анастомоза во всех случаях использовались одноразовые циркулярные степлеры диаметром 28 – 29 мм. Использовался метод двойного прошивания через линию скрепочного шва культи прямой кишки. Демуккозация культи прямой кишки не выполнялась из-за угрозы развития стриктуры в зоне илеоректального анастомоза и ухудшения функции анального держания с развитием инконтиненции. Во всех случаях операция заканчивалась формированием двуствольной илеостомы по Торнболу и интубацией анального канала силиконовой трубкой. К настоящему времени восстановление целостности тонкой кишки (внутрибрюшинное ушивание илеостомы) проведено 8 больным.

Результаты. Время операции составило 260 ± 34 мин. Общая кровопотеря не превышала 250 ± 35 мл. Умерших больных не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (30%) оперированных больных. Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость - 1 (релапаротомия, формирование лапаростомы). Несостоятельность илеоректального анастомоза - 2 (формирование абсцесса малого таза - 1 вскрытие, дренирование, развитие перитонита - 1), множественные программированные релапаротомии, формирование лапаростомы, отключение J-образного резервуара путем пересечения тонкой кишки выше резервуара и формирования одноствольной илеостомы. Ректо-вагинальный свищ в зоне илеоректального анастомоза -1 (закрылся самостоятельно после консервативной терапии) Функция тазового тонкокишечного резервуара изучена у 6 больных. Выполнена резервуарография, эндоскопическое исследование резервуара, изучение объема резервуара. Воспаление тонкокишечного резервуара по данным эндоскопического исследования отмечено у одного больного. Исследование функции запирающего аппарата прямой кишки проведено 8 больным. Частота дефекации составила $6,3 \pm 1,2$ в сутки. Ночная дефекация отмечена у всех оперированных больных. Явления частичного недержания жидкого кишечного компонента отмечено у 2 больных. Прокладки использовали 3 пациента.

Выводы. 1. Выполнение колпроктэктомии с формированием J-образного резервуара из подвздошной кишки и илеоректального анастомоза

является методом выбора хирургического лечения тотального язвенного колита, так как позволяет достичь удовлетворительных функциональных результатов и провести медико-социальную реабилитацию больных. 2. Участие колопроктолога и гастроэнтеролога в лечении больных тотальным язвенным колитом, тщательная оценка эффективности проводимой терапии позволяет не пропустить оптимальные сроки («окно возможностей») для выполнения первичной реконструктивной колпроктэктомии. 3. Совершенствование техники оперативного вмешательства с использованием современных технологий и сшивающих аппаратов позволяет стандартизировать выполнение операции, снизить количество послеоперационных осложнений.

265. ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Ганина Т.В., Власов А.П., Зайцев П.П., Спирина М.А., Курочка Ю.Г., Романов А.С.

Саранск

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева»

Цель работы. У больных тазовым перитонитом после традиционных и лапароскопических вмешательств в динамике изучить расстройства гомеостаза на фоне применения лазерной терапии. В основу работы положены материалы клинико-лабораторных исследований 42 больных тазовым перитонитом, развившемся на фоне гнойно-воспалительных заболеваний внутренних половых органов. В основной группе применены хирургические лапароскопические вмешательства ($n=20$), в группе сравнения ($n=22$) – традиционные (лапаротомия). В раннем послеоперационном периоде всем больным проводили базисную комплексную терапию, а в группах сравнения – и лазерную гемокоррекцию аппаратом «Матрикс» с использованием головки КЛОЗ (излучение с длиной волны 635 нм, мощностью 2 мВт). Проводилось транскутанное лазерное облучение крови в проекции кубитальной вены в течение 15 минут, затем в проекции сонных (синокаротидная зона) и позвоночных артерии (субокципитальная зона, на уровне С1–СII) по 5 минут на каждую область с двух сторон. Больным выполняли общеклинические и биохимические исследования (общий анализ крови и мочи, содержание билирубина, общего белка, сахара, мочевины, креатинина, активность трансаминаз в крови др.). В работе исследованы показатели гомеостаза, в том числе уровень



продуктов эндоинтоксикации, интенсивность липопероксидации, фосфолипазную активность, оценивали и микроциркуляцию. Клинико-лабораторными исследованиями установлено, что при поступлении в клинику у больных регистрировался синдром эндогенной интоксикации, выявлена интенсификация оксидативных процессов, снижения антиоксидантного потенциала, нарушения микроциркуляции. В первые сутки после операции вне зависимости от способа ее исполнения интоксикационный синдром сохранялся. Однако при лапаротомном оперативном доступе он был достоверно выше. Аналогичная картина отмечена и со стороны перекисного окисления липидов. При использовании квантовой терапии расстройства гомеостаза вне зависимости от характера оперативного вмешательства были сравнительно меньше. Отметим, что положительный эффект такого рода лечения отмечен только через двое суток. Таким образом, у больных острым тазовым перитонитом после хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде сохраняются существенные изменения гомеостаза, в частности синдром эндогенной интоксикации, оксидативный синдром, нарушения микроциркуляции. Применение лазерной терапии приводят к коррекции указанных нарушений, однако ее эффективность отмечается только через двое суток.

266. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

Саранск

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П.Огарева"

Целью работы явилось исследование расстройств гомеостаза, в том числе состояние коагуляционно-литической системы при перитоните, развившемся на фоне острой хирургической патологии и повреждений кишечника; на основе полученных данных дать патогенетическое обоснование гомеостаз- и гемостазкорректирующей терапии на основе антиоксидантов.

Материал и методы. Проведены клинико-лабораторные исследования у 44 больных перитонитом, развившемся на фоне острой хирургической патологии (n=32) (аппендицит, прободная язва двенадцатиперстной кишки) и повреждений кишечника (n=12). В первой группе перитонит был распространенным гнойным или гнойно-геморра-

гическим с выраженной кровопотерей. В раннем послеоперационном периоде в комплексную терапию больных основных групп включали препараты антиоксидантного типа действия (реамберин или ремаксол, внутривенные ежедневные вливания 400,0).

Результаты. Клинико-лабораторными исследованиями показано, что при поступлении в клинику у больных перитонитом, отмечены существенные расстройства гомеостаза, изменения в системе гемостаза были менее значимыми. После проведения операции показатели гомеостатических изменялись в большей степени, в том числе и по коагуляционно-литической системе. Такого рода картина сохранялась и в первые 3-е суток раннего послеоперационного периода. Отмечено, что при перитоните, развившемся при повреждении кишечника изменения гомеостатических показателей были более значимыми и при поступлении не сопровождалась выраженным интоксикационным синдромом. При использовании в раннем послеоперационном периоде антиоксидантов в комплексной терапии больных перитонитом отмечены существенные клинико-лабораторные изменения. На фоне такого рода терапии происходила не только коррекция гомеостатических показателей, в частности уменьшение уровня токсических продуктов гидрофильной и гидрофобной природы, но и показателей гемостаза в направлении общего гипокоагулемического и фибринолитического действия. Наблюдаемые эффекты в коррекции системы гемостаза при перитоните сопровождалась уменьшением выраженности воспалительного процесса брюшной полости, снижением интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активности фосфолипазы А2. Этот факт указывает на то, что один из возможных молекулярных механизмов влияния апробированных лекарственных средств на гемостаз реализуется через ПОЛ и фосфолипазную активность (триггерные механизмы). У больных быстрее купировался болевой синдром, нормализовалась функция кишечника, наблюдалось восстановление рутинных биохимических показателей крови. Следует отметить весьма важный факт существенного сокращения пребывания больных в стационаре. Отмечена большая эффективность такого рода терапии у больных перитонитом, развившемся при острых воспалительных заболеваниях.



267. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЧРЕВНОГО СТВОЛА ПРИ СИНДРОМЕ ДАНБАРА

Иванов Ю.В., Д.Н. Панченков

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России

Одной из наиболее частых причин развития хронической артериальной недостаточности верхних отделов желудочно-кишечного тракта является компрессионный стеноз или экстравазальная компрессия чревного ствола (синдром Данбара) срединной дугообразной диафрагмальной связкой, ножкой диафрагмы, либо нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Основным методом лечения синдрома Данбара остается хирургический, так как консервативная терапия способна лишь уменьшить симптоматику, но не ликвидировать компрессию чревного ствола, что ведет либо к неэффективности лечения, либо к быстрому рецидиву. Попытки эндоваскулярного лечения данного заболевания малоэффективны, в связи с тем, что при сохраняющейся экстравазальной компрессии чревного ствола часто наблюдается деформация или поломка стента и рецидив ишемии. Традиционный (лапаротомный) доступ имеет свои недостатки: большая травматичность, кровопотеря, большой срок пребывания в стационаре, длительная реабилитация, риск развития послеоперационных грыж. Явное несоответствие между сложностью и травматичностью операционного доступа и относительно небольшим объемом основного этапа, то есть простым рассечением тканей в большинстве случаев, побудило нас к применению лапароскопического доступа. Мы располагаем опытом успешного выполнения 3-х лапароскопических декомпрессий чревного ствола при синдроме Данбара. Из 3-х пациентов, было 2 мужчин и 1 женщина, в возрасте 39, 44 и 47 лет соответственно. У всех больных анамнез заболевания составил более 15 лет. Основными проявлениями заболевания явились диспепсические расстройства (тошнота, рвота, диарея), появление абдоминальных болей вскоре после приема пищи, потеря веса. Основанием для постановки диагноза синдрома Данбара явилось наличие классической триады в виде абдоминальных болей после приема пищи, систолического шума в эпигастрии, усиливающегося на выдохе и подтвержденная методиками сосудистой визуализации компрессия (> 50%) чревного ствола срединной дугообразной связкой. Алгоритм инструментальной диагностики, помимо исследования органов желудочно-кишечного тракта, включал в себя последовательное

выполнение ультразвукового исследования с дуплексным сканированием чревного ствола (УЗИ + ДС), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с 3D реконструкцией, многопроекционную ангиографию с дыхательной пробой. Наложение пневмоперитонеума и введение 10 мм троакара с оптикой (30°) производили в типичной точке Калька над пупочным кольцом. Два 5 мм троакара устанавливали под мечевидным отростком по средней линии живота и в правой мезогастральной области, еще один 10 мм троакар для рабочего инструмента вводили в левой мезогастральной области по средней ключичной линии. Основные этапы операции выполняли с помощью 5 мм лапароскопического инструмента к ультразвуковому скальпелю «Harmonic» (Ethicon). После установки портов с оптикой и рабочими инструментами, ревизии брюшной полости, рассекали печеночно-желудочную связку. Выделяли правую ножку диафрагмы, ниже нее визуализировали срединную дугообразную связку диафрагмы. Последнюю поэтапно с помощью ультразвукового скальпеля «Harmonic» пересечена под строгим визуальным контролем, затем мобилизовывали и резецировали прилегающую к устью чревного ствола фиброзную клетчатку с ганглиями и лимфатическими узлами. Показанием к окончанию лапароскопического этапа декомпрессии чревного ствола являлась визуализация передней стенки аорты и отходящего от нее чревного ствола без четких внешних признаков его стеноза. Операции заканчивали контролем гемостаза, десуффляцией, удалением троакаров и ушиванием троакарных ран передней брюшной стенки. Интраоперационных осложнений не было, кровопотеря определена как минимальная, время операции составило в среднем 65 минут, дренирования брюшной полости не выполнялось. У всех пациентов срок стационарного лечения составил 4 суток. Явный клинический эффект от операции был замечен уже на 2 сутки и проявлялся отсутствием болевого синдрома после приема пищи. Контрольные инструментальные исследования (УЗИ + ДС чревного ствола, МСКТ с 3D реконструкцией) показали снижения степени стеноза с 70-80% до 20-30%, а также прирост более чем в 2,5 раза линейной скорости кровотока по чревному стволу. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Преимуществом лапароскопического способа является очень низкая травматичность, короткие сроки пребывания в стационаре, минимум болевых ощущений и быстрое восстановление после операции, отсутствие больших послеоперационных рубцов, а также низкий риск возникновения спаечной болезни. Заключение. Неспецифичность жалоб длительное время заставляют в первую очередь искать патологию желудочно-кишечного



тракта. Широкое внедрение в клиническую практику методов УЗИ + ДС и МСКТ привело к увеличению случаев выявления компрессия чревного ствола. Операцией выбора при синдроме Данбара на сегодняшний день является лапароскопическая декомпрессия чревного ствола. Однако, анатомическая сложность зоны и тесная взаимосвязь с аортой и крупными артериями требует от хирурга хороших навыков владения лапароскопией

268.10 ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Жилин С.А., Шахбурдинов М.Ш., Леонов А.Л., Амбарцумян В.М.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Видеолапароскопическая технология по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости начала активно внедряться в учреждении с 2007 года и за 10 летний период эндохирургические вмешательства были выполнены у 3482 больных, в том числе лапароскопическая аппендэктомия по поводу острого аппендицита у 1005 пациентов, лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого холецистита у 1645, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у 50 больных, 104 эндовидеохирургических вмешательств проведены у больных острым панкреатитом, 19 пациентов оперированы по поводу острой кишечной непроходимости и 36 операций выполнены у больных с травмами органов брюшной полости. У 623 больных выполнена диагностическая лапароскопия, в ходе которой острые хирургические заболевания были исключены, либо выявлена другая патология, не требующая хирургического лечения (мезаденит, регионарный илеит, воспалительные заболевания малого таза и др.). Среди 1005 больных острым аппендицитом преобладали деструктивные формы воспаления, в частности у 670 пациентов (66,6 %) отмечен флегмонозный аппендицит, у 195 (19,4 %) - гангренозный и у 105 (10,4 %) пациентов гангренозный перфоративный аппендицит. Простой аппендицит наблюдался у 35 (3,5 %) больных. У 346 больных (34,4%), деструк-

тивный аппендицит было осложнен перитонитом при этом у 210 пациентов (20,9 %) отмечен местный, у 86 (8,6%) распространенный перитонит. Показанием к дренированию брюшной полости считаем сомнение в надежности герметизации культи червеобразного отростка, особенно при деструктивных формах аппендицита, вскрытие просвета аппендикса в процессе диссекции или удаление его по частям, наличие периаппендикулярного абсцесса и местного или диффузного перитонита. Среди 1005 больных, которым предпринята лапароскопическая аппендэктомия у 53 (3,9%) осуществлен переход на лапаротомный доступ. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 42 больных (4,2%), в том числе кровотечение в брюшную полость у 1 (0,1 %), диффузный перитонит у 2 (0,2 %), абсцесс брюшной полости у 22 (2,2 %), нагноение троакарных ран – у 11 (1,1 %), спаечная кишечная непроходимость у 8 (0,8%) больных. Умер 1 пожилой больной (0,1 %), оперированный по поводу гангренозного аппендицита. Смерть наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне ишемической болезни сердца, атеросклеротического кардиосклероза. При аутопсии осложнений со стороны брюшной полости не выявлено. Следует отметить, что на протяжении 10-летнего периода отмечена стойкая тенденция к расширению показаний к использованию лапароскопической аппендэктомии. Если в 2007 году количество эндовидеохирургических вмешательств по поводу острого аппендицита составляло 30,2%, то в 2016 лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 98,3 % больных с острым воспалением червеобразного отростка, независимо от формы деструктивного поражения, давности заболевания, характера воспаления брюшины, возраста пациентов. Среди 1645 больных острым холециститом деструктивные формы воспаления желчного пузыря (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 1100 больных (66,8 %). Выполнение лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите, особенно осложненном паравезикальным инфильтратом или абсцессом нередко сопровождается выраженными отечно-инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря, резко затрудняющими и, в ряде случаев, делающими невозможность идентификации трубчатых сосудисто-секреторных элементов треугольника Кало и печеночно-дуоденальной связки. В таких ситуациях использовали проведение нетрадиционных способов ЛХЭ, в частности: холецистэктомии "от дна" или субтотальной холецистэктомии. Среди 1645 больных, которым предпринята лапароскопическая холецистэктомия переход на открытый доступ прове-



дена у 53 (3,2 %) пациентов. Интраабдоминальные осложнения встретились у 52 больных (3,2 %), в том числе кровотечение у 5 (0,3 %), гематома подпеченочного пространства у 1 (0,06 %), перитонит у 1 (0,06 %), внутрибрюшные абсцессы у 23 (1,4 %), острая кишечная непроходимость у 1 (0,06 %), желчеистечение у 19 (1,2 %), дуоденальный свищ у 2 (0,1 %) пациентов. Повреждения желчных протоков отмечены у 3 (0,2 %) больных. Умерло 11 больных (0,7 %). Все умершие больные были старших возрастных групп и причинами смерти явились экстраабдоминальные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Как и при остром аппендиците в настоящее время видеолапароскопическая технология имеет приоритетное направление в лечении больных острым холециститом и в 2016 году процент ее использования составил 96,0, в то время как в 2007 году этот показатель был 71,7 %. Начиная с 2013 года при отсутствии противопоказаний лапароскопическую технологию стали использовать при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, которая предпринята у 50 больных. Выполнено 47 оперативных вмешательств полностью лапароскопическим способом, в 3-х случаях потребовался переход на лапаротомный доступ. Объем операции заключался в ушивании перфоративного отверстия одно- или двухрядным швом. Средняя продолжительность вмешательства составила 70 минут. Осложнение в виде недостаточности эндошва возникли у 1-й пациентки. В данном случае имелась перфоративная язва 12 перстной кишки с пенетрацией и стенозом. Недооценка данных ЭГДС исследования и данных диагностической лапароскопии привела к тактической и технической ошибке во время операции. Перфоративное отверстие было ушито однорядным z-образным швом, что привело к недостаточности шва и потребовало выполнения открытой операции, на 2-е сутки послеоперационного периода. В послеоперационном периоде после лапароскопических вмешательств, характерными особенностями являлись минимальная потребность в анальгетиках, быстрое восстановление перистальтики и начало энтерального питания на второй день после операции, уменьшение койко-дня до 5 суток. Послеоперационные осложнения в брюшной полости зарегистрированы у 2-х больных (подпеченочный абсцесс, послеоперационный панкреатит). В 4-х случаях имелись инфекционные осложнения в области послеоперационной раны. У двух больных после лапароскопического ушивания перфоративной язвы отмечено формирование декомпенсированного пилородуоденального стеноза, развившегося на 8 и 12 сутки послеоперационного периода. Больными была выполнена лапаротомия, резекция желудка по Гофмейстеру-Финстере-

ру. Послеоперационной летальности после лапароскопических операций по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не отмечено. Наш небольшой опыт использования эндошва при прободной язве показал, что данная методика имеет ряд преимуществ перед традиционным вмешательством в виде снижения болевого синдрома, ранней активизации больных, уменьшении длительности стационарного лечения. Для применения этой методики имеется ряд противопоказаний, которые необходимо установить на дооперационном этапе, а именно сочетание перфоративной язвы с пенетрацией, стенозом или кровотечением, наличие разлитого гнойного перитонита с явлениями паралитической кишечной непроходимости. Лапароскопические вмешательства по поводу острого панкреатита предприняты у 104 больных. Показаниями к использованию эндовидеохирургического метода явились ферментативный перитонит при подтвержденном диагнозе панкреонекроза, а также случаи, когда причина перитонита была не ясна и больным выполняли диагностическую лапароскопию с подозрением на другую острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Кроме того, лапароскопические вмешательства использовали для дополнительной санации кистозных скоплений в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке при недостаточной эффективности пункционно-дренирующих вмешательств, выполненных под ультразвуковой навигацией. Объем эндовидеохирургического вмешательства у больных с острой кишечной непроходимостью заключался в ревизии брюшной полости, оценке состояния кишечника, рассечении спаек и восстановлении пассажа кишечного содержимого. Среди 19 больных устранить непроходимость кишечника эндовидеохирургически удалось у 12 больных, в остальных случаях выполнена конверсия на открытый доступ. Лапароскопический метод использовали у 36 пациентов с открытыми и закрытыми повреждениями живота. С помощью эндовидеохирургического исследования у большинства больных был подтвержден проникающий или закрытый характер повреждения брюшной полости, при этом у 18 больных выявленные повреждения были устранены с помощью лапароскопического или лапароскопически асситированного пособия. Таким образом, 10 летний период применения видеондехирургической технологии в диагностике и лечении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости показывает, что данное направление является перспективным и приоритетным в деятельности отделения неотложной хирургии городской многопрофильной больницы и использование малоинвазивных пособий при ургентной абдоминальной патологии должно идти с



тенденцией их дальнейшего расширения по объему и спектру выполняемых вмешательств.

269. 3D ВИДЕОАТЛАС ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЖИВОТА

*Матвеев Н.Л., Д.Н. Панченков, А.Н. Кузин,
Д.А. Астахов, Д.А. Бауткин*

Москва

ФГОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава РФ

В последние годы многие разработчики учебных пособий для обучения хирургов сосредоточили свои усилия на создании виртуальных симуляторов. Это направление переживает существенный подъем, однако имеет свои естественные ограничения. Так, наиболее реалистичными являются биосимуляторы, созданные на основе человеческих трупов с применением современных методов консервации. В то же время, широкое использование таких симуляторов в обучающих целях сопряжено с юридическими и этическими проблемами, что особенно характерно для стран ЕС и Северной Америки в связи с особенностями законодательства. Востребованность продукта, сочетающего в себе последние достижения эндохирургической техники, систем визуализации и анатомическую «первозданность» может быть очень высокой. Цель проекта: создание трехмерного лапароскопического видеоатласа топографической анатомии брюшной полости, передней брюшной стенки, забрюшинного пространства. Он будет содержать смонтированный, структурированный, снабженный графическими и текстовыми пояснениями видеоматериал лапароскопической диссекции анатомических областей брюшной полости высокой четкости, с необходимым увеличением, под разными углами, в 3D. Работа выполняется на не вскрытых трупах после соответствующего юридического оформления (в соответствии с постановлением Правительства РФ от 21.07.2012 № 750), подготовки и консервации тел в отдельном помещении с операционным столом, необходимым лапароскопическим оборудованием и записывающей видео техникой. Диссекция проводится лапароскопическими хирургами экспертного уровня по сценарию, разработанному профессиональными анатомами. Целью является не демонстрация хирургической техники выполнения операций, а детальное изображение висцеральной, сосудистой, нервной, лимфатической, фасциальной анатомии регионов. Массив 3-D видеоматериала редактируется, снабжается необходимыми

комментариями, надписями и представляется в виде конечного продукта – 3D атласа лапароскопической топографической анатомии брюшной полости на электронном носителе (USB-жесткий диск с информацией для просмотра в 3D режиме). Аналогов в мире такого рода продукт на сегодняшний день не имеет.

270. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРЕНХИМОСБЕРЕГАЮЩАЯ ЛАЗЕРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ.

*Д.Н. Панченков (1,2,3), А.В. Баранов (2,3),
Ю.В. Иванов (1,2), Н.Т. Гульмурадова (3),
Л.А. Дербенев (3), Н.А. Соловьев (1,2)*

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава РФ 2) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России 3)
ФГБУ ГНЦ лазерной медицины ФМБА России

Лапароскопические резекции печени на протяжении ряда последних лет признаны эффективным и безопасным методом лечения опухолей печени и все чаще выполняются в специализированных стационарах. В силу специфики лапароскопических операций много внимания уделяется поиску новых и усовершенствованию существующих методов диссекции паренхимы печени при ее резекциях различного объема. Применение хирургических лазеров на этапе разделения паренхимы представляется перспективным в силу прецизионности и высокой точности рассечения, отсутствия «эффекта обугливания», возможности одновременной с рассечением коагуляции мелких сосудов паренхимы. Мы располагаем первым опытом выполнения лапароскопической паренхимосберегающей лазерной резекции печени у пациентки с опухолью 2-3 сегментов печени (мтс меланомы). Для резекции использован полупроводниковый хирургический лазер IRE-POLUS (Россия) с длиной волны 0,97 мкм мощностью 27 Вт в непрерывном режиме. Во время операции оценивался уровень кровопотери, время диссекции паренхимы, параметры сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Резецированный участок отправлялся на гистологическое исследование с оценкой краев резекции. Заключение. Первый опыт применения хирургического лазера IRE-POLUS для выполнения паренхимосберегающей резекции позволяет считать данную методику выполнимой, безопасной, прецизионной и позволяющей производить диссекцию паренхимы печени одновременно с обеспечением надежного гемостаза.



271.ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАНОСТРУКТУРНЫХ ПОЛИМЕРНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ. КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.

Панченков Д.Н.(1,2), Иванов Ю.В.(1,2), Матвеев Н.Л., (1), Кудрявцев П.В.(4), Степанова Ю.А.(3), Соловьев Н.А. (1,2), Злобин А.И.(1,2), Зиновский М.В.(2)

Москва

1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России 2) ФНКЦ ФМБА России 3) Институт хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава РФ 4) ЦГКБ г. Реутов Минздрава МО

Высокая стоимость сетчатых эндопротезов для герниопластики зарубежных компаний – производителей ограничивает возможности их широкого применения во многих стационарах России. Поиск адекватной альтернативы продукции иностранных производителей позволяет решить данную проблему. Цель работы: Оценить клинический и экономический эффект применения малобюджетных полимерных сетчатых имплантатов на основе нанотехнологий в лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Материалы и методы. Мы располагаем собственным опытом лечения 28 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, которым была выполнена лапароскопическая пластика IPOM с применением полимерных сетчатых имплантатов на основе нанотехнологий. Средний возраст пациентов составил 48,2 года (от 30 до 65 лет). Мужчин – 16 женщин - 12. У всех пациентов имели место послеоперационные вентральные грыжи, у четырех из которых грыжи были рецидивными. Всем пациентам выполнена лапароскопическая герниопластика с интраперитонеальной установкой сетки Реперен (Нижний Новгород, Россия) с антиадгезивным покрытием. У всех пациентов наблюдался спаечный процесс в той или иной степени выраженности – соответственно все операции начинались с адгезиолизиса. Техника установки имплантата была стандартной и не отличалась от таковой при использовании других сеток. Результаты. Осложнений в раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали. Средний послеоперационный койко-день составил 5,5 дней (3-8 дней). Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия цефалоспоридами в течение 5 дней. Всем пациентам в сроки 3-5 месяцев после операции были выполнены контрольные УЗИ и КТ брюш-

ной полости. Рецидивов грыжи и миграции сетки по данным этих исследований выявлено не было. По данным КТ через 5 месяцев после операции отмечена интеграция сетчатого имплантата в переднюю брюшную стенку. Также была проведена оценка качества жизни пациентов по опроснику SF-36. Контрольную группу составили 78 пациентов, которым аналогичная операция выполнялась с использованием других широко известных сеток. **Заключение.** Данное пилотное исследование показало схожие клинические результаты в основной и контрольной группах, при этом экономический эффект был существенно лучше в основной группе (стоимость эндопротеза отличается на 70-100%).

272.ПАРАМЕТРЫ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ДОСТУПА И ОБЪЕМА ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Панченков Д.Н. (1,2), Алексанян Г.Б.(1,2), Ахматова Н.К. (3), Ефанов М.Г. (4), Алиханов Р.Б. (4), Иванов Ю.В. (1,2), Астахов Д.А.(1,2).

Москва

1) ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ 2) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России 3) ФГБУ НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова ФАНО России 4) ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗ г. Москвы

Цель исследования: сравнительный анализ параметров операционного стресса при выполнении лапароскопических и открытых резекций печени с учетом выбора хирургического доступа и объема резекции.

Материалы и методы. Исследование включало экспериментальную и клиническую составляющую; содержит две группы: основная: лапароскопические резекции печени, контрольная группа: открытые резекции печени. В каждой группе сравнивали также объем резекции: «малые» и обширные резекции печени. Экспериментальное исследование включает 40 кроликов породы Шиншилла, обоих полов, весом до 3 кг. В предоперационном периоде, выполнялся забор крови из вены ушной раковины по 5 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки, для сравнения показателей иммунологического статуса: пролиферативная, цитотокси-



ческая и фагоцитарная активность монокулярных лейкоцитов. Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией. Заключительный этап состоял из трехкратных последовательных заборов крови (по вышеуказанной методике) через 4 -6 часов после вмешательства, 24 часа и на 7 -е сутки соответственно в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки с последующей лабораторной диагностикой. Оценивали показатели цитотоксической, пролиферативной и фагоцитарной активности. Клиническая часть исследования заключается в сравнительной оценке параметров операционного стресса у 38 пациентов, перенесших резекции печени открытым и лапароскопическим доступом по схеме, ранее отработанной в эксперименте. Определяли профиль интерлейкинов: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, белки теплового шока, общее количество лейкоцитов, популяции лимфоцитов CD 3, CD 4, CD 8, CD 20, CD 25, NK, HLA, ИРИ, TLR 2, TLR3, TLR4, TLR5, TLR6, TLR8, TLR 9.

Результаты. При сравнении показателей в основной и контрольной группах экспериментальных животных: фагоцитарная активность сохранилась практически неизменной в основной группе, в контрольной группе снизилась в послеоперационном периоде. Цитотоксическая активность мононуклеарных лейкоцитов снизилась по отношению к NK -чувствительной линии K562 эритробластного лейкоза, в контрольной группе больше, чем на 45% , в основной группе около 20% . Эти данные косвенно демонстрируют, что противовирусный и противоопухолевый потенциал NK -клеток снижен. При сравнении пролиферативной активности мононуклеарных лейкоцитов отмечено усиление спонтанной пролиферации и уменьшение индуцированной фитогемагглютинином пролиферации, что обусловлено стрессорирующим воздействием. Это означает, что лейкоциты не могут адекватно реагировать на дополнительную стимуляцию ввиду истощения их скрытых резервов. По результатам клинических исследований Показатели субпопуляций лейкоцитов, были значительно повышены как в группе с открытыми, так и с лапароскопическими резекциями печени. Однако показатели в основной группе были выше, чем аналогичные в контрольной группе. В особенности это касается показателей CD4, которые превышали цифры в открытой группе, что касается CD8, показатели сопоставимы. В нашем исследовании выявлялись повышенные уровни экспрессии TLR, что указывает на наличие инфекционных агентов и распознавание ЛПС грамотрицательных бактерий. Значения уровней белков теплового шока, были достоверно повышены в группе с открытыми резекциями печени. Уровень всех цитокинов (за исключением IL-12 и IL-4) у больных до операции, так и после нее,

был статистически значимо повышен. Уровни Th1/Th2/Th9/Th17/Th22 у больных были повышены уже до операции, в результате физического стресса, обусловленного наличием опухолевого процесса, инфекции или сопутствующей патологии, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса, связанного с активацией эффекторов иммунной системы. Оперативное вмешательство более интенсивно индуцировало повышение данных цитокинов, приводя дисбалансу системы цитокинов хелперных клеток, который может приводить к функциональным и органическим нарушениям через индукцию «цитокинового шторма» и усугублять с остояние пациентов.

Выводы. При выполнении обширных резекций печени отмечается меньшая зависимость выраженности операционного стресса от выбора оперативного доступа (лапаротомия или лапароскопический доступ). При выполнении «малых» резекций печени выраженность операционного стресса была достоверно ниже в группе лапароскопических операций по сравнению с открытыми.

273.ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Лембас А.Н. (1), Шпеко А.П. (1), Кучинский М.В (1), Гуменный С.Ф. (2), Иващенко В.М. (2), Скурту С.В (2), Захарян К.Ю (2)

Приднестровье, г. Каменка(1),г. Рыбница (2)

ГУ «Каменская ЦРБ» (1), ГУ«Рыбницкая ЦРБ» (2)

Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) после различных абдоминальных операций возникают у 20% оперированных больных (Millbourn D., 2009 г). В 89% случаев размеры грыжевых ворот не превышают 15 см (в среднем, 7 см). У 11% больных размеры грыжевого дефекта составляют более 15 см (Helgstrand F. Et al., 2012 г). ПОВГ с размерами грыжевых ворот от 15 см относят к категории гигантских (A. Eriksson et al., 2014 г). ПОВГ гигантских размеров приводят к развитию грыжевой болезни, к снижению качества жизни пациентов. Оперативные вмешательства при лечении гигантских ПОВГ относят к категории сложных, связанных с более длительными сроками госпитализации, высоким риском развития послеоперационных осложнений, более частыми рецидивами (Helgstrand F et al., 2013 г). Лучшие результаты лечения были достигнуты при выполнении протезирующей герниопластики сетчатым протезом, частота рецидивов при которой не превышала 3,6% (E. V. Deerenberg



et al., 2014 г.).

Цель исследования: изучить результаты лечения ПОВГ гигантских размеров с применением протезирующей герниопластики сетчатым эндопротезом.

Материал и методы. С 1.01.09 г по 1.04.16 г в хирургическом отделении ГУ «Каменская ЦРБ» протезирующая герниопластика сетчатым эндопротезом при лечении ПОВГ гигантских размеров (W4) была выполнена у 17 больных: 11 женщин (64,7%) и 6 мужчин (35,3%), средний возраст - $62,0 \pm 0,3$ лет. Распределение больных (Chevrel-Rath, 1999 г): M1W4R0 – у 5, M1W4R1 – у 1, M2W4R1 – у 1, M2W4R4 – у 1, M3W4R0 – у 3; M4W4R0 – у 3; L3W4R0 – у 1, L4W4R0 – у 2 больных. Варианты пластики при срединных ПОВГ (14 пациентов): интраабдоминальное расположение эндопротеза (4 больных) – sub lay – у 1 пациента, bridging-техника – у 3; предбрюшинное расположение (3 пациента) – sub lay – у 1, bridging-техника – у 2; межмышечное расположение по Rives-Stoppa (3 пациента) – sub – lay – у 2, bridging-техника – у 1; TAR-методика по Y. W. Novitsky (4 пациента) – sub lay – у 3, bridging-техника – у 1 больного. При боковых ПОВГ (3 больных) предбрюшинное расположение эндопротеза: sub lai – у 2, bridging –техника – у 1 больного. Симультанные операции – у 8 из 17 оперированных больных: адгеолизис – у 6; адгеолизис, формирование обходного тонкокишечного анастомоза – у 1; адгеолизис, закрытие илеостомы – у 1 пациента. У всех 17 больных была использована полипропиленовая сетка (ООО «Линтекс», С-Пб, Россия). Дренажирование раны по Редону применили у 12 (70,6%) больных. Профилактику тромбоэмболических осложнений проводили в соответствии с «Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений» (2000 г, 2010 г). Антибиотикотерапию начинали однократным внутривенным введением 1 г антибиотика цефалоспоринового ряда за 45 минут до начала операции; продолжительность антибактериальной терапии – 1- 5 суток после операции.

Результаты и обсуждение. При лечении ПОВГ гигантских размеров срединной локализации нередко возникает проблема изоляции брюшной полости от сетчатого эндопротеза. В связи с выраженными с анатомо-морфологическими изменениями в области грыжевых ворот (нарушение анатомических слоев, рубцовые изменения тканей), затрудняющие выделение слоев передней брюшной стенки в области грыжевого дефекта, обширностью самого грыжевого дефекта закрытие брюшной полости листами брюшины и остатками грыжевого мешка крайне затруднительно. В связи с чем, только у 3 из 14 пациентов, имевших срединные ПОВГ, сетчатый эндопротез был разме-

щен предбрюшинно. Закрытие брюшной полости задними листами влагалищ прямых мышц живота при межмышечном размещении эндопротеза по Rives-Stoppa так-же возможно не у всех больных (у 3 из 14 пациентов). Наибольшую перспективу при лечении срединных ПОВГ больших и гигантских размеров имеет TAR-методика по Y. W. Novitsky. Ушивание встык мобилизованных листов поперечной фасции практически всегда позволяет закрыть брюшную полость. Однако, данная методика является довольно травматичным этапом, возможна у пациентов молодого и среднего возраста, без наличия клинически значимой сопутствующей патологии. В связи с этим, данный вариант расположения протеза был выполнен у 4 из 14 больных. Интраабдоминальное расположение протеза, как наименее травматичный вариант, было применено у больных пожилого возраста, имеющих клинически значимую сопутствующую патологию (у 4 из 14 пациентов). При лечении боковых ПОВГ (3 больных) у всех пациентов брюшная полость была закрыта ушиванием мобилизованных листов брюшины. Варианты размещения эндопротеза (sublay, bridging-техника) зависели от ширины грыжевых ворот (W), что определяло возможность ушивания краев грыжевых ворот над эндопротезом. В связи с этим, размещение сетчатого протеза sub lay было возможным у 9, bridging –техника – у 8 пациентов. Дренажирование послеоперационной раны по Редону 12 (70,6%) осуществлялось при выполнении TAR-методики по Y. W. Novitsky, при межмышечном расположении эндопротеза по Rives-Stoppa, при наличии больших остаточных полостей в подкожно-жировой клетчатке. Дренажи были удалены после прекращения их функционирования, как правило, не позже 3 дней после операции. Длительность пребывания больных в стационаре после выполненной операции – от 5 до 10 дней, в среднем $7 \pm 1,5$ дней. В раннем послеоперационном периоде раневые осложнения – у 3 больных (17,6%): нагноение послеоперационной раны – у 2 больных; некроз подкожно-жировой клетчатки – у 1 больной. Возможные причины: хронический остеомиелит 10 ребра, свищевая форма, травматизм оперативного вмешательства, вынужденная обширная мобилизация подкожно-жировой клетчатки от подлежащего апоневроза. У 2 больных при лечении раневых осложнений удаление эндопротеза не понадобилось. У 1 пациента было выполнено частичное удаление сетчатого эндопротеза. Сроки наблюдения за больными составили от 10 мес. до 7 лет. Из числа оперированных (17 больных), были осмотрены 15 пациентов, достоверно известно о наличии рецидива грыжи у 1 пациентки (6,7%). Выводы. 1. Оперативное лечение ПОВГ гигантских размеров – один из сложных разделов герниологии. При выборе метода операции



должен быть соблюден персонализированный подход. 2. Протезирующая герниопластика сетчатым протезом при лечении гигантских ПОВГ характеризуется хорошими результатами лечения с частотой рецидивов грыжи 6,7%.

274. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мизуров Н.А., Краснов Г.Н., Андреев Ю.Г.

Чебоксары

Чувашский государственный университет
им. И.Н.Ульянова

Введение. В последние десятилетия отмечается увеличение числа больных спаечной болезнью, что связано в первую очередь увеличением количества операций на органах брюшной полости. Частота развития внутрибрюшных спаек варьирует от 67 до 93% после общехирургических абдоминальных операций и составляет 97% после открытых гинекологических процедур. В связи с этим важным направлением является поиск новых, более эффективных, патогенетически обоснованных способов профилактики послеоперационных спаечных осложнений. Цель исследования – оценка непосредственных и отдаленных результатов профилактики образования послеоперационных спаек в брюшной полости при применении противоспаечного геля.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты лечения 38 больных, оперированных по поводу кишечной непроходимости в возрасте от 20 до 80 лет. Пациенты имели клинический диагноз: «спаечная болезнь, острая спаечная кишечная непроходимость». В основную группу вошли 18 пациентов, которым после выполнения основного этапа в брюшную полость вводили «Мезогель». Вторую группу составили 20 пациентов, в лечении которых использовали традиционную обработку брюшной полости.

Результаты. Сравнивая результаты лечения пациентов, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости с использованием для обработки брюшной полости противоспаечного препарата и без него, можно считать, что при использовании «Мезогель» послеоперационный период протекал более благоприятно. Контрольный осмотр оперированных больных осуществлялся через 6 мес. и включал в себя клиническое обследование, ультразвуковое и рентгеноконтрастные исследования. У большинства больных явных признаков спаечной болезни не отмечено.

275. ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ В РЕЖИМЕ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Меньщиков А.В., Шилин М.В., Козлов А.А.

Новокузнецк

Лечебно-диагностический центр
АО "НЗРМК им. Н.Е.Крюкова"

На сегодняшний день платные медицинские услуги стали неотъемлемой частью системы оказания медицинской помощи. Единственно реальным способом сохранения и увеличения доходности медицинской деятельности в условиях снижения покупательской способности является наращивание объемов оказания услуг (увеличение числа пролеченных больных) при уменьшении расходов на лечение каждого пациента. На фоне повсеместного роста цен на медикаменты, расходные материалы и оборудование снижение затрат на анестезиологическое обеспечение и оперативное лечение хирургических больных практически невозможно без потери качества и безопасности вмешательств. Снижение затрат на лечение пациента возможно лишь путем уменьшения затрат на обслуживание пациента в периоперационном периоде. И в первую очередь за счет уменьшения сроков пребывания больного в стационаре как до, так и после оперативного вмешательства. Такой подход позволяет не только уменьшить расходы на лечение, но и существенно увеличить объем оказываемых услуг. К тому же стремление медицинской организации к укорочению сроков пребывания больного в стационаре в большинстве случаев совпадает с интересами самого больного, его стремлением по возможности сэкономить на лечении и максимально сократить время пребывания в больничной палате и максимально быстро вернуться в привычную среду. Технологии краткосрочного пребывания больного в стационаре и технологии ускоренного выздоровления, так называемые fast track и ERAS хирургия, неоднократно и широко обсуждались на всевозможных форумах и в печати. Принятые на сегодня методики всесторонне рассмотрены с точки зрения доказательной медицины и постепенно включаются в клинические рекомендации. Однако сокращение сроков лечения больного в стационаре не должно становиться самоцелью и осуществляться в ущерб качеству лечения и здоровью пациента. В этой связи считаем небезынтересным поделиться своим опытом лечения пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, в условиях кратковременного пребывания в стационаре. Нами прове-



ден анализ результатов лечения 1913 пациентов в возрасте от 18 до 91 года, прооперированных в стационаре Лечебно-диагностического центра АО «НЗРМК им. Н.Е. Крюкова» с 2006 по 2016 год. Из них 1199 женщин и 714 мужчин. Из исследования исключены хирургические пациенты, пролеченные в этот период консервативно. По профилю пациенты распределились следующим образом: хирургические больные – 1126, проктологические – 343, гинекологические – 386, урологические – 58 человек. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила 4,05 суток, а средний предоперационный койко/день составил 0,98. Основываясь на своем опыте, хотелось бы обратить внимание на некоторые аспекты организации лечения пациентов в условиях стационара краткосрочного пребывания. Одним из ключевых моментов организации лечения таких пациентов считаем тщательный и кропотливый отбор на амбулаторном этапе. Под отбором следует понимать прогнозирование течения периоперационного периода с учетом тяжести основной патологии, наличия и степени выраженности сопутствующей патологии, возможностей конкретной медицинской организации и т.д. При этом и врач, и пациент должны отдавать себе отчет, что прогноз является лишь прогнозом и заранее планировать возможность изменения тактики и сроков лечения при возникновении непредвиденных обстоятельств. Наиболее эффективно процесс проходит, если отбором пациентов занимается врач, который будет курировать больного на госпитальном этапе. Госпитализация больного в день госпитализации на наш взгляд в большинстве случаев неоправданна и может применяться, лишь в случае необходимости выполнения мало травмирующих оперативных вмешательств (как правило, это не обширные вмешательства на мягких тканях) у молодых лиц без значимой сопутствующей патологии. В остальных случаях считаем более оправданной госпитализации накануне оперативного вмешательства. При такой тактике у пациента есть время справиться со стрессом, обусловленным не столько ожиданием оперативного вмешательства, сколько самим процессом госпитализации (оформление документов, смена обстановки и окружения, нарушение привычного ритма жизни), что особенно значимо для пожилых лиц. У лечащего врача и анестезиолога есть время на дообследование больного и оценку состояния его здоровья в более спокойной ситуации вне пика стресса. Значительно сократить время подготовки пациента к оперативному вмешательству и более полно оценить возможные риски позволяет совестная работа врачей разных специальностей в одной команде. Такая тактика позволяет и в послеоперационном периоде оперативно реагировать на изменения состояния пациента и

менять схему дальнейшего лечения. Тщательный предоперационный разбор пациента и слаженная работа анестезиологической и хирургической бригад позволяют значительно сократить длительность общей анестезии, а следовательно снизить риск развития послеоперационных осложнений, в том числе и за счет ранней активизации больного. Большое значение при планировании выписки пациента из стационара имеет обсуждение и моделирование поведения больного и его родственников дома на всех этапах амбулаторного долечивания. Пациент должен иметь возможность проконсультироваться по телефону по интересующим его вопросам хотя бы с дежурным персоналом отделения круглосуточно. С нашей точки зрения залогом успешного применения тактики краткосрочного пребывания больного в стационаре является долечивание пациента в том медицинском учреждении, в котором выполнялось оперативное вмешательство, желательно одним из врачей, участвовавших в лечении больного на стационарном этапе или участвовавших в операции. В этом случае врач амбулаторного приема исходно знаком с пациентом и всеми особенностями течения раннего послеоперационного периода у конкретного больного и лично заинтересован в скорейшем выздоровлении и успешной реабилитации пациента. Таким образом, основными условиями успешного применения технологий кратковременного пребывания пациента в стационаре, по нашему мнению, являются: - тщательный и взвешенный отбор пациентов на этапе планирования - организация работы стационара, позволяющая максимально сократить сроки предоперационного дообследования больных, - коллегиальность в работе врачей разных специальностей по отношению к каждому конкретному пациенту - преимущество в работе стационара и амбулаторного звена на всех этапах обследования и лечения пациента - материальная заинтересованность врачей стационара в результатах амбулаторного долечивания пациентов.



276. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Ботезату А.А., Райляну Р.И., Коцюруба А.М., Монул С.Г.

Тирасполь, Республика Молдова

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, медицинский факультет, кафедра хирургических болезней (зав. кафедрой - д.м.н., проф. А.А. Ботезату)

Введение. Лечение послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки остается актуальной проблемой в общей хирургии. Связано это с тем, что их общее количество растет из года в год, а результаты их лечения остаются неудовлетворительными. Так, среди пролеченных нами в 2001–2016 гг. 1158 больных с грыжами передней брюшной стенки вентральные грыжи составили 345 (29, 8 %), а рецидивные грыжи – 116 (33, 8 %) случаев. Благодаря сетчатым эндопротезам наметилась тенденция к улучшению показателей лечения больных с послеоперационными грыжами. Вместе с тем возложенные большие надежды на эндопротезирование пока себя не оправдали. Так, рондомизированные исследования, проведенные в последние годы: M.F. Kamal et al. (2010), G. Weber et al. (2010), F. Helgstrand et al. (2013), показали, что местные послеоперационные осложнения составляют 17,4 % - 23,3 %, а рецидивы (сроки наблюдения 2–5 лет) – 11,0 % - 16,2 %. В нашей клинике при лечении срединных послеоперационных и рецидивных грыж небольшого и среднего размера применяли аутопластические способы в сочетании с аутодермопластикой. При больших срединных послеоперационных и рецидивных грыжах прибегали к операции О. Ramirez (1990), а при гигантских грыжах дополняли ее операцией Н. Welty (1941) с консолидацией аутопластики однослойными аутодермальными трансплантатами. В ходе этих операций площадь брюшной стенки, а, следовательно, и объем брюшной полости увеличиваются в размерах, что позволяет фиксировать медиальные края без особого натяжения, а благодаря транспозиции прямых мышц живота восстанавливается их функция – главный фактор, препятствующий грыжеобразованию.

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных с послеоперационными и рецидивными срединными грыжами предложенными способами комбинированной пластики. Материалы и методы. Из пролеченных больных с вентральными грыжами срединные послеоперационные и ре-

цидивные грыжи констатированы у 292 (84, 5 %) пациентов – у 43 (14, 7 %) мужчин и у 249 (85, 3 %) женщин. Их средний возраст составил 57,13 + 0,63 лет. Интраоперационно измеряли размеры срединных грыжевых дефектов. По классификации Chevrel-Rath (2000), образовавшиеся после пересечения междефектных перегородок дефекты среди 292 пациентов распределялись следующим образом: малые грыжи W1 – 34 (11,6 %), средние W2 – 83 (28,4 %), большие W3 – 141 (48,3 %), гигантские W4 – 34 (11,6 %). Способ пластики выбирали в зависимости от величины грыжевого дефекта, протяженности конусовидного диастаза прямых мышц, характера и тяжести сопутствующей патологии, возраста больного. При небольших грыжевых дефектах (34, или 11,6 %) считали достаточным сочетание аутопластики с аутодермопластикой способами В.Н. Янова. При грыжах среднего размера (83, или 28,4 %) с шириной дефекта от 5 до 10 см у 43 (51,8 %) больных выполняли операцию П.Н. Напалкова с консолидацией аутодермальной латкой onlay. У 14 (4,8 %) пациентов с продолжительными срединными дефектами проводили шнурование медиальных краев прямых мышц аутодермальной полоской с ее инвагинацией одним рядом узловых швов. Операцию Н. Welty с замещением дефекта передних стенок влагалищ прямых мышц аутодермальными латками выполнили у 9 (3,1 %), операцию Сапезко – у 6 (2,1 %), швами Чемпионера с консолидацией аутодермальными латками – у 6 (2,1 %) пациентов. При больших срединных грыжах шириной от 10 до 15 см (141, или 47,8 %) выполняли операцию О. Ramirez. После транспозиции прямых мышц применяли оригинальные способы фиксации медиальных краев по средней линии. Консолидация герниопластики и замещение параректальных дефектов выполнялась однослойными аутодермальными лоскутами. Способы В.Н. Янова применялись лишь у 9 (3,1 %) пациентов. У 34 (11,6 %) больных с гигантскими срединными грыжами использовали разработанный нами максимально ненапряжной способ аутопластики, при котором сочетали операцию О. Ramirez с операцией Н. Welty, при этом проводили продольное рассечение передних стенок влагалищ прямых мышц на расстоянии до 2 см от медиальных краев. Затем по средней линии ушивали медиальные края рассеченных влагалищ, а образовавшийся дефект апоневроза передних стенок влагалищ и параректальные апоневротические дефекты замещали однослойными аутодермальными трансплантатами.

Результаты лечения. Зарегистрировано 30 (10, 3 %) общих послеоперационных осложнений, причем 27 (90 %) из них у больных с большими и гигантскими грыжами. В 4 (1,4 %) случаях эти осложнения привели к летальному исходу. Местные



послеоперационные осложнения (краевые некрозы кожи, нагноения ран) отмечены у 24 (8, 2 %) пациентов. В отдаленные сроки (катамнез 15 лет) выявлено 5 (1,7 %) рецидивов грыж. Выводы. 1. Предложенный алгоритм лечения срединных послеоперационных и рецидивных грыж оправдан результатами лечения. 2. Используемые комбинированные методы пластики не только высокоэффективны, но и беззатратны – кожа изымается из области послеоперационной раны и всегда в распоряжении хирурга. Исследования, проведенные в последние годы: M.F. Kamal et al. (2010), G. Weber et al. (2010), F. Helgstrand et al. (2013), показали, что местные послеоперационные осложнения составляют 17,4 % - 23,3 %, а рецидивы (сроки наблюдения 2–5 лет) – 11,0 % - 16,2 %. В нашей клинике при лечении срединных послеоперационных и рецидивных грыж небольшого и среднего размера применяли аутопластические способы в сочетании с аутодермопластикой. При больших срединных послеоперационных и рецидивных грыжах прибегали к операции O. Ramirez (1990), а при гигантских грыжах дополняли ее операцией H. Welty (1941) с консолидацией аутопластики однослойными аутодермальными трансплантатами. В ходе этих операций площадь брюшной стенки, а, следовательно, и объем брюшной полости увеличиваются в размерах, что позволяет фиксировать медиальные края без особого натяжения, а благодаря транспозиции прямых мышц живота восстанавливается их функция – главный фактор, препятствующий грыжеобразованию. Цель исследования. Изучить результаты лечения больных с послеоперационными и рецидивными срединными грыжами предложенными способами комбинированной пластики. Материалы и методы. Из пролеченных больных с вентральными грыжами срединные послеоперационные и рецидивные грыжи констатированы у 292 (84, 5 %) пациентов – у 43 (14, 7 %) мужчин и у 249 (85, 3 %) женщин. Их средний возраст составил 57,13 ± 0,63 лет. Интраоперационно измеряли размеры срединных грыжевых дефектов. По классификации Chevrel-Rath (2000), образовавшиеся после пересечения междефектных перегородок дефекты среди 292 пациентов распределялись следующим образом: малые грыжи W1 – 34 (11,6 %), средние W2 – 83 (28,4 %), большие W3 – 141 (48,3 %), гигантские W4 – 34 (11,6 %). Способ пластики выбирали в зависимости от величины грыжевого дефекта, протяженности конусовидного диастаза прямых мышц, характера и тяжести сопутствующей патологии, возраста больного. При небольших грыжевых дефектах (34, или 11,6 %) считали достаточным сочетание аутопластики с аутодермопластикой способами В.Н. Янова. При грыжах среднего размера (83, или 28,4 %) с шириной дефекта от 5 до 10 см у

43 (51,8 %) больных выполняли операцию П.Н. Напалкова с консолидацией аутодермальной латкой onlay. У 14 (4,8 %) пациентов с продолжительными срединными дефектами проводили шнурование медиальных краев прямых мышц аутодермальной полоской с ее инвагинацией одним рядом узловых швов. Операцию H. Welty с замещением дефекта передних стенок владалищ прямых мышц аутодермальными латками выполнили у 9 (3,1 %), операцию Сапежко – у 6 (2,1 %), швами Чемпионера с консолидацией аутодермальными латками – у 6 (2,1 %) пациентов. При больших срединных грыжах шириной от 10 до 15 см (141, или 47,8 %) выполняли операцию O. Ramirez. После транспозиции прямых мышц применяли оригинальные способы фиксации медиальных краев по средней линии. Консолидация герниопластики и замещение параректальных дефектов выполнялась однослойными аутодермальными лоскутами. Способы В.Н. Янова применялись лишь у 9 (3,1 %) пациентов. У 34 (11,6 %) больных с гигантскими срединными грыжами использовали разработанный нами максимально ненапряжной способ аутопластики, при котором сочетали операцию O. Ramirez с операцией H. Welty, при этом проводили продольное рассечение передних стенок владалищ прямых мышц на расстоянии до 2 см от медиальных краев. Затем по средней линии ушивали медиальные края рассеченных владалищ, а образовавшийся дефект апоневроза передних стенок владалищ и параректальные апоневротические дефекты замещали однослойными аутодермальными трансплантатами.

Результаты лечения. Зарегистрировано 30 (10, 3 %) общих послеоперационных осложнений, причем 27 (90 %) из них у больных с большими и гигантскими грыжами. В 4 (1,4 %) случаях эти осложнения привели к летальному исходу. Местные послеоперационные осложнения (краевые некрозы кожи, нагноения ран) отмечены у 24 (8, 2 %) пациентов. В отдаленные сроки (катамнез 15 лет) выявлено 5 (1,7 %) рецидивов грыж. Выводы. 1. Предложенный алгоритм лечения срединных послеоперационных и рецидивных грыж оправдан результатами лечения. 2. Используемые комбинированные методы пластики не только высокоэффективны, но и беззатратны – кожа изымается из области послеоперационной раны и всегда в распоряжении хирурга.



277. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО КЛИПИРОВАНИЯ ЯИЧКОВОЙ ВЕНЫ НА ПРИМЕРЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Горлунов А.В. (1), Кузьменко А.В. (2),
Проценко А.А. (1), Гяургиев Т.А. (2)

Воронеж

1) БУЗ ВО «ВГК БСМП №10»,
2) ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко»

Одной из тенденций в современной медицине и в хирургии в частности является стремление к малой инвазивности процедур, к сохранению качества жизни и к более ранней реабилитации пациентов. В этом смысле лапароскопия в современной хирургии занимает одно из решающих мест и постепенно оттесняет многие операции, которые веками выполнялись открытым путем. Преимущество малоинвазивных операций определяется в первую очередь уменьшением операционного травматизма, болевых ощущений в послеоперационном периоде, косметическим эффектом ввиду отсутствия большого рубца и снижением риска послеоперационных грыж, а также уменьшением количества осложнений, короткими сроками пребывания в стационаре, выздоровления и возвращения к обычной жизни. Варикоцеле является сложной проблемой современной урологии и андрологии. В лечении данного заболевания многое зависит от техники операции, так как при каждой из них существуют определенные благоприятные (и неблагоприятные) моменты для интраоперационного обнаружения и ликвидации всех ветвей лозовидного сплетения. При операции Иванисевича частота рецидивов достигает 25–40 %, при операции Мармар — 10 %, а при эндоскопических вмешательствах — 2 %. В отделении урологии № 1 БУЗ ВО ВГКБСМП № 10 с 2013 по 2015 г. включительно нами проведено обследование и лечение 47 больных в возрасте от 18 до 31 года по поводу левостороннего варикоцеле 2-3 степени. У 27 больных было проведено лапароскопическое иссечение яичковой вены под эндотрахеальным наркозом (группа 1). У 20 пациентов проведена операция Иванисевича под спинальной анестезией (группа 2). Оценка эффективности производилась по следующим критериям: суммарная длина разреза, субъективная оценка перенесенного анестезиологического пособия по 10-тибальной шкале, продолжительность послеоперационного периода, интенсивность болевых ощущений в послеоперационной ране по 5-тибальной шкале оценки боли, качество мочеиспускания в после-

операционном периоде (частота возникновения ОЗМ), раннее послеоперационное кровотечение, возникновение рецидивов. По результатам исследования суммарная длина разреза в группе 1 в среднем была на 2,3 см меньше (р

278. ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ КОМБИНИРОВАННЫМИ СПОСОБАМИ ПЛАСТИКИ

Ботезату А.А., Маракуца Е.В., Паскалов Ю.С.,
Медведева Т.П.

Тирасполь, Республика Молдова

Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, кафедра хирургических
болезней, медицинский факультет
(зав. кафедрой - д.м.н., про. А.А. Ботезату).

Введение. Несмотря на существование множества способов лечения паховых грыж, в настоящее время вопрос остается открытым и, по выражению L. Nyhus «последняя глава в лечении грыж еще не написана». Из числа открытых передних пластик EHS-GREPA рекомендует среди способов с использованием местных тканей операцию E. E. Shouldice (1944), а при эндопротезировании операцию I.L. Lichtenstein et al. (1984). Одним из первых условий выполнения операции E. E. Shouldice является наличие стальной монофильной нити (в клинике Shouldice в г. Торонто, Канада ее именуют GA-32-34, C.T. Degani, 2006), при помощи которой задняя стенка пахового канала восстанавливается в несколько слоев до внутреннего пахового кольца. Не располагая такой нитью, мы не выполняем операцию Shouldice, и считаем неравнозначным использование полипропиленовой нити для ее выполнения, как рекомендуют некоторые авторы. Аллопластика по I.L. Lichtenstein. При ней укладка и фиксация эндопротеза между апоневроза наружной косой мышцы и внутренней косой мышцы осуществляется с обратной стороны грыжевого дефекта, происходит как-бы «затягивание занавески» над паховым промежутком (H. Fruchand, 1959), в результате возникает немало рецидивов под протезом, частота которых при многолетнем наблюдении только возрастает – от 5,1 до 18 % (Halden M. et al., 2008; Ecland F. et al., 2007). Кроме того, после аллопластики появляется ряд специфических проблем: хроническая боль в паху – от 10 до 12 % (Aasvang E. et al., 2005); ощущение инородного тела.

Цель исследования. Изучить результаты лечения паховых грыж предложенными нами комбиниро-



ванными методами герниопластики.

Материалы и методы. В клинике от классических аутопластических способов герниопластики отказались. Нами разработаны и введены в практику комбинированные методы, сочетающие хорошо зарекомендовавшие себя способы аутопластики с аутодермопластикой. При косых и прямых паховых грыжах с незначительным разрушением задней стенки (щелевая либо овальная форма пахового промежутка) разработан способ пластики, включающий «гофрирование» задней стенки пахового канала путем фиксации объединенного сухожилия внутренней косой и поперечной мышц к пупартовой связке вплоть до внутреннего пахового кольца. При этом паховый промежуток практически ликвидируется. Консолидация выполненной аутопластики выполняется аутодермальным трансплантатом, уложенным ретрофуникулярно и фиксированным к апоневрозу внутренней косой мышцы, лонному бугорку и пупартовой связке. Впереди семенного канатика ушивается край-в-край апоневроз наружной косой мышцы. При сложных формах паховых грыж с высоким паховым промежутком (5 см и более) разработан другой способ аутопластики задней стенки, включающий релаксирующий разрез в передней стенке прямой мышцы по Tanner, после чего латеральный край влагалища вместе с объединенным сухожилием фиксируется к пупартовой связке вплоть до внутреннего пахового кольца. Релаксирующий разрез позволяет фиксировать ткани без особого натяжения. После фиксации латерального края рассеченного влагалища пупартовой связки наступает перемещение прямой мышцы в латеральную сторону и укрытие пахового промежутка мышечной тканью. Аутодермальным трансплантатом укладывается ретрофуникулярно и фиксируется по краю дефекта передней стенки влагалища прямой мышцы. Впереди семенного канатика ушивается апоневроз наружной косой мышцы и формируется наружное паховое кольцо. Кроме того, аутопластику задней стенки пахового канала выполняем из поперечного пахового доступа, особенно при сложных паховых грыжах. При этом лоскут кожи в виде эллипса иссекается вокруг надлобковой складки в левой или правой паховой области соответственно. На протяжении 2005–2016 гг. в хирургическом отделении ГУ РКБ г. Тирасполя пролечено 515 взрослых больных с паховыми грыжами, среди которых у 254 (49, 3 %) на операции констатировано паховые грыжи без разрушения пахового промежутка, что, по классификации L. Nyhus, относится к I–II типу, а у 261 (50,7 %) имелись сложные паховые грыжи с высоким паховым промежутком, которые, по классификации L. Nyhus, относились к III-ABC и IV-ABCD типу. Результаты лечения. Из общих осложнений

отмечено 2 (0,4 %) случая ОНМК, из них 1 (0,2 %) с обширной гематомой левого полушария (больной умер на 7-е сутки), а также 5 (1 %) случаев острой задержки мочи, потребовавшей отведения мочи катетером в течение длительного времени. Местные осложнения: посттравматические ишемические орхиты – 14 (2,7 %) случаев; нагноение раны – 1 (0,2 %) случай. В отдаленные сроки (катамнез 10 лет) выявлено 2 (0,4 %) рецидива грыж.

Вывод. Предложенные способы аутопластики задней стенки пахового канала в сочетании с аутодермопластикой зарекомендовали себя как эффективные беззатратные методы с хорошими ближайшими и отдаленными результатами лечения.

279. АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СЕПТИЧЕСКОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ

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

Екатеринбург

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

Цель: проанализировать результаты лечения больных инфицированным панкреонекрозом при септической секвестрации поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни пациентов с инфицированным некрозом паренхимы поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки с гнойными осложнениями. В большинстве случаев больные перегоспитализировались из стационаров Свердловской области при наличии септической секвестрации (отграниченной и неотграниченной). Всего — 1230 человек за 10 лет. Из них у 173 ранее установленный диагноз не подтвердился. Это были больные с перипанкреатическим инфильтратом и асептической секвестрацией. Отграниченный инфицированный панкреонекроз, септическая секвестрация (абсцесс) выявлен у 221, неотграниченный инфицированный панкреонекроз - гнойно-некротический парапанкреатит (панкреатогенная флегмона) — 836 человек. Больные перипанкреатическим инфильтратом с микроабсцессами пролечены консервативно. При рецидиве ПОН, сепсисе осуществлялась посиндромная терапия переводом в ОРИТ. Мониторинг клетчаточных пространств - 1 раз в 7 дней.



Оперативное лечение до появления жидкостных скоплений – нецелесообразно даже при микроабсцедировании и сепсисе. Консервативное ведение было у 139 (летальность – 5,8%). Попытка дренирования у 23 привела к увеличению летальности в этой группе до 52,2%. Показания для пункционного (навигационного) дренирования жидкостной полости выставлялись при наличии желтухи, гастриты или дуоденостаза, панкреатогенной интоксикации. Результаты и обсуждение. У больных с ограниченной септической секвестрацией лечение в ОРИТ только при наличии ПОН. Сепсис был у 6,7%, Абсцессы диаметром до 5 см опорожнялись при пункции. Пункционное дренирование панкреатогенного абсцесса проводили при средних размерах до 7 см. Наружное дренирование абсцесса из мини доступа - при больших размерах. При септической секвестрации (инфицированный панкреонекроз, неотграниченный) имело место свободно распространяющееся нагноение в зоне панкреатогенной агрессии. Как правило, рецидивирующее течение ПОН. Здесь нет перспектив выживания без хирургического вмешательства, мониторинга и протезирования органных дисфункций. Широкая лапаротомия, открытое дренирование инфицированного неотграниченного панкреонекроза формирование ретроперитонеостомы приводит к утяжелению состояния. Навигационное пункционное дренирование под контролем УЗИ дает временные результаты. Дренирование и санации проводились через бурсооментостому. Суть операции - в формировании и дренировании единой гнойной полости и некрэктомию через оментобурсу или ретроперитонеостому. Возможна обработка гнойных полостей ультразвуком. Летальность колеблется от 12,1% до 28,7%. Применение этапной тактики хирургического лечения у пациентов с обширными поражениями брюшинной клетчатки при панкреатогенных флегмонах позволило осуществлять адекватное дренирование обширных панкреатогенных флегмон с меньшими рисками развития инфекционно-токсического шока и улучшить результаты лечения. Варианты формирования ретроперитонеостомы при двухподреберном доступе, формирование ретроперитонеостомы из лапаротомного и люмботомного доступов в настоящее время нами не применяются. Итак, при лечении инфицированного панкреонекроза мы отдаем предпочтение следующей тактике: перипанкреатический инфильтрат – консервативное лечение, ограниченная септическая секвестрация – пункция и адекватное дренирование (навигационная пункция, дренирование из минидоступа, секвестрэктомию), при неотграниченной септической секвестрации – формирование единого пространства, наружное дренирование через разрезы, программные санации, предпочтение отдается минидоступу.

280.НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОКОВЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА.

Сердюков М.А., Кирилин Г.Е., Кчибеков Э.А.

Астрахань

ФГБОУ ВО "Астраханский Государственный Медицинский Университет"

Цель: Улучшение результатов оперативного лечения больных с послеоперационными грыжами живота боковой области.

Задачи: Разработать и внедрить в хирургическую практику способ оперативного лечения боковых послеоперационных грыж живота.

Методы: Для реализации поставленной цели нами разработан новый способ оперативного лечения боковых послеоперационных грыж живота, который заключается в следующем: после выделения из рубцовых тканей и анатомической препаровки наружной и внутренней косой мышцы в пределах: от прямых мышц живота до поясничных мышц и от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости и грыжевого мешка. Производили инвагинацию грыжевого мешка в брюшную стенку без вскрытия. Выделенная внутренняя косая мышца живота ушивалась узловыми швами над грыжевыми воротами. Сверху укладывалась смоделированный полипропиленовый эндопротез. В верхней части полипропиленового эндопротеза на равных расстояниях производились два надреза снизу вверх формируя три лоскута, на 5 мм длиннее ширины ребра, в конце каждого надреза выкраивалось ромбовидное отверстие со сторонами 5мм для исключения сдавления сосудисто-нервного пучка ребра. Выделялось и мобилизовалось с сохранением сосудисто-нервного пучка одиннадцатое ребро и дистальная часть двенадцатого ребра Средний лоскут полипропиленовой сетки заводился под одиннадцатое ребро. Боковые лоскуты сетки располагались над одиннадцатым ребром и фиксировались узловыми швами к надкостнице ребра и к среднему лоскуту в верхней части. Далее сетка фиксировалась узловыми швами с латерального края к апоневротической части широкой мышцы спины и к надкостнице одиннадцатого и дистальной части надкостницы двенадцатого ребра. С медиальной стороны сетка фиксировалась к краю прямой мышцы живота. Снизу сетка фиксировалась к лигаментарной части внутренней косой мышцы живота. Поверх сетки ушивалась наружная косая мышца живота. Послеоперационная рана послойно ушивалась. Данный способ (заявка №2016134091 (053087) приоритет от 19.08.16г.) оперативного лечения боковых по-



слеоперационных грыж живота разработан на кафедре хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России и прошел успешную апробацию в хирургическом отделении НУЗ Отделенческая больница на ст. Астрахань 1 ОАО «РЖД» у 5 больных. Вывод. Предлагаемым способом достигается улучшение результатов хирургического лечения, а именно исключается возможность миграции эндопротеза и развитие релаксации мышц боковой стенки живота ввиду достаточно прочной фиксации к анатомическим структурам.

**281. КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ
МАЛОИНВАЗИВНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ,
ТАКИХ КАК РАДИОЧАСТОТНАЯ
АБЛЯЦИЯ И ЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ
МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ
КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.**

Ковальский А.В., Асташов В.Л.

Москва

ГВКГ им. Н.Н.Бурденко

Частота метастатического поражения печени при различных локализациях достигает от 25 до 80%. Общая пятилетняя выживаемость пациентов 5–6% [Adam R., Avisar E. 2011]. Хирургическая резекция, как условно радикальный метод лечения, стоит на первом месте у больных с метастатическими злокачественными опухолями печени при колоректальном раке [Memon M.A. 2001]. Но при этом частота осложнений составляет 19–43% [Федоров В.Д. 1987]. Альтернативой хирургическому удалению новообразований печени – методы локального воздействия на очаг метастатического поражения [Siperstein A.E., Berbere E. 2001]. Наша работа посвящена оценке эффективности комплексного использования различных малоинвазивных манипуляций при лечении метастатическом поражении печени при колоректальным раком, таких как радиочастотная абляция и эмболизация. Нами в ретроспективный анализ были включены данные 7 пациентов с метастатическими поражениями печени колоректальным раком, которые получили мультимодальное лечение в 60 хирургическом отделении ФГКУ Главного военно-клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко в период с 2011 по 2016. План лечения и оследования каждого больного разрабатывался индивидуально. В первую (n = 2), основную группу, вошли больные, которым вместе с эмболизацией применялась радиочастотная абляция. Во вторую (n = 5), кон-

трольную группу, вошли пациенты, которым выполнялась эмболизация совместно с операцией. К легким осложнениям можно отнести постэмболизационный синдром, который с различной степени выраженности наблюдался у всех больных перенёвших процедуру эмболизации и проявлялся проходящей гипертермией, болями в эпигастральной области, тошнотой, повышением в крови уровня щелочной фосфатазы, трансаминазы, гамма-глутамилтранспептидазы. Это осложнение стоит рассматривать как естественная побочная реакция на эмболизацию [Paye F., Farges O. 1999]. Специфический клинический симптомокомплекс после проведения радиочастотной абляции проявляющийся преходящей субфебрильной лихорадкой и общей слабостью получил название постабляционного синдрома [Goldberg S.N. 2005]. Различная степень выраженности и продолжительность симптомов зависела от локализации и объема подвергнутых радиочастотной абляции опухолевых узлов. Эти явления не относится к разряду осложнений абляции, поскольку так же являются естественной, физиологической реакцией организма на термическое повреждение. В одном наблюдении при проведении радиочастотной абляции развился реактивный холецистит, разрешившийся после антибактериального и спазмолитического лечения. Реактивный правосторонний плеврит после операции развился у 2 пациентов, что потребовало динамического наблюдения и симультанного лечения. В послеоперационном периоде в одном наблюдении из первой группы отмечается появление транзиторной бактериемии, возникшей на фоне инфекционного осложнения – абсцесса правого поддиафрагмального пространства, в области радиачастотной абляции на 21 сутки и разрешенная путём дренирования абсцесса под контролем УЗИ и проведения антибиотикотерапии, трансфузионной и иммуномодулирующей терапии. Общее количество малых осложнений у 2 больных, наблюдалось в 4 случаях. К серьезным осложнениям можно отнести то, что в одном случае наблюдалось инфицирование зоны некроза с появлением двух абсцессов правого поддиафрагмального пространства, в области радиачастотной абляции на 11 и 21 сутки после процедуры. Возникновение биомы зоны дренирования доли печени на 21 сутки после абляции а одном случае. Общее количество серьезных осложнений у 2 больных, составляет 3 случая. При рассмотрении второй группы, где совместно с операцией использовался метод эмболизации в послеоперационном периоде у пациента развилось осложнение в виде биомы правой поддиафрагмальной области на 20 сутки, после операции. Так же у этого же больного из второй группы, где совместно с суперселеутивной эмболизацией осу-



ществлялась правосторонняя гемигепатэктомия на 19 сутки развился реактивный правосторонний гидроторакс, потребовавший двукратного дренирования в послеоперационном периоде. Таким образом, большинство возникающих осложнений при использовании интервенционных методов локального воздействия на очаг метастатического поражения колоректального рака в печени в двух исследуемых группах при соблюдении методики выполнения, показаний и противопоказаний могут быть устранены консервативным путем или с помощью малоинвазивных методов лечения, не требующих сложных хирургических манипуляций. Радиочастотная абляция и химиоэмболизация не связаны с высоким риском тяжелых осложнений, требующих повторных тяжелых хирургических вмешательств, в отличие от оперативного вмешательства.

282. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИФфуЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У МУЖЧИН

*Макаров И.В., Галкин Р.А., Сидоров А.Ю.,
Шибанов В.Я., Романов Р.М.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Введение. В российских и зарубежных работах, на наш взгляд, недостаточно внимания уделяется особенностям клинического течения ДТЗ у мужчин. Цель исследования. Выявление особенностей клинического течения ДТЗ у мужчин и выработка оптимальной тактики хирургического лечения. **Материал и методы.** Проведён сравнительный анализ клинического течения и хирургического лечения 29 мужчин и 30 женщин с ДТЗ в возрасте от 23 до 78 лет. В исследуемой группе суммарный объем ЩЖ, выявленный на УЗИ, колебался от 70 см³ до 360 см³. Средний объем ткани железы составил 170±37 см³. В группе сравнения суммарный объем железы от 55 до 180 см³, средний – 107±24 см³. Тиреоидэктомия выполнена 31 пациенту (мужчин – 18 - 62,1%, женщин – 13 - 43,3%); субтотальная резекция ЩЖ по О.В. Николаеву – 20 больным (мужчин – 6, женщин – 14); субтотальная резекция по Е.С. Драчинской – 8 (мужчин – 5, женщин – 3). Обсуждение результатов. В ходе исследования было выявлено, что IV степень увеличения ЩЖ по Николаеву выявлена у 18 (62%) мужчин, III ст. – у 6 (20,7%), в то время, как женщин с III ст. и IV ст. было по 9 (по 30%) человек. Расположение ЩЖ: типичное наблюдали у 24 женщин (80%) и всего у 8 (27,6%) мужчин; кольцевидное расположение ЩЖ

– у 4 (13,3%) женщин и у 12 (41,4%) мужчин; загрудинное расположение – у 9 (31%) мужчин и лишь в 2 случаях (6,7%) у женщин. У 9 мужчин (31%) было выявлено сочетание кольцевидного расположения ЩЖ со сдавлением пищевода и трахеи, что клинически проявлялось странгуляционным синдромом; еще 8 (27,6%) пациентов имели сочетание кольцевидного расположения с загрудинным расположением зоба. У 22 (75,9%) мужчин был диагностирован тиреотоксикоз тяжелой степени; у 7 (24,1%) – средней степени тяжести. В группе сравнения наблюдали тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия II-III ст. была отмечена у 89,7% (26 человек) мужчин, и у 50% у женщин. В исследуемой группе у 10 мужчин (35,5%) медикаментозно не удалось купировать тиреотоксикоз. Всем им, с целью предоперационной подготовки, выполняли от 2 до 4 сеансов плазмафереза. Показанием к тиреоидэктомии считали агрессивное течение тяжелого тиреотоксикоза, большой зоб, выраженную офтальмопатию, высокий уровень а/т к р-ТТГ. В большинстве операций (82%) использовался ультразвуковой скальпель «Гармоника», что сокращало время операций в среднем на 30-40 минут.

Выводы. 1. Клиническое течение ДТЗ у мужчин более тяжелое и агрессивное, чем у женщин. 2. Операции при ДТЗ у мужчин технически более сложны, т.к. в 72,4% случаев встречается либо кольцевидное, либо загрудинное расположение железы. 3. Объем и способ оперативного вмешательства должен избираться индивидуально с учетом тяжести заболевания, наличия или отсутствия ЭО, титра антитиреоидных антител, прежде всего к рецепторам ТТГ, а также, возраста и длительности предшествующей антитиреоидной терапии. Предпочтительной операцией является тиреоидэктомия.

283. ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Макаров И.В.(1), Сидоров А.Ю. (1), Копосов И.С.
(2), Болтовская В.А. (2), Осадчий А.С. (1)*

Самара

1) ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России 2) НУЗ
"ДКБ на ст. Самара" ОАО "РЖД"

Введение. В настоящее время гиперпаратиреоз является одной из актуальных проблем современной медицины. При этом первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) в развитых странах рассматривается как третья эндокринная эпидемия, наряду с са-



харным диабетом и заболеваниями щитовидной железы (Черенько С.М., 2011). Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) – это заболевание, которое отражает цепь поначалу компенсаторных, а затем патологических процессов, развивающихся в ответ на снижение уровня кальция в крови и сопровождающихся гиперплазией околощитовидных желез (ОЩЖ). Третичный гиперпаратиреоз (ТГПТ) рассматривается как следствие длительно существующего ВГПТ. Единственным видом лечения данного заболевания является удаление патологических околощитовидных желёз (ОЩЖ). Материал и методы. По данным хирургического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД», являющегося клинической базой кафедры, оперированы 50 пациентов (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 33 до 82 лет с диагнозом «первичный и третичный гиперпаратиреоз» за период с 2011 по 2015 годы. При этом у 24 пациентов был выявлен первичный (ПГПТ), а у 26 – третичный гиперпаратиреоз (ТГПТ). В 60% отмечали в качестве сопутствующей патологию щитовидной железы, что потребовало выполнения симультанных операций на этом органе. У больных с ПГПТ выявлены следующие формы заболевания: костная – у 6, почечная – у 7, смешанная форма – у 11. Все пациенты с ТГПТ находились на программном гемодиализе в связи с терминальной стадией ХПН. Больные предъявляли жалобы на мышечную слабость, боли в мышцах, костях, позвоночнике, суставах, шаткость походки. Нередко выраженность болевого синдрома была такой, что больные были вынуждены ежедневно принимать анальгетики. Для всех пациентов с гиперпаратиреозом были характерны депрессивное состояние, снижение памяти, мыслительной деятельности и т.п. Обследование пациентов включало: оценку общего статуса; УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) и околощитовидных желёз (ОЩЖ), сцинтиграфию и/или МРТ ОЩЖ, исследование уровней паратгормона, общего и ионизированного кальция; фосфора у больных с ТГПТ, а также общеклинические исследования. Обсуждение результатов. Данные об аденоме ОЩЖ подтверждались при УЗИ и сцинтиграфии не более, чем в 80% случаев, при МРТ – в 93% случаев. При УЗИ выявляли 1 или 2 изменённые ОЩЖ, хотя во время проведения операций их было на 1-2 больше (у всех пациентов с ТГПТ). Средние значения ионизированного кальция до операции у пациентов с ПГПТ были $2,08 \pm 0,6$ ммоль/л, паратгормона – $385,28 \pm 106,4$ pg/ml. У пациентов с ТГПТ уровень ионизированного кальция был в среднем $1,26 \pm 0,4$ ммоль/л, фосфора – $1,65 \pm 0,24$ ммоль/л, а паратгормона – $1459,7 \pm 116,2$ пг/мл. При топической диагностике у пациентов с ПГПТ в 85% случаев выявляли одиночную аденому нижней левой ОЩЖ. У больных с ТГПТ выявляли

множественные аденомы верхних и нижних ОЩЖ справа и слева. Всем пациентам выполняли удаление аденом ОЩЖ (пациентам с ТГПТ – тотальную паратиреоидэктомию). Продолжительность операций от 30 минут до 2 часов 10 минут (в среднем – 1 час 35 минут). Всего было удалено 108 аденом: 28 у 24 пациентов с ПГПТ и 82 у 26 пациентов с ТГПТ. У больных с ПГПТ у 20 (83%) были единичные аденомы, у 4 пациентов – 2 аденомы; у 8 пациентов была выявлена сопутствующая патология ЩЖ. С ТГПТ в 5 случаях выявлена 1 аденома ОЩЖ, в 6 случаях – по 2, в 8 случаях обнаружены 4 аденомы ОЩЖ. Чаще всего выявляли и удаляли 3 аденомы ОЩЖ – в 11 случаях (42%); у 9-х больных отмечали сопутствующее поражение ЩЖ. Размеры удалённых изменённых желёз в 44% превышали 1 см в диаметре. В 3-х случаях у пациентов с ТГПТ и в одном с ПГПТ потребовались повторные операции при возникновении ложного рецидива заболевания. Симультанно при ПГПТ при сопутствующей патологии щитовидной железе были выполнены следующие операции: резекции ЩЖ (субтотальная резекция ЩЖ – 5, резекция одной доли – 9) – в 14 случаях (67%), гемитиреоидэктомия – 3 пациентам (14%), тиреоидэктомия – 4 больным (19%). При ТГПТ: резекция ЩЖ (субтотальная – 4, резекция доли – 11) 15 пациентам (83%), гемитиреоидэктомия – в 3 случаях (16%). У пациентов с ПГПТ средние значения ионизированного кальция на следующий день после операции после операции были $1,31 \pm 0,23$ ммоль/л (в среднем концентрация снизилась на $0,72$ ммоль/л – 34,6%), паратгормона – $159,6 \pm 97,3$ pg/ml (в среднем снизился на $225,3$ pg/ml – 58,5%). У пациентов с ТГПТ средние значения уровня ионизированного кальция были $0,9 \pm 0,3$ ммоль/л (снизились в среднем на $0,36$ ммоль/л – 28,6%), ионизированного фосфора – $1,3 \pm 0,2$ ммоль/л (снизились на $0,35$ ммоль/л – 21%); значения паратгормона – $415,6 \pm 160,7$ pg/ml (на $1044,1$ pg/ml – 72% ниже среднего значения до операции). Следует заметить, что при адекватно выполненной операции (за исключением 4 случаев ложных рецидивов заболевания) уровни кальция и паратгормона нормализовались уже при повторном их исследовании через 7 дней после операции. При гистологическом исследовании были получены следующие данные: в 48,5% получены фолликулярные аденомы, светлоклеточная аденома ОЩЖ 14,5%, аденома солидно-клеточного строения – 14,5%, тубулярная аденома – в 9%, онкоцитомы – в 1,5%, аденома ОЩЖ из плотных паратиреоцитов у 12% пациентов. Заключение. Таким образом, ПГПТ и ТГПТ чаще встречаются у женщин в возрастной группе старше 50 лет. Сочетанные поражения ЩЖ и ОЩЖ наблюдаются более чем в 60%. Для топической диагностики аденом ОЩЖ необходимо выполнение не менее



2-х инструментальных исследований: УЗИ и сцинтиграфию ОЩЖ, либо УЗИ и МРТ. При оперативном лечении необходимо исследовать все места типичного залегания ОЩЖ, а затем – возможной приобретенной миграции и эмбриональной эктопии; критично относиться к данным дооперационного исследования, иметь ввиду возможность множественного поражения ОЩЖ, использовать правило симметричного расположения ОЩЖ с обеих сторон (в 80 % случаев). Необходимо избегать эмпирической резекции ЩЖ. Больные с третичным гиперпаратиреозом нуждаются в постоянном динамическом наблюдении вследствие возможного рецидива заболевания.

284. ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

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

Оренбург

- 1) ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Оренбург;
- 2) ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова», г. Оренбург

Актуальность. Совершенствование медицинских технологий позволило пересмотреть подходы к лечению пациентов с панкреонекрозом, в частности с его осложнениями, в виде так называемых панкреатических жидкостных образований (ПЖО). 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. 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, прогрессирующим гнойным процессом. В ходе анализа причин послуживших основанием для повторных операций выявлено, что во II группе в ходе лечебного процесса ни в одном случае не возникла необходимость выполнения повторных вмешательств, связанных с неэффективностью дренирования и последующим расширением объема вмешательства. Выполнение 5 повторных операций (11,6%) было связано с формированием новых жидкостных образований не связанных с первичным очагом (результаты подтверждены данными КТ и интраоперационно). В противоположность этому у больных I группы неэффективность дренирования потребовала расширения объема дренирования ПЖО в 5 случаях (13,5%) и одно повторное пункционное дренирование (2,7%) – без расширения объема. Данная тенденция объясняется отсутствием возможности



полноценной инструментальной ревизии жидкостной полости, и как следствие, неадекватной санацией патологического очага. Во время повторных операций в дренируемых полостях были обнаружены крупные, свободно лежащие секвестры, поддерживающие очаг воспаления, неспособные к эвакуации вследствие недостаточного диаметра дренажных трубок. Это подтверждает данные о недостаточной клинической эффективности пункционного дренирования ПЖО, содержащих помимо жидкостного компонента секвестры.

Выводы: 1) Дренирование из малоинвазивного доступа под УЗН более эффективно по сравнению с пункционным дренированием; 2) Возможность полноценной инструментальной ревизии и малая травматичность сочетают в методе лучшие стороны пункционного дренирования и открытой операции.

285. РАЗРАБОТКА РАЦИОНАЛЬНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ ПРИЁМОВ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Каримов П.Ш.

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения острого калькулезного холецистита у больных с высоким операционным риском. Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе 129 пациентов с острым калькулезным холециститом, оперированных на базе кафедры хирургических болезней №1 за период 2008-2016 г. В пожилом возрасте было 93 (72,1%), в раннем старческом возрасте – 32 (37,2%), в глубоком старческом возрасте – 4 (3,1%). Женщин было 106 (82,2%), мужчин - 23 (17,8%). Все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 86 (66,7%) пациентов, которым произведены неотложные лапароскопические холецистэктомии, а контрольную 43 (33,3%) которым произведены традиционные холецистэктомии, в том числе 3 больным был переход на конверсию. Следовательно, среди обследованных больных наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были гипертоническая болезнь – 85 (65,9%), ишемическая болезнь сердца – 77 (59,7%), сахарный диабет – 38 (29,4%) и ожирение – 37 (28,7%). Результаты. В ситуации,

когда перед операцией не удавалось получить достоверной информации о состоянии желчных путей или при выявлении атипичных расположений желчного пузыря (n=5), атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока: при синдроме Мирризи (n=13), инфильтратах гепатодуоденальной зоны (n=4), внутривнутрипеченочного расположения желчного пузыря (n=8) с целью дифференциальной диагностики внепеченочных желчных протоков проводили субоперационную холангиографию. Субоперационные осложнения при лапароскопической холецистэктомии отмечены в 9,3% случаев, в виде кровотечения из ложа желчного пузыря (n=5) и подтекание желчи по контрольному дренажу (n=3) напротив 18,6% при традиционной холецистэктомии.

Заключение. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите у больных с высоки операционным риском является выполнимым и относительно безопасным вмешательством.

286. ОБОСНОВАННОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Каримов П.Ш.

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Обосновать проведение нестандартной лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у больных с высоким операционным риском. Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 86 больных острым калькулезным холециститом, которые были оперированы в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2008 по 2016 г. Возраст больных варьировал от 60 до 83 лет. Пациентов пожилого возраста было 64 (74,4%), раннего старческого возраста – 19 (22,1%), глубокого старческого возраста – 3 (3,5%). Женщин было 69 (80,2%), мужчин - 17 (18,8%). Все пациенты с учетом возраста и наличие сопутствующих патологий отнеслись к группам высокого операционного риска. Стандартная лапароскопическая холецистэктомия выполнено 41 (47,7%), лапароскопическая холецистэктомия от дна - 28 (32,5%) и субтотальная лапароскопическая холецистэктомия - 14 (16,3%). В 3 (3,5%) наблюдениях осуществлен переход на конверсию. Частично ин-



трапаренхиматозно расположенный пузырь был выявлен в 12 (13,9%) случаев, полностью интрапаренхиматозное расположение имело место в 8 (9,3%) случаях. При этом в 13 (15,1%) наблюдениях произведено стандартная лапароскопическая холецистэктомия (n=8) и лапароскопическая холецистэктомия от дна (n=5). А в остальных 7 (8,1%) случаев выполняли разработанный вариант лапароскопической модификации операции Прибрама.

Результаты. В послеоперационном периоде желчеистечение из ложа желчного пузыря (50-100 мл) имело место у 5 (5,8%) больных, которое прекратилось самостоятельно на 2-3 сутки. В 5 (5,8%) наблюдениях при разделении спаек и выделении шейки пузыря было заподозрено наличие синдрома Мирризи, для подтверждения которого нами была выполнена интраоперационная холангиография. Развитие послеоперационных осложнений отмечено в 6 (7,0%) случаях, что проявилось нагноением троакарных ран (n=1), желчеистечением (n=2) и развитием гипостатической пневмонии (n=3).

Заключение. Сравнительный анализ эффективности различных видов лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у лиц с высоким операционным риском показывает, что применявшиеся нестандартные виды лапароскопических вмешательств, позволяют обеспечить высокую точность хирургического вмешательства и в сложных условиях предупредить возможные угрожающие жизни осложнения.

287. ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Махмадёрв Х.Ш.

Душанбе

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого деструктивного панкреатита, путем оптимального выбора операции с применением видеолaparоскопии.

Материал и методы. Проведен анализ 45 клинических наблюдений острого деструктивного панкреатита, оперированных с помощью видеолaparоскопии. Женщин было 33 (73,3%), мужчин – 12 (26,7%). Возраст больных варьировал от 29 до 78 лет. **Результаты.** Снижение послеоперационных осложнений и летальности у больных с деструктивными формами панкреатита, в основном были

связаны с применением видеолaparоскопии и параллельным применением современных этиотропных и антибактериальных препаратов. Показаниями к видеолaparоскопическим вмешательствам являлись нарастание свободной жидкости в брюшной полости, показателей диастазы в моче, амилазы крови, увеличение эндогенной интоксикации, не зависимо от количество выпота в брюшной полости, а также неясные в диагностическом плане ситуации. Легкий панкреатит (абортивная форма некротизирующего панкреатита) наблюдали у 36 (80,0%) пациентов. Им всем произведены лапароскопические операции, включая дренирование сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости, субоперационное введение антиферментных препаратов в парапанкреатическую клетчатку, и катетеризация круглой связки печени. С тяжелыми формами панкреатита (развернутая форма некротизирующего панкреатита) оперированы 9 (20,0%) больных. Им произведено видеолaparоскопический лаваж сальниковой сумки, формирующихся гнойно-некротических очагов поджелудочной железы и дренирование брюшной полости. Из всех оперирующихся 9 (20,0%) пациентам произведены программированные санации. Одним из обязательных этапов лапароскопических вмешательств являлось взятие выпота из брюшной полости на биохимическое и микробиологическое исследование. Почти во всех случаях при биохимическом исследовании, отмечалось повышение уровня диастазы до 1400 ЕД и выше. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (13,3%) больных. Летальных исходов не отмечено. Изучение периодической литературы показывает, что на современном этапе развития медицины, применением новых видеолaparоскопических методов лечения острого деструктивного панкреатита, удалось сократить число оперативных вмешательств и снизить летальность с 36,8% до 12,6%. **Заключение.** Применение видеолaparоскопии при остром деструктивном панкреатите расширяет диагностические, технические и лечебные возможности, позволяет отказаться от ранних лапаротомий на высоте эндогенной интоксикации, сопровождающихся высокой летальностью.



288. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Махмадёрров Х.Ш.

Душанбе

Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали ибн Сино

Введение. Острый панкреатит (ОП) в настоящее время является наиболее распространенным и тяжелым заболеванием органов брюшной полости. Летальность при ОП несмотря на применение современных методов консервативного и оперативного методов лечения, остается очень высокой и при остром деструктивном панкреатите (ОДП) достигает 30-60%. Многие аспекты диагностики и лечения ОП до настоящего времени не решены и требуют более глубокого и всестороннего исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы. За последние 15 лет в клинике на лечение находились 465 пациентов с различными формами ОП. Мужчин было 187 (40,2%), женщин – 278 (59,8%). Возраст пациентов составил от 35 до 82 лет. Наиболее часто причиной ОП являлось желчнокаменная болезнь (ЖКБ), что наблюдалось у 320 (68,8%), злоупотребления алкоголем – у 86 (18,5%), посттравматические – у 27 (5,8%), идиопатический – 19 (4,1%) и у 13 (2,8%) пациентов причиной развития ОП определить не удалось. Согласно усовершенствованной в клинике классификаций, больные с ОП были разделены по 4 основным форм: легкая форма (отечный панкреатит) – 320 (68,8%); средней тяжести (отек и мелкоочаговый некроз) – 78 (16,8%); тяжелая форма (крупноочаговый и сливной панкреонекроз) – 40 (8,6%) и крайне тяжелая (субтотальный и тотальный панкреонекроз) - 27 (5,8%) Для диагностики ОП применяли клинико-лабораторные исследования с определением уровня прокальцитонина (ПКТ) сыворотки крови, УЗИ, КТ и видеолапароскопия.

Результаты. На сегодняшний день наиболее эффективным методом диагностики ОП и ее осложнений, является УЗИ. Наличие ОП при УЗИ установили в 434 (93,3%) наблюдениях, при этом данный метод позволило установить наличие осложнений ОП в 54% случаев. Важным и необходимым методом диагностики ОДП и ее осложнений является определение уровня ПКТ сыворотки крови. У больных с ОДК, осложненной перитонитом и абдоминальным сепсисом наблюдалось крити-

ческое ее повышение до $6,4 \pm 0,04$ нг/мл. Диагностическая лапароскопия было выполнено в 62 наблюдениях, в 45 случаях ее эффективно трансформировали в лечебное пособие. Комплексное консервативное лечение оказалось эффективным у 339 (73,9%) пациентов. Различные варианты хирургических вмешательств были выполнены в 81 (17,4%) наблюдениях и в 45 (9,7%) случаях произведены видеолапароскопические вмешательства. Различные специфические послеоперационные осложнения наблюдали у 32 (6,9%) пациентов, с 15 (3,2%) летальными исходами.

Заключение. Применение видеолапароскопических и открытых классических методов хирургического лечения гнойно-некротических очагов, в сочетании с интенсивной инфузионной терапией дает обоснование для улучшения результатов лечения ОДК.

289. КОЛОСТОМИЯ И ИЛЕОСТОМИЯ В ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Пономарев А.Г.(1), Мансуров Ю.В.(2)

Екатеринбург

1) МАУ "Городская клиническая больница №40" 2) ГБУЗ СО СОКБ №1, УГМУ Кафедра Хирургии ФПК и ПП

Цель нашего исследования - сравнительный анализ результатов обструктивной резекции толстой кишки и правосторонней гемиколэктомии по поводу обтурационной опухолевой непроходимости с последующим выполнением восстановительной операции после обструктивных резекций (1 группа) и результатов двухэтапного лечения: на первом этапе — формирование разгрузочной коло- или илеостомы, на втором — выполнение радикальной операции с ликвидацией кишечной стомы (2 группа).

Материалы и методы. Исследуемые группы были сопоставимы по количеству больных (143 и 123 пациента соответственно), возрасту, полу, сопутствующей патологии. По локализации опухоли, в обеих группах преобладала сигмовидная кишка. В исследовании не вошли результаты лечения пациентов, перенесших перитонит вследствие диафрагматической перфорации толстой кишки или перфорации опухоли. В 1 группе выполнялись следующие неотложные оперативные вмешательства: обструктивная резекция прямой и сигмовидной кишки (78 операций, 54,5%); обструктивная левосторон-



няя гемиколэктомия (52 операции, 36,4%); правосторонняя гемиколэктомия (11 операций, 7,7%); субтотальная колэктомия (2 операции, 1,4%). По данным гистологического исследования удаленного препарата в подавляющем большинстве выявлена G2 аденокарцинома, по TNM: T4N0M0 (100 пациентов, 69,9%); T4N1M0 (28 пациентов, 19,6%); T4N2M0 (14 пациентов, 9,8%); T3N0M0 (1 пациент, 0,7%). Почти в 30% случаев имелось опухолевое поражение регионарных лимфоузлов. У таких пациентов с высокой долей вероятности можно ожидать местный рецидив или метастатическое распространение опухоли. Во 2 группе из 123 случаев 64 пациентам (52%) выполнена лапаротомия, трансверзостомия (32 пациента, 26%), сигмостомия (16 пациентов, 13%), илеостомия (16 пациентов, 13%), а 29 (23,6%) – лапароскопическая сигмостомия, 18 (14,6%) – илеостомия, 11 (8,9%) – трансверзостомия, 1 (0,8%) – десцендостомия. Радикальное оперативное лечение выполняли в плановом порядке вторым этапом через 36,2±5,2 дней. Повторные операции выполнены 23 (38,4%) пациентам после лапароскопически дополненной операции, в 28 (43,8%) случаях после коло-илеостомии лапаротомным доступом. По данным гистологического исследования удаленного препарата в подавляющем большинстве выявлена G2 аденокарцинома, по TNM: T4N0M0 (27 случаев, 52,9%); T4N1M0 (18 случаев, 35,3%); T4N2M0 (6 случаев, 11,8%).

Результаты и обсуждение. Восстановительная операция проведена в 122 случаях (после обструктивной резекции левой половины ободочной кишки) в среднем через 6,5 месяцев после первичной. Интраоперационно во время радикальной операции у 29 (23,8%) пациентов выявлено прогрессирование онкопроцесса, то есть проведенная обструктивная резекция толстой кишки не являлась радикальной. Во время всех восстановительных операций с ликвидацией стомы выполнена расширенная лимфодиссекция, что повышает радикальность данных вмешательств. Количество послеоперационных осложнений и летальность в первой группе оказалась выше (12,6%), чем во второй (7,3%). Число послеоперационных раневых и интраабдоминальных осложнений в 1 группе (31,5%) было значительно больше, чем во 2 группе (11,3%).

Выводы: 1. Двухэтапные операции с первичным формированием разгрузочных стом позволяют первым этапом ликвидировать кишечную непроходимость минимально травматичным способом, снизить количество послеоперационных осложнений и летальность. 2. Второй этап двухэтапного лечения больных с опухолевой непроходимостью проводится в плановом порядке после коррекции сопутствующей патологии в условиях специализированного стационара. 3. Более короткий

временной интервал между наложением стомы и радикальной операцией с ликвидацией кишечной стомы по сравнению с пациентами, которым была выполнена обструктивная резекция кишки, значительно улучшает качество жизни пациентов.

290. "ОСТРЫЙ ЖИВОТ" У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург

Александровская больница

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, входящие в группу «острый живот» сохраняют свое лидирующее положение в структуре госпитальной летальности. Хронические психические заболевания (ХПЗ) наблюдаются у 5% населения и данная группа больных нуждается в постоянном наблюдении психиатра. 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. Проанализированы результаты лечения у 151 больного с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, развившимися на фоне хронического психического заболевания (основная группа). Контрольную группу составили 302 больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, входящими в группу «острый живот» без признаков какого-либо психического заболевания. Среди 151 больного основной группы оперировано 114 (75,5%), а среди 302 больных контрольной группы оперативное вмешательство выполнено у 265 (87,7%) при этом среди больных основной группы миниинвазивные вмешательства выполнены у 78 (68,4%) больных, а в контрольной группе этот вид хирургического пособия наблюдался у 182 пациентов (68,7%). Использование методов диагностической и лечебной эндоскопии и эндовидеохирургии, позволяет ускорить диагностический процесс и обеспечить в подавляющем большинстве случаев раннюю верификацию диагноза, обеспечить индивидуализированный подход в выборе лечебной тактики, снизить травматичность хирургического лечения и исключить неоправданные оперативные вмешательства. Факторами, влияющими на течение и исход острого хирургического заболевания органов брюшной полости у больных хроническими психическими заболеваниями на



фоне приема психотропных препаратов. являются позднее обращение за медицинской помощью и наличие осложненных, нередко терминальных стадий заболевания с явлениями выраженной полиорганной недостаточности. В диагностике нозологических форм «острого живота» имеются определенные трудности из-за особенностей клинической картины и течения заболевания, наличия социального компонента, утяжеляющего ведение больного. Отличительными особенностями клинической картины и течения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у больных с хроническими психическими заболеваниями являются трудности сбора жалоб и анамнеза болезни вследствие недостаточного словесного контакта, обусловленного снижением интеллекта и постоянным приемом психотропных препаратов, отсутствие характерных симптомов для любой нозологической формы острого живота, длительное бессимптомное течение вплоть до развития крайних форм острого хирургического заболевания, превалирование функциональных нарушений работы кишечника, в виде гипомоторной дискинезии или динамической кишечной непроходимости, утяжеляющих течение основного заболевания. Улучшение результатов диагностики и лечения острых заболеваний органов брюшной полости на фоне хронического психического заболевания может быть достигнуто за счет широкого внедрение в экстренную хирургию новых принципов и методов диагностической и лечебной эндоскопии и эндовидеохирургии, позволяющих резко снизить инвазивность диагностики, ускорить диагностический процесс и обеспечить в подавляющем большинстве случаев раннюю верификацию диагноза, обеспечить индивидуализированный подход в выборе лечебной тактики, снизить травматичность хирургического лечения и исключить неоправданные оперативные вмешательства.

проходило под руководством профессоров Н.В. Соколова, Р.А.Вяслева, М.А.Ерзина. В 1963г. аспирант Салихов И.А. защитил кандидатскую диссертацию "О нарушении функционального состояния интероцепторов кишечника при остром разлитом перитоните". Менее чем за десять лет работы на кафедре Салихов И.А. прошёл путь от ассистента до профессора и заведующего кафедрой с более чем вековой историей. В 1970 году защитил докторскую диссертацию "Некоторые патогенетические механизмы перитонита в организме с неизменной и измененной иммунобиологической реактивностью". Заслуженному деятелю науки РТ профессору И.А.Салихову принадлежат фундаментальные труды по патогенезу и лечению перитонита, острой надпочечниковой недостаточности при ургентной абдоминальной патологии, разработаны способы ее профилактики и лечения. Одной из первых в стране руководимая им клиника положила начало современному гастроэнтерологическому направлению, углубленному изучению и развитию органосохраняющей хирургии. Под руководством Салихова И.А. осуществлялись организация и развитие специализированных отраслей хирургии на базе многопрофильной РКБ МЗ РТ. Салихов И.А. подготовил 29 кандидатов и докторов наук, много лет руководил обществом хирургов Татарстана, работал проректором по учебной работе (1970-1975) КГМИ, был Председателем Учёного Совета по защите кандидатских и докторских диссертаций, многие годы являлся членом редакционной коллегии "Казанского медицинского журнала". Человек высокой культуры, прекрасного образования, тонкий ценитель российской и зарубежной прозы, поэзии, театрального искусства, знаток классической музыки, замечательный хирург и педагог профессор И.А.Салихов является непревзойдённым авторитетом для многих поколений своих учеников.

291.К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА И.А. САЛИХОВА

Карпухин О.Ю.

Казань

ГБОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет» Минздрава России

В 2017 году исполняется 90 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки РТ, заведующего кафедрой хирургических болезней №1 КГМУ (1969-1992), профессора Ирека Алимзяновича Салихова. Его становление как хирурга, учёного, педагога

292.УДАЛЕНИЕ ЛИПОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ НЕПРОСТОЙ ОПЕРАЦИЕЙ

*Баулин А.А., Баулин В.А., Литвиненко А.И.,
Баулина Е.А., Терентьев А.Н., Баулина О.А.,
Беляков Ю.Н., Габараев В.В.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им.Захарьина,
ОКБ РЖД, Кузнецкая МРБ

Пожалуй, нет такого хирурга, который не сталкивался бы с липомами различной локализации,



и операция, как правило, не представляет собой трудно исполнимой. Однако бывают липомы и довольно сложные для диагностики, и хирургического лечения – удаления. В нашей практике мы также сталкиваемся с теми же проблемами. В современных условиях, несомненно, в трудных случаях выручают высокоинформативные и малоинвазивные методы – УЗИ, КТ, МРТ. Формат публикаций тезисов не позволяют представить конкретные наглядные примеры, как диагностических находок, так и клинических наблюдений, некоторые из которых являются уникальными. Если опухоль лежит в подкожной клетчатке, то её диагностика не трудна. Когда липома расположена в глубоких слоях – под фасцией, в межмышечных пространствах, а особенно в грудной, брюшной и полости таза, то возникают затруднения и с интерпретацией данных аппаратных исследований, и выполнения хирургического вмешательства. Липомы подмышечной области обладают особенностями распространения в клетчатке с вовлечением сосудистого, нервного сплетений и лимфатического коллектора, что делает манипуляции в этой зоне опасными в плане повреждений (4 наблюдения). Капсула и соединительнотканые элементы буквально оплетают все важные образования, диссекция проводится с чрезвычайной осторожностью, как правило, без использования каутеров. Если липома располагается на спине, пальпируется как малоподвижное образование, но смещаемое с массивом мягких тканей, то она расположена под мышцами на разной глубине и в разных слоях, нередко хирург затрудняется с интерпретацией и пытается обнаружить липому в подкожной клетчатке (3 наблюдения). И только после рассечения перимизия и разведения мышечных волокон, обнаруживается желтоватая опухоль с тонкой капсулой. Местная анестезия порой затрудняет поиск. Очень просто бывает, когда на задней поверхности шеи пальпируется образование, и кажется, что оно поверхностно, то анестезия ещё больше изменяет анатомию (6 наблюдений). Если липома в подкожной клетчатке, то она плотная из-за особенностей фасций и связок в этой области и проблем не представляет, но если она в межмышечных пространствах многочисленных мышц разгибателей, то поиск порой становится затруднительным, лучше оперировать под наркозом без инфильтрации. Липомы передней поверхности шеи создают проблему, если расположены под поверхностным листком собственной фасции шеи в латеральном треугольнике или под глубоким листком – под медиальным – это глубокое пространство шеи, и анатомические взаимоотношения могут быть самые необычные (6 наблюдений). Операцию лучше проводить через достаточный разрез для визуального контроля манипуляций. Липома здесь может быть

и исходящей из средостения, предоперационная диагностика должна быть исчерпывающей. Липомы средостения чаще диагностируются как находки при флюорографии или КТ по другому поводу (4 наблюдения). Выбор доступа определяется локализацией, возможен торакоскопический вариант, мы использовали один раз. В литературе есть описания удалений подслизистых пищеводных липом диаметром до 6см с помощью подслизистого туннелирования. Липомы брюшной полости и забрюшинного пространства чаще обнаруживаются во время лапаротомии (6 наблюдений) или люмботомии (3 наблюдения), чаще бывают довольно больших размеров, затруднения возникают на операции при внутрибрыжеечном расположении. Очень интересную картину создают липомы тазовые, особенно расположенные в области большого седалищного или запирающего отверстий, поскольку дают неврологическую симптоматику (4 наблюдения). Эти больные проходят длительные курсы лечения у невропатологов, нейрохирургов, мануальных терапевтов, пока не выполнят КТ или МРТ. Одна из больных перенесла лапароскопическое удаление липомы, но операция оказалась не радикальной, при контрольной МРТ – опухоль оставалась на месте – удалена из доступа по Пирогову. Удаление представляет очень деликатную задачу освобождения от корешков и седалищного или запирающего нервов, что делается фактически за счёт тактильных ориентиров. В области большого седалищного отверстия, возможно, при малой подвижности образования и опасности травматизации седалищного нерва или его корешков, осуществлять доступ через большую ягодичную мышцу. Липома в области пупартовой связки может выглядеть как невраправимая грыжа, бедренная или паховая (11 наблюдений), а может быть в виде запонки – одна часть выше, другая ниже связки, связь через узкое отверстие в любой из лакун и без грыжевого мешка. Может быть липома семенного канатика в виде грыжи (9 наблюдений), также без грыжевого мешка, и яичка, которая выглядит как не напряжённая водянка. Липомы конечностей (4 наблюдения) также зависят от расположения: в подкожной клетчатке, и тогда это просто, и в межмышечных пространствах, тогда сложность с диагностикой, а при операции нужно выбрать безопасный доступ с рассечением фасции, перимизия, разведения мышц без конфликта с сосудами и нервами. Бывают липомы, казалось бы невозможных локализаций: на кисти, пальцах (3 наблюдения), путают их с гигромами. Липомы на волосистой части головы тоже редкие (точных данных нет, но не менее десятка), поскольку у подавляющего числа пациентов – это атеромы, тоже жировые опухоли, но исходящие из желёз, продуцирующих полужидкий жир для смазки кожи.



Однако липомы выглядят как атеромы, поскольку из-за особенностей строения шлема, множества соединительнотканых перемычек, растут в замкнутых плотных пространствах, не подвижные.

293. ЗНАЧЕНИЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДНОЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

*Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А.,
Литвиненко А.И., Баулина Е.А., Масаева Р.Р.,
Баулина О.А., Стещкина И.В.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6
им.Захарьина, ОКБ РЖД

Современная видеоэндоскопия расширило технические возможности визуализации различной патологии, в том числе желудочно-кишечного тракта. Стали видимыми структуры и изменения, которые были плохо различимы при фиброволоконной эндоскопии. Это связано с несколькими факторами: ограничением чёткости изображения за счёт максимально возможных точек (пикселей) – всего 100-150 тысяч; наличием «мёртвого» пространства между цилиндрическими волокнами, которое «крадёт» около 30% изображения; невозможностью технического улучшения изображения; редко выполняемым инверсионным осмотром из-за боязни износа и поломки волокон, что приводит к образованию черных полей на изображении; подготовкой специалистов и их ориентировкой и др. Мы анализируем два периода работы: первый – при использовании фиброволоконных эндоскопов и второй этап – применение видеоэндоскопов в основном фирмы Фьюджинон. FUJINON 4400 – это полностью цифровая эндоскопическая система, обладающая самыми современными диагностическими возможностями. Благодаря усовершенствованным технологиям обработки изображений, в том числе системы интеллектуального цветового выделения, улучшается чёткость изображения, что позволяет замечать самые незначительные изменения слизистой. В результате удается значительно повысить точность диагностики, причем результаты эндоскопического исследования сохраняются в цифровом формате на сетевом устройстве или на флэш-карте памяти (тип COMPACT FLASH). При рутинном обращении видеоэндоскопически исследовано 1185 пациентов, из них женщин – 684, мужчин – 501. Жалобы предъявляли – 1072 (90,5%), из них на же-

лудочную диспепсию – 646 (60,3%), изжогу – 321 (29,9%), тяжесть в желудке – 177 (16,5%), отрыжку – 174 (16,4%), тошноту – 152 (14,2%), горечь в полости рта – 101 (9,4%), дисфагию – 88 (8,2%), рвоту – 50 (4,7%), срыгивание – 9 (0,9%). Различные по локализации боли были у 857 обследуемых (72,3%). Выявленная патология во всей группе: ГЭРБ – 933 (78,7%), хронический гастрит – 647 (54,6%), хронический дуоденит – 596 (50,3%), язва дпк – 201 (17,0%), эрозии желудка – 172 (14,5%), эрозии дпк – 59 (5,0%), папиллит – 42 (3,5%), язва желудка – 24 (2,0%), лейкоплакия пищевода – 21 (1,8%), язва пилорического канала – 18 (1,5%), кандидоз пищевода – 16 (1,4%), полип желудка – 14 (1,2%), рак желудка – 11 (0,9%), оперированный желудок – 6 (0,5%), подслизистые опухоли – 6 (0,5%), варикоз вен пищевода – 6 (0,5%), полип пищевода – 5 (0,4%). Выявляемость рефлюкс-эзофагита напрямую зависит от типа эндоскопа: используя оптоволоконные приборы «OLYMPUS» (2005-2007 гг.) – диагностировали у 21,5% обследуемых; используя цифровые видеоэндоскопы «FUJINON» (2009-10 гг.) выявляемость повысилась до 66,3% (ЦНИИГ – 2009 г. – с использованием цифровые приборы «FUJINON» – 37,8 %); использование интеллектуальной цифровой хромоскопии (FICE) в последние годы у 933 пациентов подняло этот процент до 78,7%. Рефлюкс-эзофагит по Савари-Миллеру в модификации GNJ Tytgat et al. (1990 г) диагностирован в основном 1 степени у 776 (83,2%), 2 степени у 115 (12,3%), 3 степени у 28 (3,1%), 4 степени у 8 (0,9%) и 5 степени у 4 (0,5%). В программу видеоэзофагогастродуоденоскопии у нас в клинике обязательно входит инверсионный осмотр кардии и определение её недостаточности, которую мы считаем важнейшим диагностическим признаком ГЭРБ-ГПОД. У 807 (86,5%) пациентов складка Губарева не закрывала вход в пищевод, т.е. обнаружена недостаточность кардии: НК 1 ст. – 371 (48,2%), НК 2 ст. – 169 (21,7%), НК 3 ст. – 125 (15,4%) и НК 4 ст. – 142 (14,7%). Выводы: Фиброволоконный метод в отличие от видеоэндоскопии имеет существенные недостатки в выявлении ГЭРБ и недостаточности кардии. Применение видеотехнологии улучшает диагностику ГЭРБ за счёт лучшей визуализации, при использовании различных длин волн удается диагностировать мельчайшие изменения эпителия пищеводно-желудочного перехода. Применение свободно изгибающихся видеоэндоскопов позволяет выявлять степень НК, в том числе на ранних сроках проявления РЭ и направлять пациентов на хирургическую коррекцию запирательной функции НПС не дожидаясь грозных осложнений ГЭРБ в виде язв, стенозов и пищевода Барретта. У всех обследуемых нужно инверсионно осматривать кардию.



294. ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГПОД-ГЭРБ И ИХ ПРИЧИНЫ

*Баулин А.А., Баулин В.А., Литвиненко А.И.,
Баулина Е.А., Терентьев А.Н., Баулина О.А.,
Беляков Ю.Н., Герцог Н.А., Стешкина И.В.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им. Захарьина,
ОКБ РЖД, Кузнецкая МРБ

Повторные операции под диафрагмой, особенно после открытых, представляют значительные трудности. Проблемы, которые вынуждают хирургов и пациентов решаться на такие вмешательства, связаны с диагностикой не выявленной патологии до первой операции, неправильно выполненными операциями, послеоперационными изменениями манжетки в виде сползаний вверх или вниз, рецидивом грыж, недостаточностью кардии и усугублением эзофагита, постваготомическими расстройствами, миграцией сеток от мест крепления или в просвет, как и бандажей, магнитов, или с локальными воспалениями и др. То что эти осложнения были, есть и будут, говорят многочисленные наблюдения авторов из различных клиник, хотя отмечается общая тенденция затушевать свой хирургический брак. Отсюда следует, что хирургам на основании объективных данных проверенных диагнозов надо правильно выставлять показания к первой операции, честно говорить о своих неудачах, причинах, и самое главное, надо чётко определиться при необходимости: что исправлять и каким путём. Под нашим наблюдением находились и находятся 294 больных, из которых 254 оперированы в клинике по авторской методике – лапароскопическая фиксация угла Гиса (ЛфуГ), из других клиник оперированы: 25 – выписки не сохранились, 7 - по Ниссену, 3 - по Тупе, 2 - по Дору, 3 - по Черноусову. Основное осложнение авторского метода – миграция фиксирующей ленты в просвет. Поскольку почти 100% больных после операций контролируем видеоскопией и рентгеноскопией, то можем чётко предположить, что миграция возникает и по клиническим данным после 2-3 месяцев, когда чаще при наличии малосимптомной клинической картины в виде неприятных ощущений в эпигастрии эндоскопист по задней поверхности видит подобие язвы с посторонним предметом внутри – сетка или лента ксеноперикарда. Замена полипропиленовой сетки на ксеноперикард не привела даже к снижению процента этого осложнения – 5,0% - т.е. причина не в материале, только течение этого уникально-

го по сути осложнения значительно изменилось. С восемью пациентами, где была миграция сетки, поступали следующим образом. Первый пациент уже почти 7 лет наблюдается и об удалении не помышляет, боится возврата болезни, клинически у него всё хорошо, видеоскопически воспаление в пищеводе полностью купировано, кардия сомкнута, лента видна в просвете желудка, рентгенологически рефлюкса нет. У троих произведено рассечение ленты АПК, один после первого сеанса рассечения ленты попросил удалить её и провести классическую операцию, проведена с хорошим исходом. У троих удалены через малые разрезы в местах креплений, у двоих из них под контролем видеоскопии, у одной совершенно свободно извлечена тракцией. Одна готовится к удалению, в желудке виден конец ленты длиной 10-12см, без симптоматики. Из 5 с комбинированной лентой из ксеноперикарда и полипропилена у всех после миграции отмечалось разрушение ленты от контакта с желудочным соком. Возникшее воспаление в местах крепления на брюшной стенке у троих купировано вскрытием из малых локальных разрезов и дренированием. У одной из них лента свободно удалена из малых разрезов в местах крепления, у одной - концы полипропилена находятся в просвете желудка, у остальных воспаление купировано. Все 12 человек отмечают результат лечения или как хороший, или даже отличный, у них не вернулась симптоматика ГПОД-ГЭРБ, и не появились новые симптомы, связанные с миграцией – и это удивительный феномен, поэтому никакие исправляющие операции не требуются. Мы полагаем, что успевают сформироваться фиксирующая структура из собственных тканей, и она препятствует развитию патологического перемещения пищеводно-желудочного перехода и возобновлению рефлюкса. Возникновение миграции в сроки более месяца приводит к отграничению ленты и воспалительного процесса, дренирования очага через желудок. Двое пациенток без миграции оперированы в других клиниках в связи с подтверждением у них дуоденостаза не диагностированного до первой операции, выполнены корректирующие операции открытым способом. Один больной при отличных результатах по данным видеоскопии и рентгеноскопии из-за неприятных ощущений на языке, которые не прошли после операции настоял, чтобы ему выполнили операцию открытым способом по Ниссену, но улучшения не получил. У нас есть данные об отдалённых результатах 95% больных оперированных по нашему методу, но нет пока полной информации о количестве оперированных в регионе по другим методам и отдалённым результатам, поэтому невозможно предоставить сравнительные данные. 40 больных обращались за помощью в клинику в связи с не-



удовлетворительными результатами операций, проведенных им ранее в различные сроки: у 25 – выписки не сохранились, 7 – по Ниссену. 3 – по Черноусову, 2 – по Дору и 3 по Тупе. Никто из них не вызывался для активного послеоперационного обследования (отсюда и трудно судить о результатах в целом). Основные жалобы фактически или сохранившиеся после операции, или усугубившиеся, или вновь появившиеся. Некоторые настолько измучены болезнью, что на предложение продолжать лечиться консервативно, заявляют: так жить нельзя. Сроки после операции от 4 месяцев до 12 лет. Какие ощущения преобладают у 15: различные болевые - 15, отрыжка - 11, изжога - 9, забросы в пищевод - 8, вздутие живота - 7, чувство распирания в эпигастрии - 6, чувство переполнения даже от небольшого количества принятой пищи - 4, икота - 2 и др. При эндоскопическом исследовании у большинства больных сохранялись явления эзофагита различной степени, причём у половины они усугубились. Не у всех была ликвидирована недостаточность кардии, т.е. манжетные устройства были несостоятельны, у 2 больных кардия закрыта, но выраженные явления гастро- и дуоденостаза. Рентгенологически констатировалось наличие тупого угла Гиса, рефлюкс в пищевод, рецидив ГПОД, у двоих выраженные явления гастро- и дуоденостаза. Именно они отметили, что ухудшение у них наступило сразу же после операции, хотя до операции эвакуация не была нарушена. У троих больных после консервативного лечения наступило улучшение, они наблюдаются далее, троим - удалось выполнить операцию лапароскопической фиксации угла Гиса, двоим реконструктивную с двойным дренированием 12-перстной кишки. У одного больного после ЛфуГ полностью ликвидированы явления рефлюкса, но длительно существующая икота не прошла, возможно она связана с травмой диафрагмального нерва, поскольку возникла сразу после первой операции по Ниссену. Все пациенты после реконструкции полностью удовлетворены результатами. Шестеро больных перенесли тяжело первую операцию, склонны подождать с реконструкцией. Операция ЛфуГ может быть альтернативой другим реконструкциям, если не ликвидирована недостаточность кардии, поскольку она не только эффективна, но и значительно менее травматична в целом, особенно в плане повреждения веточек вагусов, что очень вероятно при повторных вмешательствах. При эвакуаторных расстройствах желудка и 12-перстной кишки нужны дренирующие операции.

295. АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ

*Хитарьян А.Г. Дульеров К.А., Завгородняя Р.Н.,
Ковалев С.А., Ромодан Н.А., Велиев К.С.*

Ростов-на-Дону

1) НУЗ "Дорожная клиническая больница
на ст. Ростов-Главный" ОАО "РЖД" 2) РостГМУ

Актуальность. Хирургическая анатомия тазового весьма сложна для понимания и стала предметом научного спора, при разработке реконструктивных операция на тазовом дне в проктологии. Тяжелые формы тазовых пролапсов сопряжены с повреждением и недостаточностью связочного аппарата первого и второго уровня.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ректоцеле посредством трехуровневой пластики тазового дна. **Материалы и методы.** проведенная работа включала морфологический и клинический раздел. Морфологическое исследование выполнялись на 16 трупах женщин. При наличии возможности выведения шейки матки за пределы гименального кольца на 2-3 см кнаружи делали заключение о наличии тазового пролапса. В результате признаки тазового пролапса у 9 (56,25%) трупов выявлялись, а у 7 (43,75%) трупов не обнаруживались. Были взяты для гистологического исследования участки мышечных структур тазового дна. Клиническая часть работы была выполнена при исследовании и лечении 124 женщин с задним тазовым пролапсом со II-IV стадиями заболевания. Выполнялось эхографическое исследование органов малого таза, при трансабдоминальном исследовании измеряли толщину тазовой диафрагмы в покое и при напряжении. УЗ-признаки недостаточности мышц тазового дна, а также измерение размеров ректоцеле проводили при трансвагинальном исследовании. При перинеометрии оценку силы сокращения мышц промежности проводили по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы с помощью влагалищного датчика перинеометра Peritron 9600. При недостаточности тонического усилия мышц промежности уточняли его степень. Результаты. проведенное патоморфологическое исследование выявило серьезные различия в степени дегенеративно-дистрофических изменений структур тазового дна. У трупов без признаков тазового пролапса дегенеративно-дистрофические изменения отсутствовали. У умерших женщин с тазовым пролапсом наблюдались дистрофические и фиброзные изменения структур



тазового дна: дегенеративно-дистрофические изменения centrum tendineum perineei встречались в 100% наблюдениях. Дистрофические изменения m.levator ani были выявлены только в одном случае (11,1%). Среди больных клинической группы уменьшение высоты тазового дна в области centrum tendineum perineei менее 10 мм при ультразвуковом исследовании выявили у 89 (69,3%) больных. Перинеометрия позволила уточнить степень выраженности функциональной недостаточности центральной части промежности. У 18 больных клинической группы параметры перинеометрии были в норме. Умеренная выраженность ФН ЦЧП наблюдалась в 70,2% (n=80), выраженная в 14,0% (n=16). Сравнительный анализ показал, что у больных с задним тазовым пролапсом наблюдалось истончение сухожильного центра промежности, снижение толщины мышц-леваторов, а также расхождение мышц в области тазовой диафрагмы. Выводы. Трансвагинальное и трансректальное ультразвуковое исследование тазового дна и ректовагинальной перегородки, тонометрическое исследование градиента вагинального давления покоя и напряжения являются важными диагностическими критериями функциональной недостаточности промежности и позволяют определить оптимальную тактику хирургической коррекции тазового пролапса.

296. РОЛЬ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ.

*Хитарьян А.Г.1,2, Дульеров К.А.,1
Завгородняя Р.Н.1, Ковалев С.А.1,2.*

Ростов-на-Дону

1 НУЗ "Дорожная клиническая больница" ст. Ростов-Главный ОАО "РЖД", 2 ГБОУ ВПО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России.

Актуальность. По данным различных авторов, при обследовании женщин в проктологическом кабинете, явления заднего тазового пролапса и ректоцеле встречаются до 35,5 % случаев, что соответственно может вносить коррективы в тактику лечения проктологических заболеваний и создает актуальность данной проблеме.

Цель работы. улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле путем усовершенствования оперативной тактики с учетом анатомо-функциональных особенностей структур тазового дна. Материалы и методы. Исследование заключалось

в патоморфологическом исследовании дефектов ректовагинальной перегородки при аутопсии трупов женщин, далее формировали клиническую группу из 150 пациенток с ректоцеле 2-3 степени. Обследование включало: клинический осмотр, проктодефектографию, стадирование заднего пролапса по системе POP-Q, MPT, эндоректального УЗИ, далее больные с ректоцеле были разделены на две группы: В 1 группе (n=72) пациентки были оперированы без дифференцированного подхода к выбору метода лечения ректоцеле. К пациентам 2 группы (n=78) были применены разработанные критерии дифференцированного выбора хирургической тактики. В ранний послеоперационный период оценивали длительность операции, объем кровопотери, продолжительность госпитализации, сроки социально-трудовой реабилитации, структуру осложнений. Использовались шкалы оценки запоров Векснера. Степень влияния симптомов, связанных с прямой кишкой, на разные стороны жизни до и после операции оценивали по подкатегориям CARDI-7 и POPIQ-7 вопросника PFIQ-7, а также POPDI-6 и CARDI-8 вопросника PFDI-20.

Результаты. У исследуемых пациенток (n=150) ректоцеле 2 степени было выявлено у 64 (42,9%), а 3 степени – у 86 (57,1%). Таким образом, по степени основного заболевания преобладали пациентки с 3 степенью ректоцеле. По классификации POP-Q пациентки были распределены следующим образом: 2 степень выявлена у 58 (38,8%) больных, 3 степень наблюдалась в 89 (59,2%) случаях, и у 3 (2%) больной выявлена 4 степень. Перинеометрия позволила уточнить степень выраженности функциональной недостаточности тазового дна. Умеренная морфофункциональная недостаточность мышц тазового дна встречалась у 61 (40,8%), а выраженная – у 89 (59,2%) больных. У 89 пациенток с выраженной функциональной недостаточностью мышц тазового дна на долю ректоцеле 3 степени приходилось 67 (75,9%) пациентки. Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 12 мес. до 5 лет после операции (медиана 3,5 года). В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 113 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 34 (22,4%) и 3 (2,0%) пациенток, соответственно. Нарастание симптомов пролапса не обнаруживалось у больных исследуемой группы. Не было улучшений по шкале POPDI у 1 (2,0%) пациентки. Хороший результат чаще встречался у больных по шкале POPDI. Проведение MPT после комбинированной операции показало качественную фиксацию купола влагалища к сакроспинальной связке. Фиксация влагалища в области его купола и шейки матки была физиологичной, что в последующем не затрудняло осмотра шейки матки при гинеко-



логическом обследовании. Выводы. 1. При диагностике и лечении ректоцеле и тазового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и в соответствии с этим подбирать вид тазовой пластики. 2. Предлагаемая тазовая пластика с дифференцированным выбором отличается малой травматичностью и низким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений. 3. В отдаленные сроки рецидив ректоцеле составил 2% при медиане наблюдения 3,5 года.

297.ВИДЕОАССИСТИРУЕМОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ – ТАК ЛИ НЕОБХОДИМА ФИСТУЛОСКОПИЯ И КОАГУЛЯЦИЯ СТенок СВИЩА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЦИДИВА?

*Костарев И.В., Титов А.Ю., Благодарный Л.А.,
Мудров А.А.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность проблемы: с 2006 года для лечения свищей прямой кишки применяется сфинктеросохраняющая методика – ликвидация свища видеоассистируемым методом (VAAFT). Особенности метода являются: исследование свищевого хода, поиск ответвлений свища и полостей затеков, определение локализации внутреннего свищевого отверстия с помощью фистулоскопа; ушивание внутреннего свищевого отверстия; отсутствие ран промежности после операции. Обработка свищевого хода производится через фистулоскоп, который вводится через наружное свищевое отверстие, и под контролем зрения производится поэтапная коагуляция внутренней выстилки свища и полостей затеков с помощью монополярного электрода. Однако методика не нашла широкого повсеместного применения и до сих пор остаются вопросы о диагностической ценности фистулоскопии и целесообразности использования фистулоскопа для обработки внутренней выстилки свищевого хода. Многие исследователи, занимающиеся хирургией свищей прямой кишки, в противоположность данному подходу, рекомендуют иссекать свищевой ход с целью хорошего дренирования полостей затеков и клетчаточных пространств, считая это одним из факторов успеха операции. **Цель исследования:** оценка диагностической ценности фистулоскопии и эффективности метода ушивания внутреннего свищевого отверстия с видеоассистируемой электрокоагуляцией свищевого хода в лечении высоких трансфинктерных и

экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Материалы и методы: за период с 2013 по 2016 гг., в проспективное одноцентровое исследование включено 28 пациентов, которым были выполнены видеоассистируемые операции с ушиванием внутреннего свищевого отверстия. У 20 (71,4%) пациентов имелись экстрасфинктерные свищи различной степени сложности, у 7 (25%) – высокие трансфинктерные свищи и в 1 (3,6%) случае – посттравматический свищ прямой кишки высокого уровня. Ранее, до обращения в центр, пациенты не переносили радикальных операций по поводу свища прямой кишки. В 23 (82,1%) случаях выполнялось ушивание внутреннего свищевого отверстия со стороны просвета кишки, в 5 (17,9%) случаях данный этап операции производился со стороны межсфинктерного пространства.

Результаты: метод фистулоскопии позволил точно локализовать внутреннее свищевое отверстие у 18 (64,3%) пациентов, в остальных наблюдениях при экстрасфинктерных свищах с «клюшкообразно» изогнутой проксимальной частью хода точно подойти к зоне расположения внутреннего свищевого отверстия не удалось. В то же время, с помощью традиционных способов – зондирование свищевого хода, проба с введением контраста, расположение внутреннего свищевого отверстия определено у всех 100% больных. Ни в одном случае при фистулоскопии не было обнаружено дополнительных затеков, которые не выявлялись с помощью других методов инструментального обследования до операции. Всего независимо от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия полное заживление свищевого хода отмечено у 19 (67,9%) пациентов, в 9 (32,1%) случаях сообщение наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки сохранялось, что расценивалось как рецидив заболевания. При этом частота рецидива не зависела от того, определялось ли внутреннее свищевое отверстие при фистулоскопии или нет. Период наблюдения за пациентами составил от 2 до 29 месяцев (Me=22). В случае полного заживления свища, рецидива заболевания за период дальнейшего наблюдения отмечено не было. Ни в одном случае после операции не выявлено какого либо ухудшения функции держания кишечного содержимого.

Заключение: опыт лечения 28 пациентов показал, что с помощью данной методики удается достичь хорошего результата в 67,9% случаев. Однако не выявлено зависимости частоты рецидива заболевания от того, была ли определена локализация внутреннего свищевого отверстия с помощью фистулоскопии или нет. Это в очередной раз ставит под сомнение диагностическую ценность данной процедуры. Вероятно, наибольшую роль в исходе операции, все таки, играет надежность ушивания



внутреннего свищевого отверстия и состоятельность швов в послеоперационном периоде. Для точного определения роли фистулоскопии и коагуляции свищевого хода через фистулоскоп необходимо проведение исследования, сравнивающего видеоассистируемый метод лечения свищей с методикой ушивания внутреннего свищевого отверстия и выскабливания выстилки свища без видеоассистенции.

298. РОЛЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Давыдова О.Е., Андреев П.С., Каторкин С.Е., Исаев В.Р.

Самара

ФГБОУ ВО Самарский государственный
медицинский университет

Актуальность. Язвенный колит (ЯК) – распространенное заболевание, причем наблюдается тенденция к ежегодному увеличению случаев выявления, преимущественно поражаются лица молодого и трудоспособного возраста. При воспалительных заболеваниях кишечника у больных потеряна иммунологическая толерантность к бактериям, населяющим желудочно-кишечный тракт. **Цель.** Улучшение результатов лечения пациентов язвенным колитом с учетом микробиологического состава микрофлоры кишечника. **Материал и методы.** В работе было обследовано 15 пациентов с язвенным колитом в возрасте от 28 до 61 года, которые находились на стационарном лечении в отделениях колопроктологии и гастроэнтерологии Клиник СамГМУ с января по август 2016 года. Мужчин было 7 (46,6%), женщин 8 (53,4%). У пациентов забор материала осуществлялся до начала лечения. Из биопсийного материала от 15 пациентов было выделено и идентифицировано 33 штамма микроорганизмов: 21 штамм из семейства Enterobacteriaceae, 1 штамм из группы грамотрицательных неферментирующих бактерий, 11 штаммов из рода Enterococcus. У 4 пациентов (26,8 %) микроорганизмы были выделены в монокультуре, у 3 пациентов (20,0 %) было выделено 3 микроорганизма; 2, 4 и 5 культур микроорганизмов было выделено у 2 пациентов соответственно (по 13,3 %). Роста микрофлоры не было выделено из 2 проб биопсийного материала (13,3 % пациентов). E.coli была выделена в монокультуре у 2 пациентов, при этом у одного из них был выделен штамм с муконидным фенотипом. Кроме E. coli в монокультуре

был выделен E. casseliflavus. У всех выделенных штаммов была определена резистентность к антибактериальным препаратам. 2 штамма E. coli (20,0 %) оказались резистентными к ампициллину и фторхинолонам. 1 (10,0 %) штамм проявил фенотип продуцента БЛРС. У остальных 7 (70,0 %) штаммов E.coli не было выявлено признаков резистентности к тестируемым антимикробным препаратам. Из 5 штаммов K. pneumoniae продуцентом БЛРС оказался 1 штамм (20 %), у остальных штаммов не было выявлено резистентности к тестируемым препаратам. **Выводы.** 1. Выделение микроорганизмов из группы энтеробактерий или энтерококков в биопсийном материале у пациентов с ЯК является косвенным фактом участия их в патологическом процессе в слизистой оболочке толстой кишки. 2. Выделение энтеробактерий из биопсийного материала в указанных титрах требует назначение антибактериальной терапии, даже в случае возможной контаминации биоптата кишечным содержимым. 3. Важность детального исследования видового состава энтерококков у пациентов с ЯК обусловлена высокими рисками распространения их во внутрибольничной среде и формирования множественной лекарственной устойчивости.

299. ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КРУПНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ ПИЩЕВОДА С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ

*Старков Ю.Г., Джантуханова С.В.,
Выборный М.И., Хон Е.И.*

Москва

Институт хирургии имени А. В. Вишневского

Введение: в ряде случаев предоперационное обследование не позволяет однозначно определить объем резекции органа до начала операции и окончательное решение принимается хирургом интраоперационно. К настоящему времени в качестве уточняющего метода распространение получило интраоперационное УЗ-исследование, в том числе из лапаро- и торакоскопического доступа. **Цель исследования:** продемонстрировать возможности торакоскопического доступа с ультразвуковой навигацией в определении объема операции при удалении крупной лейомиомы нижней трети пищевода сложной конфигурации. **Исследование:** женщина, 69 лет, с признаками умеренной дисфагии. По данным обследования, включающего ЭГДС, МСКТ и эндосонографию, выявлено крупное образование неправильной формы, размером до 50 мм, локализованное в нижней трети пищевода,



исходящее из мышечного слоя. Учитывая размер и сложную конфигурацию образования, в качестве основного варианта операции у пациентки рассматривалась резекция нижней трети пищевода из торакотомного доступа с пластикой желудочной трубкой и формированием внутригрудного анастомоза. С целью оценки возможности выполнения органосберегающего вмешательства принято решение начальным этапом выполнить торакоскопическое УЗ-исследование. Результат: интраоперационно выполнено торакоскопическое УЗИ - в области нижней трети грудного отдела пищевода визуализировано неоднородное гипозоногенное образование, состоящее из двух частей: внутри- и экстраорганный, размером до 25 и 20 мм соответственно. Под одновременной УЗ и эндоскопической визуализацией из торакоскопического доступа выполнена мобилизации образования путем тщательной диссекции, отделение его от мышечного слоя и слизистой пищевода без вскрытия просвета. Область дефекта в стенке пищевода ушита 10 узловыми швами. По данным водной пробы узловой шов в зоне энуклеации состоятелен. Послеоперационный период без осложнений. По данным гистологического исследования верифицирована лейомиома пищевода.

Заключение: таким образом, применение торакоскопического доступа с ультразвуковой навигацией позволило определить объем операции и провести минимально инвазивное органосберегающее вмешательство.

300. НОВЫЙ ФАКТОР ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Османов З.Х., 1) Семенов Д.Ю., 1) Богданов А.П., 2) Колоскова Л.Е., 1) Зайцева М.И.

Санкт-Петербург

- 1) Кафедра хирургии общей с клиникой. НИИ хирургии и неотложной медицины Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
- 2) ООО "МедЛабСПб"

На сегодняшний день, доказаны эффекты мелатонина в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта. В частности доказана роль в прогрессировании воспаления при язвенной болезни. Это позволяет нам сделать предположение об участии мелатонина и его рецепторов в патогенезе формирования гастро-дуоденальных язв и развитии осложнений. Целью нашего исследования явилось обоснование возможности прогнозирования ос-

ложнений гастро-дуоденальных язв с помощью определения экспрессии рецепторов мелатонина в слизистой пилоро-бульбарной зоны.

Материал и методы. Были обследованы 40 пациентов. Сформированы 4 группы в зависимости от наличия осложнений. В контрольную группу вошли 8 пациентов, без признаков пилородуоденальной язвы. Во второй группе - 16 пациентов с неосложненным течением язвенной болезни. У 9 пациентов третьей группы ранее имелась язва осложненная кровотечением. У 7-ми пациентов пилородуоденальная язва осложнилась перфорацией, что позволило объединить их в четвертую группу. Всем была выполнена гастродуоденоскопия с биопсией слизистой. В ГНЦ НИИ «Особо Чистых Биопрепаратов» (Санкт-Петербург) по оригинальной методике были синтезированы высокоспецифичные антитела к рецепторам мелатонина MT1 и MT2, которые использовались для иммунофлуоресценции. После измельчения биоптатов, проводилась реакция с антителами к MT1 и MT2. Далее производили окрашивание клеток коммерческими моноклональными антителами с флуоресцентными метками (goat anti rabbit FITC Ig G+M производства Becton Dickinson). На проточном цитометре EPICS XL/MCL/Beckman Coulter/ производили анализ готовых проб с использованием программы System II. Для оценки прогностического значения этого фактора был проведен дискриминантный анализ и составлена формула для вычисления: $D=1,127 \times MT1/MT2 - 4,005$, где MT1- экспрессия рецепторов мелатонина MT1 в исследуемых клетках в %, MT1- экспрессия рецепторов мелатонина MT1 в исследуемых клетках в %.

Результаты: Уровень экспрессии рецепторов MT1 и MT2 отличался у всех пациентов. У всех пациентов уровень MT1 был выше уровня MT2. Во всех группах исследуемых отмечено снижение и MT1 и MT2, в сравнении с показателями в контрольной группе. В контрольной группе и группе пациентов с неосложненной язвой значение дискриминантной функции (D) составило $-2,77657$ и $-2,35958$ соответственно, в группе с гастродуоденальной язвой осложненной кровотечением $2,09207$, а в группе с перфорацией $0,25506$. Таким образом, были выявлены качественные отличия распределения рецепторов мелатонина в исследуемых клетках в зависимости от тяжести течения язвенной болезни и наличия осложнений.

Выводы. Предлагаемый способ прогнозирования осложнений язвенной болезни состоит в отдельном определении уровня экспрессии активных рецепторов MT1 и MT2 в эпителии и расчет значения дискриминантной функции по формуле: $D=1,127 \times MT1/MT2 - 4,005$ При значении дискриминантной функции больше 0 ($D > 0$) прогнозируем развитие осложнений, а при значении меньше 0 (D



301. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СЕПСИСОМ

Галимзянов Ф. В., Прудков М. И.

Екатеринбург

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

Цель исследования. Показать результаты лечения пациентов с разлитым гнойным перитонитом при санациях брюшной полости по клиническим показаниям (релапаротомиях «по требованию») и «по программе». Материал и методы. Первая группа - 56 больных разлитым гнойным перитонитом, сепсисом. При ПОН и после его купирования – закрытое ведение, релапаротомии «по требованию». Вторая группа - 76 человек, этапное лечение: при ПОН – открытое ведение брюшной полости с формированием лапаростомы, ежедневные санации «по программе». После купирования ПОН – ушивание раны передней брюшной стенки, закрытое ведение и санации «по требованию». Общие принципы лечения включали: интенсивную терапию с мониторингом органных дисфункций и последующей коррекцией выявленных нарушений; антибактериальную терапию с учетом результатов микробиологических исследований; раннее парентеральное питание; санации брюшной полости, дренирование брюшной полости в перерывах между санациями; смену хирургической тактики после купирования явлений абдоминального сепсиса. Показаниями для санаций были: наличие полиорганной недостаточности; местных воспалительных изменений органов и тканей брюшной полости, визуально требующие продолжения санаций в ежедневном режиме; появление по дренажам примесей (моча, желчь, желудочное, кишечное отделяемое), а также наличие дополнительных признаков местных и системных нарушений в виде раздутых петель кишок, с жидкостными включениями между петель; некупируемые острые язвы слизистой желудка (ДПК). При хирургической обработке для санации гнойной раны передней брюшной стенки применяли струю аргоновой плазмы (режим ФУЛЬГУР, аппарат "ФОТЕК EA142"). Также производилась ультразвуковая кавитация брюшной полости аппаратом кавитационным «ФОТЕК АК 100», разработанным и изготовленным компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург). Результаты и обсуждение. При

санациях брюшной полости по требованию количество релапаротомий не превышало 3.3 ± 2.8 раз. Средняя продолжительность периода между релапаротомиями – 4.2 ± 5.4 дня. Летальность составила 51.8% (умерло 29 из 56 человек). При патологоанатомическом исследовании у 26 (89.7%) из 29 человек были выявлены явления некупируемого перитонита. При санациях брюшной полости «по программе» количество релапаротомий составило 6.4 ± 3.6 раз. Средняя продолжительность периода между релапаротомиями не превышало 12 - 36 часов. Летальность составила 21,1% (умерло 16 из 76 человек), При патологоанатомическом исследовании явления некупируемого перитонита имели место в 2,9 раза реже (в 5 из 16 наблюдений - 31,2 %). Применение открытого способа хирургического лечения больных разлитым гнойным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом позволило улучшить результаты лечения: снижение в 1,4 раза длительности нахождения в РАО, на 3,1 дня длительности лечения в стационаре, в 2.5 раза летальности. Эффективность лечения повышалась тогда, когда в комплекс лечения больных разлитым гнойным перитонитом, как дополнительный метод, включали методы ультразвуковой и бесконтактной аргоноплазменной обработки раневой поверхности передней брюшной стенки. Заключение. Высокая летальность больных распространенным гнойным перитонитом с явлениями тяжелого абдоминального сепсиса (51.8%) при закрытом ведении брюшной полости, использовании релапаротомий «по требованию» и традиционного дренирования трубчатými дренажами во многом обусловлена не только исходной тяжестью состояния пациентов, но и несвоевременностью санаций брюшной полости. В период полиорганной недостаточности наиболее целесообразны ежедневные санации брюшной полости (через 12-36 часов. Выраженные гнойно-воспалительные изменения тканей и органов брюшной полости также могут потребовать ежедневных санаций, независимо от наличия или отсутствия ПОН. Эффективность пассивного дренирования брюшной полости в перерывах между санациями может быть существенно повышена ее открытым ведением, контрапертурным дренированием боковых каналов через дополнительные поперечные миниразрезы и использованием широких плоских перчаточных дренажей. Частота ближайших и отдаленных раневых осложнений (некрозы краев, кишечные свищи, эвентрации, грыжи) может быть существенно снижена своевременным ушиванием ран и переходом на закрытое ведение брюшной полости.



302.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ.

*Матвеева О.В.(1), Жандарова Л.Ф.(2),
Павленко Н.Н.(1), Кесов Л.А (1).*

Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского
«Научно исследовательский институт
травматологии, ортопедии и нейрохирургии»
Минздрава России (1).
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Раз

Актуальность. Опухоли костей, составляя в общей структуре всех новообразований человека около 1%, представляют собой один из важнейших разделов морфологической диагностики. Затруднение в микроскопической верификации опухолей костей заключается в том, что многие из этих заболеваний имеют сходную микроскопическую картину. Особенно это проявляется при анализе материала, полученного при биопсии. Диагностика опухолей костного скелета имеет свои методологические особенности. Суть методики распознавания данных опухолей заключается в том, что правильный диагноз может быть установлен только при сопоставлении результатов обследования, полученных – хирургом, рентгенологом, цитологом и патологоанатомом. Для установления достоверного и окончательного диагноза решающими являются морфологические исследования (гистологический, цитологический).

Материалы и методы: За период 2008-2016 гг. в ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского «НИИТОН» находились на обследовании и лечении 150 (75%) больных с первичными костными опухолями в возрасте от 15 до 66 лет и 50 (25%) пациентов - с метастатическим поражением костей в возрасте от 42 до 70 лет. Материал для морфологического исследования получали с помощью открытой биопсии, а также с удаленной опухоли во время операции. Цитологическому исследованию подвергался мягкотканый компонент, гистологическому – измененная костная и мягкая ткани.

Результаты. При гистологическом исследовании гигантоклеточная опухоль верифицирована в 31,5% случаев. Средний возраст мужчин составил 34 года, женщин – 36 лет. Наибольшей локализацией явились эпиметафизы длинных костей, преимущественно дистального отдела бедренной кости, а также проксимального отдела большеберцовой кости. Остеогенная саркома диагностирована в

12% случаев. Средний возраст мужчин 20 лет, женщин – 23 года. Чаще всего опухоль локализовалась в дистальном отделе бедренной кости. Миеломная болезнь выявлена у 10% больных с преимущественным поражением ребер, бедренной кости, позвонков. При локализации опухоли в бедренной и плечевой костях по нашим данным выявлялись: хондросаркома - 8%, злокачественные мезенхимальные опухоли - 4%, злокачественная фиброзная гистиоцитома - 4% и хондробластома - 4%. Саркома Юинга диагностирована в 1% случаев у 2-х больных в возрасте 17 лет и 21 год с расположением в ребре и малоберцовой кости. Хордома верифицирована в 0,5% случаев с локализацией в крестце. В группе больных с вторичными поражениями костей, по нашим данным, у мужчин чаще всего диагностированы метастазы рака из почек и легких, у женщин - метастаз рака из молочной железы. Обсуждение. Таким образом, среди первичных опухолей костей в большинстве случаев выявлялась гигантоклеточная опухоль. Частой локализацией хондросаркомы и злокачественной мезенхимальной опухоли явились бедренная и плечевая кости. В группе больных с вторичными поражениями костей, у мужчин преобладали метастазы рака из почек и легких; у женщин - метастаз рака из молочной железы. Средний возраст данных пациентов составил 60 лет. Патологические очаги первичных и вторичных опухолей по нашим данным в 75% случаев располагались в бедренной кости.

Заключение. Морфологическое (гистологическое, цитологическое) исследование, наряду с рентгенологическим, играет важную роль при диагностике опухолей костной системы. Морфологические методы дополняют друг друга и применяются в едином диагностическом комплексе при верификации поражения костей. При сопоставлении результатов гистологического и цитологического диагнозов совпадение составило 97%.

303.МИНИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА: ОСЛОЖНЕНИЯ, ОШИБКИ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ

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

Москва

ФГБУ "НМХЦ 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 противопанкреатитической 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 минилапаротомией, эндоскопические манипуляции: холедохолитотрипсия, папиллосфинктеростомия, 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 мининвазивных 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.

304.ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКЦИЙ МАГИСТРАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА В ХИРУРГИИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ САРКОМ

*Расулов Р.И. (1, 2), Дворниченко В.В. (1, 2, 3),
Муратов А.А. (1, 2), Просекин К.С. (2),
Сонголов Г.И. (3)*

Иркутск

1) Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 2) Иркутский областной онкологический диспансер 3) Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Единственным эффективным методом лечения ретроперитонеальных сарком (РС) с вовлечением сосудистой магистрали является радикальный объёмом оперативного пособия. Частота опухолевого поражения сосудистой стенки составляет 18 — 34%. В 40% наблюдений операция возможна лишь с резекцией магистральных сосудов живота (МСЖ). Выбор оптимальной сосудистой реконструкции при удалении местно-распространённой РС является основным актуальным вопросом в лечении данной группы пациентов. **Цель:** изучить результаты расширенно-комбинированных операций при РС с вовлечением МСЖ. **Материалы и методы.** За период с 1996-2016 г.г. в Иркутском областном онкологическом диспансере находилось на лечении 270 больных с РС. Из них мужчин было 107 (39,7%), женщин - 163 (60,3%); средний возраст составил 50,4±14,73 лет (17-76 лет). В 202 (74,8%) наблюдениях установлен злокачественный, в 68 (25,2%) - доброкачественный характер опухоли. Распределение согласно морфологического пейзажа: герминогенные опухоли (15 – 5,5%), опухоли мезенхимы (184 – 68,1%), нейрогенные опухоли (44 - 16,2%), опухоли эндокринной



системы (13 - 4,8%) и опухоли неопределенной дифференцировки (15 – 5,5%). Сосудистая реконструкция на МСЖ выполнена в 25 (9,2%) наблюдениях, у 2 (0,7%) пациентов имелась первичная лейомиосаркома нижней полой вены (ЛНПВ). Результаты. Из 25 (9,2%) наблюдений в опухолевый процесс были вовлечены: аорта – 3 (12,0%), общая подвздошная артерия – 4 (16,0%), общая подвздошная вена – 4 (16,0%), наружная подвздошная вена – 2 (8,0%), нижняя полая вена (НПВ) – 7 (28,0%), при этом в двух наблюдениях имелось её первичное опухолевое поражение. Все пациенты прооперированы в радикальном объёме и морфологически-подтверждённым R0-краем резекции. При восстановлении артериального кровотока (аорта и её ветви) выполнено: линейное аллопротезирование (PTFE) в 3 (12,0%), краевой шов в 2 (8,0%), прямой артериальный анастомоз в 2 (8,0%) наблюдениях. При выполнении реконструкции венозных магистралей краевой шов был применён в 7 (25%), пластика аутовеной в 3 (12,0%), линейное аллопротезирование НПВ в 3 наблюдениях (10,7%). В 1 наблюдении, у пациентки с ЛНПВ выполнена резекция НПВ с тромбинтимиэктомией и резекцией участка вены, где крепилась ножка опухоли. Операция проведена в 2 этапа. Реплантиция почки с наложением артериального и венозного анастомозов выполнена в 5 наблюдениях. Средняя продолжительность операции удаления РС с сосудистой реконструкцией составила $345 \pm 44,5$ мин. Средняя интраоперационная кровопотеря составила $815,0 \pm 260,0$ мл. Частота послеоперационных осложнений, послеоперационный койко-день при удалении РС с резекцией МСЖ соответственно составили 9,0%, $12,0 \pm 0,67$ дней. Ретроспективный анализ показал, что отдаленная выживаемость больных с распространенными РС (с вовлечением МСЖ в опухолевый процесс), которым выполнена пробная/паллиативная операция соответственно составила: 1-летняя – 54,6%, 2-летняя – 30,3%, 3-летняя выживаемость – 0%, максимальная продолжительность жизни – 30 месяцев и средняя продолжительность жизни – $11,1 \pm 2,61$ месяцев. Отдаленная выживаемость больных с распространенными РС, которым выполнены комбинированные ангиоонкологические операции соответственно составила: 1-летняя – 100%, 3-летняя – 88%, 5-летняя – 82%. Максимальная продолжительность жизни составила 106 месяцев. Выводы. При наличии опухолевой инвазии в МСЖ - операция в объеме расширенно-комбинированного удаления РС с сосудисто-пластическим компонентом значительно повышает радикальность и функциональность вмешательства. В результате значительно снижается рецидив болезни и существенно увеличивается отдаленная выживаемость.

305. ПОВТОРНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ II-III СТАДИИ ПОСЛЕ НЕАДЕКВАТНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛАПАРОТОМНОЙ ОПЕРАЦИИ

*Старков Ю.Г., Джантуханова С.В.,
Выборный М.И., Ибрагимов А.С.*

Москва

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Введение: в настоящее время эзофагокардиомиотомия рассматривается в качестве операции выбора при ахалазии кардии. В хирургическом эндоскопическом отделении Института хирургии им. А.В.Вишневского выполняются все варианты минимально инвазивных вмешательств по поводу ахалазии кардии (баллонная кардиодилатация, РОЕМ, лапароскопическая эзофагокардиомиотомия).

Цель исследования: продемонстрировать возможности повторной лапароскопической эзофагокардиомиотомии при неэффективности первичной открытой операции выполненной с нарушением техники вмешательства.

Исследование: мужчина, 35 лет, в течение 4 лет отмечал затруднение при прохождении пищи по пищеводу. При обследовании был установлен диагноз ахалазия кардии, по поводу чего выполнена открытая операция Геллера. Послеоперационный период протекал без осложнений, однако клинического эффекта не отмечено и через 1 месяц жалобы возобновились. По результатам обследования в нашем центре, включавшего ЭГДС и МСКТ, выявлено резкое расширение пищевода с блоком на уровне пищеводного отверстия диафрагмы, признаки дисфагии 4 степени. Учитывая данные анамнеза и обследования, заподозрена неэффективность первичной операции по причине нарушения техники операции - неадекватное пересечение мышечного жома пищеводно-желудочного перехода. Принято решение о выполнении лапароскопической эзофагокардиомиотомии. В ходе операции выполнено расформирование передней фундопликационной манжеты, установлено отсутствие признаков хирургического вмешательства на мышцах пищевода - сохранность волокон пищеводного сфинктера, выполнена адекватная эзофагомиотомия с повторной фундопликацией по Дор. Послеоперационный период протекал без осложнений. По данным контрольной рентгеноскопии пищевода и желудка с контрастированием отмечено удовлетворительное функционирование пищеводно-желудочной перехода. Контроль



через три месяца демонстрирует высокое качество жизни и убедительную эндоскопическую картину. **Заключение:** оценивая результаты перенесенных ранее вмешательств, следует понимать, что неэффективность первичной операции может быть связана с неправильной техникой выполнения, повторная адекватная лапароскопическая эзофагокардиомиотомия позволяет получить хороший клинический результат после неуспеха первичной открытой операции у пациента с ахалазией кардии II-III стадии.

306. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

*Гончаров М.Ю. (1), Левчик Е.Ю. (2),
Ефимов Д.В. (2)*

Екатеринбург

- 1) Свердловская областная клиническая больница №1
- 2) Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн

Ежегодная заболеваемость остеомиелитом позвоночника (ОП) составляет 2,2 на 100 тыс. населения, в России – 2,4–5,6 на 100 тыс. населения. Период между появлением первых признаков ОП и подтверждением диагноза колеблется от 2 недель до 9 месяцев. Основными проблемами медицинской помощи пациентам с ОП считаются поздняя диагностика и несвоевременность специализированной хирургической помощи. Целью исследования было изучение результатов внедрения алгоритма помощи пациентам с ОП в Свердловской области с 01.01.2007 по 31.12.2015. На первом этапе ретроспективно проанализированы прогностические факторы исходов хирургического лечения в группе пациентов из 80 человек, оперированных в Областной клинической больнице №1 с 1999 по 2004 гг. На основании этого анализа был разработан алгоритм диагностики и тактики лечения ОП, внедренный в ЛПУ Свердловской области. Алгоритм включает клинко-диагностические критерии первичной постановки диагноза, этапы и способы диагностики ОП в районных ЛПУ, выбор ЛПУ для первичной госпитализации больных, показания к консервативной или оперативной тактике лечения пациентов, в зависимости от остроты ОП, септических проявлений, наличия и выраженности неврологических нарушений, показания к переводу пациентов в концентрирующие областные

стационары. Внедрение выполнили путем рассылки информационных писем, проведения занятий с курсантами кафедр хирургии и неврологии, лекций и выступлений на областных конференциях обществ хирургов и неврологов; в 2014 году был издан «маршрутный» Приказ Свердловского МЗ. На втором этапе исследования, были проанализированы результаты лечения 95 больных, оперированных с 01.01.2007 г., после начала внедрения предложенного алгоритма, по 31.12.2015, и сравнение их с показателями контрольной группы из 73 пациентов, лечившихся до внедрения алгоритма. Группы пациентов сопоставимы по возрастным и половым характеристикам, клинко-морфологическим формам ОП (спондилит, спондилодисцит, эпидуральный абсцесс), методам диагностики, способам и критериям оценки результатов хирургического лечения ($p > 0,2$). Результаты лечения пациентов в обеих группах расценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные, в зависимости от динамики неврологических нарушений, синдрома системного воспалительного ответа, наличия послеоперационных осложнений. У 73 пациентов (контрольная группа), в период с 1999 по 2004 гг., были получены хорошие результаты у 42 (57,6%), удовлетворительные – у 16 (21,9%), неудовлетворительные – у 15 больных (20,5 %). Высокая доля неудовлетворительных исходов в этой группе была связана с остаточными неврологическими нарушениями и септическими осложнениями. С 01.01.2007 по 31.12.2015 гг., после внедрения алгоритма, хорошие результаты получены у 70 (73,7%) из 95 пациентов, удовлетворительные – у 15 (15,8%), неудовлетворительные – у 10 (10,5%). Таким образом, в основной группе пациентов наблюдали увеличение количества хороших исходов лечения (73,4%) в сравнении с 1-й группой (57,6%), и двукратное снижение неудовлетворительных результатов (10,5 и 20,5 %) ($p < 0,05$).

307. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

*Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Демко А.Е.,
Зайцев М.Г., Секеев А.Н.*

Санкт-Петербург

ГБУ "СПб НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе"

До настоящего времени проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений сохраняет свою актуальность. Несмотря на прогресс в инстру-



ментальных методах диагностики, расширение арсенала терапевтических средств и хирургических вмешательств, успехи анестезиологии и реаниматологии, общая летальность при этой патологии остается на протяжении ряда лет постоянной и составляет 5-14 %, а послеоперационная - 5,7-35,2%. Желудочная локализация кровоточащих язв чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста, у которых риск радикальной операции в объеме резекции желудка чрезвычайно высок (Карипиди Г.К и др., 2013). 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. Больше половины больных (61,9%) старше 60 лет, 78% из которых имели выраженную сопутствующую патологию. С легкой степенью кровопотери было 84 (32,3%) больных, со средней и тяжелой степенями 74 (28,5%) и 102(39,2%), соответственно. При клинических признаках желудочно-кишечного кровотечения 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. Всем поступившим пациентам при эндоскопических признаках продолжающегося кровотечения и неустойчивого гемостаза выполнялась эндоскопическая остановка кровотечения или усиление гемостаза. В 89% случаев применялось комбинирование инъецирования и электрокоагуляции, в 11% - аргоноплазменная коагуляция. Эндоскопической остановки продолжающегося кровотечения удалось достичь у 86,2% пациентов, остальные были оперированы в экстренном порядке. 100% больным с желудочными язвенными кровотечениями была назначена антисекреторная, гемостатическая терапия, по показаниям проводились гемо-, плазматрансфузии. Рецидив кровотечения в стационаре имел место в 12 случаях (5,6%). 18 пациентов (7,8%) поступали в стационар с клиникой рецидивного кровотечения. 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 $\frac{3}{4}$ случаев (76,7%), в связи с тяжестью состояния пациентов, выполнены паллиативные операции, летальность при которых составила 13%. В остальных случаях выполнена резекция желудка, не повлекшая за собой летальных случаев. Послеоперационная летальность составила 10%. Общая летальность составила 13,8%. Более половины (61%) неблагоприятных исходов отмечено у пациентов с высоким риском операции (ASA IV-Vст.) на фоне тяжелой кровопотери.

308. К ВОПРОСУ ПРОГНОЗА РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КРОВОТОЧАЩИМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА

*Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Демко А.Е.,
Зайцев М.Г., Секеев А.Н.*

Санкт-Петербург

ГБУ "СПб НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе"

Важным вопросом в хирургии гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии является проблема их рецидива. Вероятность рецидивирования язвенного кровотечения определяется тяжестью перенесенной кровопотери и соответственно нарушениями в системе гемостаза, а также от эндоскопической характеристики источника кровотечения. Нами проанализированы случаи рецидивного кровотечения у 260 больных, находившимися на стационарном лечении с кровотечениями из язв желудка в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2013-15 гг. По данным анамнеза, наблюдения в до- и послеоперационном периодах рецидив язвенного кровотечения имел место в 33 случаях у 26 (10%) больных. В стационаре с состоявшимся рецидивом кровотечения поступили 17 пациентов (6,5%). Более половины из них (52,9%) отмечали клинику первичного эпизода кровотечения в течение последних суток перед поступлением. На фоне проводимой в стационаре консервативной терапии рецидивы язвенного кровотечения возникли у 14 больных (5,6%) из 251 пациента, не оперированного в экстренном порядке. У 5 больных этой группы наблюдался рецидив кровотечения и на догоспитальном этапе. Еще 2 рецидива кровотечения имели место в послеоперационном периоде после перенесенных пал-



лиативных вмешательств (гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы), что составило 6,7% от всех оперированных больных. Под рецидивом кровотечения понималось его возобновление после спонтанной, эндоскопической или хирургической остановки. Клинически очевидным рецидив кровотечения считался при явлениях коллапса, повторной рвоте содержимым по типу «кофейной гущи» или поступления «кофейной гущи» по зонду, возобновлении мелены, нарастание тахикардии, снижение гемоглобина на 20 г/л и т.д. Основаниями предполагать рецидив при поступлении служила явная клиничко-эндоскопическая картина его возобновления на основании тщательного сбора анамнеза и данных фиброгастродуоденоскопии. 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%. При эндоскопически описываемой глубине язвы более 0,5см кровотечение возобновилось в 22,2% случаев, при более плоских язвах в 8,4%. Таким образом, к значимым клиничко-эндоскопическим факторам прогноза рецидива кровотечения из язв желудка следует отнести тяжелую кровопотерю, локализацию язвенного дефекта на передней стенке и малой кривизне тела желудка, эндоскопически остановленное язвенное кровотечение при первичной ФГДС и глубину язвы.

309. ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Саидмуродов К.Б., Зайниев А.Ф.

Самарканд

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Проведен факторный анализ результатов хирур-

гического лечения 103 больных повреждениями желчных протоков. 78 больных оперированы по поводу пересечения (9), иссечения (38) и иссечения с лигированием проксимальной культы гепатикохоледоха (ГХ) (31). 11 пациентов по поводу пристеночного краевого ранения, 14 – по поводу клипирования или лигирования без пересечения протока. Локализация повреждения: общий желчный проток – у 14 больных, общий печеночный проток (ОПП) – у 48, ОПП и область бифуркации – у 31, ОПП с разрушением конfluence – у 10. У 28 (27,2%) больных повреждения желчных протоков выявлены интраоперационно, у 75 (72,8%) повреждение выявлено в раннем послеоперационном периоде. Реконструктивные операции выполнены 57 (55,3%) больным, восстановительные операции 42 (40,8%) больным, у 4 (3,9%) больных ограничались наружным дренированием проксимальной культы ГХ. При полном пересечении и иссечении желчных протоков 19 больным было выполнено наложение билибилиарного анастомоза, у 17 (89,5%) из них в отдаленном послеоперационном периоде развилась стриктура ГХ. 55 больным было выполнено реконструктивные операции: 45 больным ГепЕА и 10 больным ГепДА. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 (90%) больных после ГепДА и у 4 (8,9%) больных после ГепЕА наблюдали стриктуру билиодигестивного анастомоза. Из 14 больных с лигированием ГХ без пересечения 12 было выполнено снятие лигатуры и 2 был наложен ГепЕА, из них у 5 в отдаленном периоде наблюдали стриктуру ГХ. 11 больным с краевым повреждением выполнено ушивание протока на дренаже Кера с удовлетворительным результатом в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Проанализированы следующие факторы, которые повлияли на результат операции: характер повреждения, уровень повреждения, сроки выявления повреждения и вид оперативного вмешательства. Характер повреждения – это один из важных факторов, влияющих на результаты хирургического лечения больных повреждениями желчных протоков. В отличие от краевого ранения при полном пересечении и иссечении ГХ нарушается аксиллярное кровоснабжение желчного протока. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (23,3%) больных, в отдаленном периоде неудовлетворительный результат (развитие стеноза) наблюдали у 35 (36,4%) больных. Локализация повреждения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции, что и является основным фактором, который влияет на результаты хирургического лечения повреждений желчных протоков. При повреждении на уровне «+1» осложнения наблюдали у 9 (21,4%) и 15 (38,5%) больных, соответственно в ближайшем и



отдаленном послеоперационном периодах. При высоких повреждениях на уровне «0, -1, -2» в ближайшем послеоперационном периоде осложнения выявлено у 12 (32,4%) больных и у 13 (39,4%) больных в отдаленном послеоперационном периоде. Лучшие результаты получены у больных, где операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм желчных протоков МЖП (у 84,3% пациентов). После восстановительных операций наблюдали осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, соответственно у 2 (6,5%) и 22 (75,9%) больных. После реконструктивных операций у 16 (28,1%) больных выявлены осложнения в ближайшем послеоперационном периоде и у 13 (23,2%) в отдаленном послеоперационном периоде.

310. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Даминов Ф.А.,
Азимов Р.Р. Юлдошев Н.Ф.*

Самарканд, Узбекистан

Самаркандский Государственный
медицинский институт

В исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2009 по 2016 год. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы. Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации Николаева О.В. на основании УЗИ и пальпации щитовидной железы. У 71 больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 больных, узловой зоб – у 192, смешанный зоб – у 45. Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу. Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфоло-

гической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли щитовидной железы, их составило 190 пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет. После вызова больных мы провели полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных, легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6, средней степени тяжести гипотиреоз у 8, гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%), Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3). Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 больных. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных в течении от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом узлового зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не принимали тиреоидные гормоны после операции.



311. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Саидмуродов К.Б., Арзиев И.А., Эгамбердиев А.А.,
Назаров З.Н., Гозибеков Ж.И.*

Самарканд, Узбекистан

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ у 4037 пациентов оперированных в клинике СамГосМИ за период 2006-2016 гг. Конверсия минидоступа в традиционное пособие потребовалась в 84 (2,08%). Таким образом, 3953 операции при остром холецистите завершены холецистэктомией из мини-доступа. В нашем исследовании среднее время операции при остром калькулезном холецистите составило $56,41 \pm 7,3$ минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа при остром калькулезном холецистите в среднем составила $61,21 \pm 9,7$ минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны с инфильтративно-спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 47 пациентов (1,16%), с синдромом Мириizzi 19 (0,47%) и склероатрофическими изменениями желчного пузыря и его интрапеченочным расположением у 18 пациентов (0,44%).
Результаты и обсуждение. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 7 наблюдениях при остром холецистите. Во всех 7 наблюдениях во время операции по поводу острого калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершённых по методике МЛХЭ вмешательств развились у 40 наблюдений в группе пациентов с острым холециститом. Общесоматические осложнения отмечены у 12 пациентов. Послеоперационные осложнения, связанные с зоной операции, представлены 28 наблюдением. Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: несостоятельность культи пузырного протока 7, внутрибрюшное кровотечение (из ложа желчного пузыря) 6, гематома подпеченочного пространства 4, абсцесс подпеченочного пространства 3, ятрогенное повреждение холедоха 3, гематома послеоперационной раны 3, абсцесс сальниковой сумки 2. В 18 наблюдениях была выполнена релапаротомия: у 7 пациентов с повторным лигированием культи пузырного протока, у 6 пациентов с остановкой внутрибрюшного

кровотечения прошиванием ложа пузыря, у 2 пациента вскрытие и дренирование гематомы подпеченочного пространства и у 3 пациента с формированием холедохоэнтероанастомоза в связи с ятрогенным повреждением холедоха. Для лечения подпеченочных гематом и абсцессов прибегли к дренированию гнойных очагов под контролем УЗИ с выраженным положительным эффектом у 5 пациентов. Исходя из вышеуказанных данных, наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистите отмечается в группе пациентов с применением МЛХЭ и составляет 1,87% от числа операций, выполненных с применением этой методики. Частота осложнений при выполнении операции из лапароскопического доступа при остром холецистите в нашем исследовании составила 2,79%. Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем при ТХЭ. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию и традиционного широкого доступа. Частота осложнений у пациентов с острым холециститом в этой группе составила 9,43%. Течение раннего послеоперационного периода после малоинвазивных операций (МЛХЭ) в большинстве случаев было гладким. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из мини-доступа, средний койко-день составил $4,4 \pm 0,3$ дня. Несколько иная картина наблюдается после традиционной холецистэктомии. В нашем исследовании средний послеоперационный койко-день у пациентов после ТХЭ составил $9,12 \pm 0,7$ дня.

Заключение. Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что: 1) переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно операции из минидоступа, позволил существенно снизить частоту осложнений; 2) течение раннего послеоперационного периода при выполнении операции с применением малоинвазивных методик характеризуется малой выраженностью болевого синдрома, позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток; 3) применение малоинвазивных методик позволило существенно снизить продолжительность послеоперационного койко-дня; 4) качество жизни пациентов после холецистэктомии с применением малоинвазивных методик выше, чем у пациентов, перенесших операцию из традиционного доступа.



312. ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Саидмуродов К.Б., Аскарлов П.А.,
Эгамбердиев А.А., Сайинаев Ф.К., Юлдашев П.А.*

Самарканд, Узбекистан

Самаркандский Государственный медицинский
институт

Актуальность. Несмотря на достигнутые в последнее время успехи в области флебологии, касающиеся диагностики, показаний и видов лечения варикозной болезни нижних конечностей варикозная болезнь нижних конечностей относится к числу наиболее широко распространенных заболеваний и является самым распространенным заболеванием периферического сосудистого русла. В России по данным В.С. Савельева и соавт. различными формами варикозной болезни страдают более 30 млн. человек, причем у 15% из них отмечаются трофические расстройства. За последние десятилетия появилось большое количество новых видов лечения варикозной болезни нижних конечностей но многих из них имеется недостатки. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей путем внедрения миниинвазивных вмешательств. Материалы и методы исследования. В хирургическом отделении клиники СамМИ по поводу варикозной болезни хирургическому лечению подвергнуты 186 больных за период 2011 по 2014 год. В обязательном порядке кроме общепринятых методов обследования выполняли УЗ сканирование поверхностной и глубокой венозной системы. В соответствии объемом и характером оперативных вмешательств больные были распределены на две группы. В первую группу включено 117 больных, а во вторую 69 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в возрасте от 22 до 54 лет. Оперативное лечение в первой группе выполнялось с использованием принципов миниинвазивной флебохирургии. Для ликвидации устьевого недостаточности выполняли кроссэктомии. Через мини доступ обнажали устье большой подкожной вены с проведением флэкэкстрактора до нижней трети голени и выполняли операцию Бебкокка с одновременной эластической компрессией. При наличии перфорантной недостаточности выполняли операцию Коккета через минидоступ. Операцию завершали косметическими швами на все раны. Через 2 - 3 дня на оставшиеся варикозно расширенные вены проводили 1 -2 сеанса склеротерапии. Всем боль-

ным второй группы было выполнено хирургическое лечение традиционными методами, которая включала ревизию сафено-фemorального соустья, кроссэктомии, удаление большой подкожной вены, перевязку и пересечение перфорантных вен.

Результаты. Общее количество больных, у которых наблюдались осложнения в раннем послеоперационном периоде, составляло в первой группе 1,7%, а во второй 10,1%. В первой группе наблюдались такие осложнения как парестезии, во второй группе наблюдались дополнительно такие осложнения как гематома и лимфорей. Анализ болевой чувствительности позволяет заключить, что применение малоинвазивных методик у пациентов 1 группы достоверно уменьшает болевые ощущения в раннем послеоперационном периоде. Более того, снижение травматичности вмешательства в целом благоприятно влияет на восприятие, пациентом болевых ощущений, приводя к снижению выраженности боли. Через 2 недели после оперативного вмешательства боли не беспокоили 98,3% пациентов 1 группы и лишь 30,4% пациентов 2 группы. В отдаленные сроки после операции сохранялись осложнения неврологического характера в виде парестезий, которые наблюдались в 17 случаев во 2 группе (24,6%). В течение трех месяцев после изолированной кроссэктомии у 3 пациентов 2 группы развилось варикозное расширение ранее неизменных вен, которое успешно ликвидировано склеротерапией. При сравнении косметического результата после операции, лучшие результаты наблюдались в первой группе, что выражалось в меньшем количестве разрезов. При сравнительной оценки результатов лечения видно, что хирургическое лечение с помощью традиционных методик обладает большей травматичностью и большим количеством осложнений. **Выводы.** Применение миниинвазивных методов хирургического лечения больных с варикозной болезнью выгодно отличается малой травматичностью, косметичностью, радикализмом и экономической выгодой.



313. ПУТИ УСТРАНЕНИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ

Давлатов С.С.

Самарканд, Узбекистан

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Актуальность. Актуальной проблемой современной герниологии является выбор способа пластики, которая снизит процент осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Аутопластика паховых грыж сопровождается высокой частотой рецидивов заболевания 8–10 %. Поэтому в последнее время все большее число хирургов используют аллопластические способы герниопластики при лечении паховых грыж. Протезирование пахового канала не только значительно снижает вероятность развития рецидива грыжи - по данным литературы до 0–2 %, но и позволяет больному вернуться к активной жизни, не ограничивая физических нагрузок. Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы не натяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции.

Материалы и методы исследования. Клинический материал составили 322 больных с вентральными грыжами оперированные в хирургическом отделении клиники СамМИ с 2008 по 2016 гг. Из них 73 больных в возрасте от 35 до 70 лет с сопутствующим ожирением III-IV степени и наличием выраженного кожно-жирового фартука. Основную группу составили 48 больных, которым выполнено грыжесечение с абдоминопластикой, а в контрольную группу вошли 25 больных с грыжесечением без абдоминопластики. У 62 пациентов были выявлены сопутствующие патологии в виде АГ, ИБС, хронический бронхит и сахарный диабет, у некоторых из них эти патологии были по 2 и более. Всем больным проводилась антропометрия, у 52 больных отмечалось III степень, а у 21 – IV степень ожирения. Всем больным проводили: УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, при скрытой сердечно - сосудистой недостаточности использовали тест шестиминутной ходьбы, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, и ирригоскопия - по показаниям. Оперативное лечение больных в контрольной группе заключа-

лась в пластике грыжевого дефекта аутоканями и протезирующими материалами по показаниям по методике onlay, inlay и sublay. В основной группе особенностью операции явилось включение комбинированной абдоминопластики, т.е. пластика грыжевого дефекта с протезирующими материалами и дерматолипидэктомия. После обработки операционного поля на кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа «якоря» (разрез по Fleisch), окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно – жировую складку. Затем, после разреза кожи и подкожного жирового слоя до апоневроза избыточная складка по рисунку удалялась, выделялся грыжевой мешок. Края кожно – жировых лоскутов широко отсепаровывались кнаружи и кверху. Всем больным в основной группе было выполнено протезирование грыжевого дефекта. 19 больным в основной группе, выполнялась реконструкция передней брюшной стенки с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, которой достигается увеличение объема брюшной полости. После завершения герниопластики с абдоминопластикой над апоневрозом оставляли дренажную перфоративную трубку, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже и дренировали по Редону.

Результаты. У 6 больных контрольной группы отмечен компартный синдром, в одном с летальным исходом. У 9 (36%) больных наблюдали местные осложнения (инфильтрат у 1, гематома у 1, серома у 2, лимфорея у 3 и нагноение раны у 2). В отдаленном послеоперационном периоде у 2 (8%) больных этой группы наблюдали рецидив грыжи. В основной группе осложнения были у 3 пациентов (6,25%), нагноение послеоперационной раны у 1 больного, инфильтрат в области послеоперационной раны у 2.

Выводы. Таким образом, наибольшее количество осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество местных осложнений после операции отмечено в основной группе больных. В результате выполнения герниопластики без натяжения с абдоминопластикой компартный синдром в основной группе не развивался.



314. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Шамсиев Р.А.

Самарканд, Узбекистан

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Актуальность. Врождённые расщелины верхней губы и нёба (ВРГН) - тяжелый порок развития челюстно-лицевой области, протекающий с грубыми анатомическими и функциональными нарушениями, которые, несмотря на своевременную оказанную квалифицированную медицинскую помощь, нередко являются причиной инвалидизации детей на долгие годы. Занимая 3-4 место в структуре врождённых аномалий они одни из наиболее распространённых пороков развития челюстно-лицевой области. По данным ВОЗ частота рождения детей с ВРГН в мире составляет 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных. Материалы и методы: В период с 2005 г. по 2015 г. во 2- Клинике СамМИ находились на лечении 41 пациентов с ВРГН. Из них с односторонней расщелиной – 35 (85,37%), с двухсторонней – 6 (14,63%) пациентов; девочек – 14 (34,15%), мальчиков соответственно – 27 (65,85%). Все больные были подготовлены к оперативному вмешательству, то есть была проведена амбулаторно коррекция анемии I степени – у 25 детей (60,98 %), II степени – у 12 детей (29,27%); коррекция гипотрофии I степени – у 17 детей (41,46 %), II степени – у 8 детей (19,51%) под контролем педиатра и гематолога. Всем больным проводилась хейлоринопластика по методу Лимберга-Обуховой. У 6 (14,63%) больных в раннем послеоперационном периоде отмечались различные осложнения, чаще в виде деформации крыла носа – у 3, нагноение послеоперационной раны – у 2 и полное расхождение швов – у 1 ребёнка. Осмотр при повторном поступлении через 6-8 месяцев на этап выполнения уранопластики показал, что проведение курса медикаментозной терапии (гель «Контрактубекс», поливитамины) благоприятно влияло на косметические результаты оперативной коррекции. У всех детей с ВРГН оценивались результаты клинического наблюдения в динамике, осуществлялось фотодокументирование порока до операции, послеоперационных швов и послеоперационного рубца как через 6-8 месяцев, так и далее в катамнезе. В грудном и раннем детском возрасте до оперативной коррекции ортодонтом рекомендовалось изготовление obturator - специального протеза, предназначенного для закрытия дефектов неба. Пользование obturatorом нормализовало функции дыхания, сосания,

глотания, жевания и способствовало правильному развитию речи. Всем детям проводилось поэтапное хирургическое лечение. 1 этап хирургического лечения - первичная хейлоринопластика по Лимберг – Обуховой проводилась в первые 2-6 мес. жизни ребёнка и была направлена на устранение дефектов и деформаций верхней губы и носа. 2 этап оперативного лечения - пластика мягкого нёба при необходимости проводилась в 6 -9 мес. 3 этап-щадящая пластика твёрдого нёба проводилась в возрасте 12-16 мес. с минимальной мобилизацией слизисто-надкостничных лоскутов, что существенно снизило риск формирования грубых аномалий прикуса. Таким образом, квалифицированное хирургическое лечение детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба завершалось в течение 12 – 16 мес. жизни, что обеспечивало их раннюю и полноценную реабилитацию в современном социуме. После выписки из стационара проводились все мероприятия по предотвращению грубого рубцевания, а именно: массаж, миогимнастика губы и носа, использование индивидуальных вкладышей в носовые ходы, применение геля «Контрактубекс». Эти мероприятия предупреждали развитие послеоперационных рубцовых деформаций. Послеоперационные и остаточные деформации, в нашем случае такие как рубцовая деформация верхней губы (у 1 ребёнка) и незначительная деформация крыла носа (у 2 детей) после хейлоринопластики были исправлены в раннем детском возрасте (5 - 6 лет).

315. СРАВНЕНИЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ И ТРАНСОРАЛЬНОЙ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ

*Стародубцев В.А., Баулин А.А., Куприянов М.П.,
Баулин В.А., Стешкина И.В., Карманова Н.Т.,
Баулина О.А.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им.Захарьина,
Медиклиник

Цель исследования: оценить и сравнить возможности для диагностики патологии верхних отделов ЖКТ трансназальной и трансоральной ВГДС. **Материалы и методы.** Использованы видеоскопы фирмы Фьюджинон для трансназального (EG – 530N , диаметр – 5,9мм, биопсийный канал – 2мм, рабочая длина – 1м, матрица – SUPER CCD, направление обзора - прямое, угол поля зрения – 120 градусов) и для трансорального исследования (EG – 530FP, диаметр – 8,5мм, биопсийный канал –



2,8мм, рабочая длина – 1м, матрица – SUPER CCD, направление обзора – прямое, угол поля зрения – 140 градусов). Состав пациентов по методу исследования: ВГДС трансорально – 545, ВГДС трансназально – 640. После беседы с больным производится оценка носовых ходов и выбирается сторона. Подготовка пациентов для трансназальной ЭВГДС: премедикация - спрей «Назол» в носовые ходы и эмульсия «Эспумизан» - 10,0 внутрь; местная анестезия - в носовые ходы раствор лидокаина 2% - 1,0 и гель «Луан» 2,4%. Основное отличие, кроме введения через носовой ход, - это отсутствие давления на корень языка, что предупреждает рвотный рефлекс, и исследование производится в спокойных условиях. Произведены оценки трансназальной эндоскопии, как пациентом, так и врачом. Субъективная оценка пациентов: 1. Страх перед исследованием минимальный (реакция на новый способ и что манипуляции через нос). 2. При повторном исследовании практически полное отсутствие страха. 3. Отсутствие рвотного рефлекса. 4. Свободное дыхание во время процедуры. 5. Отсутствие болевого синдрома в горле и животе. 6. Сохранен контакт с врачом. Субъективная оценка врача: 1. Достаточно простое введение прибора при адекватной подготовке носовых ходов. 2. Качество визуализации отличное, с использованием функции FICE очень хорошая детализация мельчайших изменений слизистой оболочки. 3. Нисходящий отдел ДПК и БДС визуализируются всегда. 4. Легко оценить недостаточность НПС при инверсионном осмотре. 5. Информативность биопсийного материала иногда бывает снижена из-за меньшего по размерам биопсийного материала. 6. Время процедуры практически не отличается от проведения ЭФГДС трансорально. Трансназальное введение эндоскопа не удалось у 40 из 640 пациентов (6,3%). Причинами неудач были анатомически узкие носовые ходы, отек и кровоточивость слизистой оболочки носа. Более подробно изучены три группы пациентов: группа 1 (n=44) – трансоральная ВЭГДС, группа 2 (n=57) – трансназальная ВЭГДС впервые и группа 3 (n=52) – трансназальная ВЭГДС повторно при динамическом наблюдении за пациентом. Был изучен уровень тревожности пациентов при первом обращении. Оказалось, что при предстоящем исследовании через нос 30% имели высокий уровень тревожности, 9% - средний, 14% низкий. При исследовании через рот высокий и средней степени уровни имели близкие ко второй группе, а низкий только у 3%. Однако при повторных обращениях 92% изъявляли желание выполнять исследование через нос повторно, и уровень тревожности составлял доли процентов, а при трансоральном высокий был единично, средний 3%, но низкий сохранялся у 50%. У всех 1185 выявлена следующая патология: ГЭРБ – 933

(78,7%), хронический гастрит – 647 (54,6%), хронический дуоденит – 596 (50,3%), язва дпк – 201 (17,0%), эрозии желудка – 172 (14,5%), эрозии дпк – 59 (5,0%), папиллит – 42 (3,5%), язва желудка – 24 (2,0%), лейкоплакия пищевода – 21 (1,8%), язва пилорического канала – 18 (1,5%), кандидоз пищевода – 16 (1,4%), полип желудка -14 (1,2%), рак желудка – 11 (0,9%), оперированный желудок – 6 (0,5%), подслизистые опухоли – 6 (0,5%), варикоз вен пищевода – 6 (0,5%), полип пищевода – 5 (0,4%). Мы не разделили по группам в зависимости от способа исследования, так как по качеству визуализации они фактически идентичны. Единственным осложнением среди всех 1185 больных было кровотечение у 14 – 1,2% (минимальное, остановилось от лёгкого прижатия или установки марлевого шарика на несколько минут – 9; каплями – у 3, остановилось после лёгкой передней тампонады на несколько часов; у двоих довольно интенсивное из зоны Киссельбаха и мелких веточек артерий решётчатой кости, потребовалась передняя и задняя тампонады, причём у одной кровотечения рецидивировало, возможно, было связано с сопутствующей патологией. Некоторые больные отмечают незначительные болевые ощущения в костях носа, которые быстро проходят. Что касается эксплуатационных качеств, конечно, из-за миниатюрности трансназальный эндоскоп уступает трансоральному в том плане, что тяги выходят из строя быстрее. Сравнить точно сложно, но трансоральные ремонтируются приблизительно один раз в три года, а трансназальный – два раза. Выводы: Не отмечается существенных различий в качестве изображения при проведении трансоральной и трансназальной ВидеоЭГДС. Трансназальная эндоскопия значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в амбулаторной практике. Врачебная оценка трансназальной процедуры выше, чем трансоральной.

316.ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 250 ОПЕРАЦИЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УГЛА ГИСА И СКЛАДКИ ГУБАРЕВА ПО ОРИГИНАЛЬНОМУ МЕТОДУ

Баулин В.А., Стародубцев В.А., Баулина О.А., Перетрухин А.И., Баулин А.А., Куприянов М.П., Литвиненко А.И.

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии ГИУВ – филиал РМАНПО

Способ Ниссена в мировой хирургии ГПОД стал ро-



доначалником нескольких модификаций или самостоятельных операций (Дор, Тупе, Каншин-Черноусов, Шалимов, Жерлов, Оскрётков и др.). Большинство признают серьёзные недостатки операции Ниссена, большую трудоёмкость исполнения, непредсказуемость последствий. Отсюда и модификации Розетти, флоппи-Ниссен, Рампаль Ангельчик, внутрисветные операции и др. Поиск продолжается. К сожалению, анализ отдалённых результатов не всегда объективный, в статьях, диссертациях, монографиях как бы всё выглядит хорошо. На этом фоне постоянно появляются сообщения об осложнениях, неудовлетворительных результатах, повторных операциях, нередко большим «оперированным не в нашей клинике». Особенно об этом заявляют гастроэнтерологи. Пионер лапароскопической хирургии ГПОД профессор Далеман (Страсбург-Франция) также склоняется к тому, что не закончился поиск методов диагностики и контроля, совершенствования оперативного лечения, где преимущества будут иметь малоинвазивные стандартные контролируемые методы. Последнее предложение из клиники Мейо применять магнитный браслет, как имитатор сфинктера, с одной стороны показал определённую эффективность, с другой – появились и «подводные камни» в виде довольно серьёзных осложнений. Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии занимается проблемами ГПОД более 30 лет, имеет опыт хирургического открытого лечения ГПОД у более 250 больных. С появлением видеоэндоскопии, которая дала возможность выявлять ранние изменения слизистой оболочки пищевода и недостаточность кардии, активизации гастроэнтерологов в выявлении ГЭРБ, сопоставления эндоскопических, рентгенологических, клинических данных в оценке пищеводного отверстия диафрагмы, консультировании более 7000 пациентов, мы пришли к выводу, что ведущим в страдании и осложнениях является не ГПОД, а ГЭРБ. Отсюда и сформировались интегральные показания для хирургического лечения (патент РФ) и концепция применения оригинального метода операции, которую мы назвали – фиксация (восстановление) угла Гиса (патент РФ). Соответственно, восстанавливается и складка Губарева. Подавляющая часть пациентов (около 95%) лечится консервативно с осуществлением регулярного эндоскопического контроля. С 2006 года мы применили новый способ операции у 264 пациентов разного возраста от 26 до 82 лет. Изменение техники коснулось лишь замены ленты из полипропилена на комбинированную ленту с прилегающей частью к пищеводу, изготовленной из ксеноперикарда. Мы сообщали ранее о способе и докладывали о преимуществах: возможность выполнения классическим и эндоскопическим способами; малая травматичность; отсутствие не-

обходимости диссекции вокруг пищеводно-желудочного перехода, ножек диафрагмы и сшивания их позади пищевода, формирования антирефлюксной муфты; быстрое выполнение; восстановление острого угла Гиса и складки Губарева; короткий послеоперационный период; высокий процент отличных и хороших клинических, эндоскопических и рентгенологических результатов в раннем периоде; быстрое восстановление трудоспособности; регресс воспалительных изменений в пищеводе, в том числе исчезновение метаплазии, что признано находкой исследования. Мы можем представить отдалённые результаты 250 больных из 264 оперированных, из которых 94% прошли обследование в послеоперационном периоде через 1-2 месяца и 92% не менее года с включением видеоэндоскопии и рентгеноскопии. Клинически: одно из отрицательных последствий антирефлюксных операций – дисфагия, лишь у единичных больных в первые 1-4 недели, совершенно не характерна для новой методики и отдалённо не наблюдалась; локальные болевые ощущения в местах фиксации ленты у 3,2% легко купируются блокадами; жалобы на эпизодическую изжогу, отрыжку предъявляли 6,3% пациентов; 94,3% результат оценивали как отличный и хороший, даже те пациенты, у которых мы наблюдали миграцию ленты в просвет. Эндоскопически: (подавляющему числу пациентов видеоэндоскопию через нос или через рот производил один и тот же эндоскопист высшей категории, кандидат медицинских наук) у 96,3% исчезли явления эзофагита в нижней трети пищевода, из 5 больных с пищеводом Барретта (гистологически подтверждённая метаплазия и дисплазия лёгкой степени) явились на осмотр 2, и у обоих произошёл регресс изменений, т.е. метаплазия и дисплазия исчезли (подтверждено гистологическим исследованием), трое отказались, сославшись на отличный результат и нежелание; недостаточность кардии, которая у подавляющего числа была 3 или 4 степени, ликвидирована у 89,1% осмотренных, у 7,3% сохранилась первой степени и у 3,6% - 3 и 4 степени. Это мы связываем или с разрывом ленты, или с отрывом от места крепления, поскольку именно отрыв был доказан у одного больного при успешной реоперации. У остальных клиническая картина ГЭРБ была только у двух, но они отказались от операции. Рентгенологически: (подавляющее число пациентов смотрел один и тот же рентгенолог высшей категории) ни у кого не отмечены расширение пищевода и нарушение проходимости в области пищеводно-желудочного перехода; стояние пищеводно-желудочного перехода под диафрагмой отмечено у 87,4%, у 7,4% на уровне ПОД и только у 6,2% выше, что рентгенологом расценено как рецидив ГПОД, хотя наша методика ни коим обра-



зом не ликвидирует ГПОД; у 4 пациентов имелись параэзофагеальные грыжи с клинической картиной только у двух, одному проведена лапароскопическая передняя крурорафия с отличным эффектом; острый угол Гиса восстановлен у 94,5%, эвакуаторных расстройств не было, кроме 3 пациентов, у которых фактически не была выявлена ХНДП до нашей операции – они оперированы в других клиниках, поскольку организационно не могли попасть к нам снова по системе ОМС. Один больной при отличных результатах по данным видеоэндоскопии и рентгеноскопии из-за неприятных ощущений на языке, которые не прошли после операции настоял, чтобы ему выполнили операцию открытым способом по Ниссену, но улучшения не получил. Самым значимым осложнением является имплантат ассоциированное в виде миграции в просвет пищеводно-желудочного перехода и гнойное воспаление вокруг, что отмечали предшественники, кто применял бандажирование кардиального отдела желудка при ожирении, сетку для пластики пищеводного отверстия диафрагмы или магнитный браслет для восстановления замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера (в отдельных сообщениях до 8%). Лента мигрирует в сроки 2-5 месяцев с момента операции, воспаление возникает локальное в месте миграции и распространяется по ходу ленты. Первые миграции мы связывали с полипропиленом (8 наблюдений у 154), но оказалось, что при применении ксеноперикарда мы получили тот же процент этого осложнения (5 – у 96), т.е. около 5%. Мы не можем определиться с причиной миграции. Есть только предположения о реакции на инородное тело любой природы, дискредитации стенки пищевода за счёт ГЭРБ, травме, возможной тракции, хотя по мере распускания карбоперитонеума мы визуально наблюдаем свободное расположение пищеводно-желудочного перехода под диафрагмой и не натянутые концы ленты. Из 8 пациентов один после первого сеанса аргоно-плазменного рассечения ленты попросил удалить её и провести классическую операцию; у троих удалены через малые разрезы в местах креплений, одна готовится к удалению, в желудке виден конец ленты длиной 10-12см, без симптоматики; у двоих произведено рассечение аргоноплазменным коагулятором; один отказывается от удаления, так как боится возврата ГЭРБ (6,5 лет наблюдения), лента видна в просвете желудка. Из 5 с комбинированной лентой из ксеноперикарда и концы из полипропилена у всех после миграции отмечалось разрушение ленты в месте контакта с желудочным соком. Возникшее воспаление в местах крепления на брюшной стенке у троих купировано вскрытием из малых локальных разрезов и дренированием. У одной из них лента свободно удалена из ма-

лых разрезов в местах крепления, у одной - концы полипропилена находятся в просвете желудка, у остальных воспаление купировано. Все 12 человек отмечают результат лечения или как хороший, или даже отличный, у них не вернулась симптоматика ГЭРБ-ГПОД, и в отдалённом периоде не появились новые симптомы, связанные с миграцией – и это удивительный феномен. Мы полагаем, что успевают сформироваться фиксирующая структура из собственных тканей, и она препятствует развитию патологического перемещения пищеводно-желудочного перехода и возобновлению рефлюкса. А возникновение миграции в сроки более месяца приводит к отграничению воспалительного процесса и дренированию его через желудок. Рана в месте миграции заживает без рубца и последствий. Следующая проблема – это сопутствующая патология, которую некоторые больные с ГПОД и ГЭРБ или не воспринимают, или не хотят верить в неё, или находятся под влиянием другого авторитетного мнения, поэтому их трудно переубедить. И они находятся или в поиске универсальной операции решающей все их проблемы, или нового доктора, который все эти проблемы решит. Наш опыт, пусть небольшой, единичных больных, убеждает, что мы должны вести более строгий отбор и не идти на поводу у пациентов. Результаты новой операции нас приводят к выводу, что при находке материала, который мог бы не вызывать миграционные осложнения методика может быть универсальной. Однако и наблюдаемые осложнения не приводят к потере трудоспособности, и результаты операций сравнительные в целом с другими методиками (исследуется группа сравнения из 94 человек оперированных через большой разрез и 36 лапароскопически) также выглядят предпочтительнее. Что касается психосоматических наслоений и сопутствующей патологии – с подобными больными нужна обстоятельная работа, в том числе смежных специалистов.

317. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.

Самарканд, Узбекистан

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Целью работы явилась оценка результатов диагностики и хирургического лечения больных с синдромом Мириззи I и II типа. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 56 паци-



ентов с синдромом Мириizzi, прооперированных в клинике СамМИ с 2006 по 2016 года. Основную группу больных составляли женщины – 52 (92,8%), мужчин было 4 (7,2%), в возрасте от 43 до 72 лет. При проведении исследования мы руководствовались классификацией Mc Sherry (1982). Среди исследуемых больных преобладали пациенты с I типом синдрома Мириizzi – 48 (85,7%), со II типом было 8 (14,3%) пациентов. Ультразвуковое исследование было проведено всем больным. Для диагностики нами были применены признаки, позволившие заподозрить синдром Мириizzi при УЗИ предложенные Е.Н. Майзельс (2010г.). При этом до операции по клиническим и УЗИ данным диагностировать синдром Мириizzi I типа удалось у 34 пациентов, синдром Мириizzi II типа у 2, у остальных 20 - синдром был выявлен во время оперативного вмешательства. Механическая желтуха в дооперационном периоде наблюдалась у 17 (30,3%) больных, холангит у 6 (10,7%). При синдроме Мириizzi I типа, во время лапароскопической холецистэктомии, производилось вскрытие кармана Гартмана и удаление камня через его просвет с последующей холецистэктомией, что было выполнено в 6 наблюдениях. При невозможности лапароскопического удаления вклинившегося в шейку желчного пузыря камня в 7 случаях была выполнена конверсия. При применении минилапаротомной холецистэктомии производили вскрытие дна желчного пузыря, с удалением его содержимого и затем производили дальнейшее вскрытие стенки желчного пузыря по направлению к его шейке, что намного облегчало удаление вклинившегося конкремента в 8 случаях. У 11 пациентов мы сочетали данную методику операции с дренированием общего печеночного протока. Это было связано с наличием у данной группы больных сочетания синдрома Мириizzi I типа с механической желтухой. Конверсия во время выполнения минилапаротомной холецистэктомии была произведена в 6 случаях путем расширения минилапаротомной раны. При диагностировании синдрома Мириizzi II типа нами производились: при дефекте не более 1/3 окружности общего желчного протока в 3 случаях, пластика патологического соустья тканями пузырного протока после холецистэктомии и наружное дренирование общего желчного протока; при дефекте более 1/3 окружности общего желчного протока производились реконструктивные операции, в 2 – гепатикоудоуденоанастомоз и в 3 – гепатикоюноанастомоз по Ру. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 3 (6,4%), в отдаленном периоде у 3 (6,4%) больных.

Выводы. Таким образом, в большинстве случаев синдром Мириizzi II типа является интраоперационной находкой. Предпочтение при наличии синдрома Мириizzi I типа необходимо отдавать ми-

нилапаротомной холецистэктомии, позволяющей сохранить основные преимущества миниинвазивного доступа, а при необходимости позволяющие совершить конверсию с расширением данного доступа и осуществлением необходимого спектра оперативных вмешательств на гепатобилиарной системе. При синдроме Мириizzi II типа с дефектом занимающим более 1/3 окружности общего желчного протока, предпочтение необходимо отдавать гепатикоюноанастомозу по Ру.

318.ЗНАЧЕНИЕ ОДНОВРЕМЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА, РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА, ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРОФИЛАКТИКЕ "ПОСТХОЛЕЦИТЕКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА"

Исаев Г.Б., Ахвердиев Б.Д

Баку

Научный Центр Хирургии им.М.А.Топчубашова
Минздрава Азербайджанской Республики

Ежегодно в мире производится более 2,5 млн. операций на желчных путях; у 10-30% больных после холецистэктомии(ХЭ) развивается т.н. постхолецистэктомический синдром (ПХЭС).Среди многочисленных причин ПХЭС, особое место отводится несвоевременной диагностике и хирургической коррекции рефлюкс-эзофагита (РЭ), рефлюкс-гастрита (РГ)и хронической дуоденальной непроходимости(ХДНП). Поэтому для улучшения результатов ХЭ наиболее важной является своевременная диагностика РЭ, РГ и ХДНП. По итогам обследования и лечения 1350 больных с ЖКБ установлены, что среди них у 5,6% больных встречается РЭ, у 2,6% РГ и у 16,6% ХДНП.Из указанных больных в исследовании включены 100 больных(основная группа) с ХКХ сочетанной с РЭ(25 больных), с ХДК- 30 больных, с ХДНП+РГ-25 больных, с ХВК+РЭ+РГ-10 и с ХДНП+ грыжа диафрагмальной отверстия диафрагмы-10 больных. Контрольную группу составляли 40 больных с ХКХ коим была выполнена только лапароскопическаяХЭ. На основании комплексного обследования больных разработаны алгоритмы диагностики и лапароскопической лечения ХКХ сочетающейся с РЭ,РГ и ХДП. Доказано, что одним из патогенетических механизмов развития ПХС при ХКХ является выраженное проявление РЭ,РГ и ХДНП. У больных ХКХ сочетанной с РЭ,РГ и ХДП разработан принципы



дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики. Доказано преимущество одно-временной видеолапароскопической коррекции РЭ,РГ, ХДП и ХЭ. При РЭ,РГ и ХДНП легкой степени проведенная консервативная терапия в 10-33% случаях дает положительный результат, что позволяет проведения им только холецистэктомии с продолжением указанной терапии в постоперационном периоде. В остальных случаях сочетанной патологии ХКХ с РЭ,РГ и ХДНП имеются показания к одновременной лапароскопической хирургической лечению; причем рекомендуется сначала устранить проявления РЭ,РГ и ХДНП с последующим холецистэктомией. У больных ХКХ+РЭ выполнена модифицированный способ операции Ниссена (комбинированная гемифундопликация и двусторонняя крурофундозофагорафия); при сочетании ХКХ с ХДНП применялись модифицированный способ операции Стронга в комбинации с пилоропластикой и миотомией стенки 12 перстной кишки. в зависимости от тяжести ХДНП. В ближайшем постоперационном периоде у 5(6,7%) больных основной группе наблюдались осложнения в виде кровотечения из ложа пузыря(1) и в области Трейцево\й связки (2), пневмония (2). Больным с кровотечением выполнена лапаротомия с остановкой кровотечения; умерших не было. В контрольной группе у 4(10%) больных отмечено осложнение: 2- желчеистечение и 2- нагноение лапаротомной раны (все больные выздоровели). Установлено, что в основной группе в отдаленном постоперационном периоде на предмет проявления ПХС отличные и хорошие результаты имели место у 4,9% и 72,2% пациентов соответственно, удовлетворительные- у 19,6% и неудовлетворительные результаты - у 3,3% пациентов. У контрольной группы отличные результаты определены у 5% пациентов, хорошие- у 30%, удовлетворительные - у 55% и неудовлетворительные результаты - у 10% пациентов.

319. НОВЫЕ ДАННЫЕ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ МЕЖРЕБЕРНЫХ НЕРВОВ В ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ВЛАГАЛИЩА ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА (СПИГЕЛИЕВОЙ ЛИНИИ)

Черных А.В., Закурдаев Е.И., Закурдаева М.П.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

В лечении больных со срединными послеоперационными грыжами многие хирурги используют

методы протезирующей герниопластики, которые отличаются вариантом размещения сетчатого протеза: «onlay», «inlay», «sublay», «IPOM». При этом наилучшие результаты лечения достигаются в случае использования протезирующей пластики методом «sublay», когда сетчатый протез размещают позади прямых мышц живота. По данным некоторых авторов, использование метода протезирующей пластики «sublay» в 10-12% сопровождается возникновением хронического болевого синдрома в послеоперационном периоде. При этом одной из причин хронического болевого синдрома может быть повреждение ветвей межреберных нервов при размещении и фиксации сетчатого протеза шовными методиками. Наиболее эффективным методом профилактики интраоперационной травматизации межреберных нервов является знание особенностей их топографии. В доступной литературе описаны классические данные по этому вопросу. Изучением топографии межреберных нервов в области латерального края апоневротического влагалища прямой мышцы живота занимались единичные авторы. В связи с вышеизложенным была поставлена цель исследования – изучить особенности хирургической анатомии межреберных нервов в области латерального края апоневротического влагалища прямой мышцы живота. Объектом исследования стали 88 трупов лиц обоего пола без признаков патологии передней брюшной стенки. Среди них было 40 трупов лиц мужского пола (45% наблюдений), умерших в возрасте $53,8 \pm 11,9$ лет, и 48 трупов лиц женского пола (55%), скончавшихся в возрасте $51,9 \pm 13,2$ года. Сначала на аутопсийном материале было изучено количество межреберных нервов в области латерального края апоневротического влагалища прямой мышцы живота. Установлено, что количество межреберных нервов в данной анатомической области варьировало от 5 до 7, но чаще всего составляло 6 нервов ($n=62$; 70%). В свою очередь, 5 межреберных нервов отмечалось в 14% наблюдений ($n=12$), а 7 нервов – в 16% ($n=14$). Далее было исследовано распределение межреберных нервов в области латерального края апоневротического влагалища прямой мышцы живота по областям передней брюшной стенки. При наличии 6 межреберных нервов в надчревной области чаще всего было 3 нерва, в чревной области – 2 нерва, а в подчревной области – 1 нерв ($n=38$; 61%). В 27% ($n=17$) в надчревной области наблюдалось 4 межреберных нерва, а в чревной и подчревной областях – по 1 нерву. В остальных случаях ($n=7$; 12%) в надчревной области встретилось 2 межреберных нерва, в чревной области – 3 нерва, а в подчревной области – 1 нерв. В случае наличия 5 межреберных нервов они распределялись по областям передней брюшной



стенки чаще всего данным образом: надчревная область – 3 нерва, чревная и подчревная области – по 1 нерву ($n=8$; 67%). В 33% ($n=4$) в надчревной и чревной областях встретилось по 2 межреберных нерва, а в подчревной области – 1 нерв. При наличии 7 межреберных нервов в надчревной и чревной областях передней брюшной стенки чаще всего было по 3 нерва, а в подчревной области – 1 нерв ($n=7$; 50%). В 28% ($n=4$) в надчревной области отмечалось 4 межреберных нерва, в чревной области – 2 нерва, а в подчревной области – 1 нерв. В 14% ($n=2$) в надчревной области встретилось 5 межреберных нервов, а в чревной и подчревной областях – по 1 нерву. В 8% ($n=1$) в надчревной области было 2 нерва, в чревной области – 4 нерва, а в подчревной области – 1 нерв. Затем было изучено количество межреберных нервов в области латерального края апоневротического влагалища прямой мышцы живота в зависимости от пола исследуемых лиц. В случае наличия 6 межреберных нервов статистически значимых различий между лицами мужского и женского пола не обнаружено. В то же время, 5 межреберных нервов достоверно чаще наблюдалось у лиц мужского пола ($n=8$; 67%), а 7 нервов – у лиц женского пола ($n=9$; 64%). На следующем этапе работы были изучены варианты проникновения межреберных нервов в прямую мышцу живота. В исследованном секционном материале достоверно чаще наблюдался задний вариант проникновения межреберных нервов в прямую мышцу живота ($n=55$; 63%), когда они сначала пересекали мышцу сзади, а затем уже проникали в ее толщу. Боковой вариант проникновения межреберных нервов в прямую мышцу живота наблюдался в 37% ($n=33$). После этого было изучено распределение вариантов проникновения межреберных нервов в прямую мышцу живота в зависимости от пола исследуемых лиц. Установлено, что задний вариант проникновения межреберных нервов в прямую мышцу живота достоверно чаще наблюдался у лиц женского пола ($n=38$; 69%), а боковой вариант – у лиц мужского пола ($n=23$; 70%). Далее в наблюдениях с задним вариантом проникновения межреберных нервов в прямую мышцу живота было исследовано расстояние от наружного края прямой мышцы до точки проникновения нервов в ее толщу. Оказалось, что исследованное расстояние варьировало от 1 до 4,5 см и в среднем составило $3,2 \pm 0,4$ см. Затем расстояние от наружного края прямой мышцы до точки проникновения межреберных нервов в ее толщу было изучено в зависимости от области передней брюшной стенки. Установлено, что максимальные показатели данного расстояния отмечены в надчревной области ($3,2 \pm 0,8$ см), а минимальные – в подчревной ($1,8 \pm 0,5$ см). После этого расстояние от наружного края прямой мышцы до

точки проникновения межреберных нервов в ее толщу было изучено в зависимости от пола исследуемых лиц. Доказано, что исследованное расстояние, независимо от области передней брюшной стенки, у лиц женского пола было достоверно больше: $3,2 \pm 0,5$ по сравнению с $2,3 \pm 0,4$ см.

320. ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЁННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Абдуллаев З.Т., Акимов А.П., Авдеев А.М.,
Абдулаев М.А., Афак М.Т.*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им.И.И.Мечникова

Цель: улучшение результатов лечения осложнений дивертикулярной болезни. **Материалы и методы:** С 2011 по 2015 год (за 5 лет) в Александровскую больницу, являющуюся базой кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, поступило 656 больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Из общего числа изучаемых больных с дивертикулитом было 504 человека. Кровотечение является вторым по частоте встречаемости осложнением дивертикулярной болезни ободочной кишки после дивертикулита. За и исследуемый период времени было выявлено 129 (19,7%) таких пациентов в возрасте от 44 до 104 лет, средний возраст $72,9 \pm 2,1$. Из них мужчины в возрасте от 46 до 104 лет, средний возраст $68,01 \pm 2,1$. И женщины от 44 до 93 год, средний возраст $74,6 \pm 1,1$. Как видно из представленных данных количество пациентов с исследуемой патологией четко коррелирует с возрастом.

Результаты и обсуждение: В тяжёлом состоянии поступило 87 (67,4%) больных. У 21 (16,3%) состояние расценивалось как крайне тяжёлое. Сопутствующие заболевания выявлены у 126 (97,7%) обследуемых. Причём у 89 пациентов обнаружено два и более сопутствующих заболевания. Наиболее частыми сопутствующими болезнями были различные формы атеросклероза. Приём антикоагулянтов и антиагрегантов отмечен у 88 (68,2%) больных. Снижение протромбинового индекса ниже 70% выявлено у 68 (52,7%) больных. Колоноскопия была выполнена всем поступившим. Колоноскопия не является специфическим методом диагностики дивертикулярной болезни толстой кишки. Она необходима в первую очередь



для исключения других возможных источников кишечного кровотечения. По нашим данным дивертикулёз выявлялся только у 105(81,4%) пациентов. Ректороманоскопия выполнялась в обязательном порядке пациентам с подозрением на геморроидальный источник кровотечения. Всего выполнено 80(62,0%) ректороманоскопий. Кровь в просвете прямой кишки, поступающая из верхних её отделов, выявлена у 44(55,0%) обследованных пациентов (после подготовки кишечника к обследованию), что свидетельствовало о продолжающемся кровотечении, на момент выполнения обследования. Хронический геморрой у 14(17,5%) больных. Специфическим методом диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки является ирригоскопия. Она позволяет не только выявить дивертикулы, но и установить их локализацию и степень распространённости по ободочной кишке. Ирригоскопия выполнена 116 (89,9%) больным. Части пациентов, у которых дивертикулёз был уже выявлен на фиброколоноскопии ирригоскопия не выполнялась. Локализация дивертикулов ободочной кишки: сигмовидная кишка – 71(61,9%); левая половина ободочной кишки – 30(25,9%); тотальное поражение–10(8,6%); единичные дивертикулы – 5(4,3%). Несмотря на широкий арсенал современных средств в хирургическом лечении дивертикулярной болезни толстой кишки осложнённой кровотечением нам никого не пришлось оперировать в экстренном порядке. В нашем исследовании остановить кровотечение из дивертикулов ободочной кишки во всех случаях удалось консервативно. Интенсивная терапия, проводимая в отделении реанимации, включала в себя назначение антифибринолитических препаратов, ингибиторов протеолиза, свежезамороженной плазмы, а так же средств коррекции гемодинамики. Антикоагулянты и антиагреганты, если пациенты принимали их до поступления, были отменены. Во всех случаях терапия подбиралась индивидуально, с учётом наличия различных сопутствующих заболеваний. Скончалась 1(0,8%) пациентка 82 лет. Кроме дивертикулярной болезни она страдала: ИБС, постинфарктным кардиосклерозом с фибрилляцией предсердий параксизмальной формы с хронической сердечной недостаточностью в терминальной стадии. Помимо этого, больная страдала сахарным диабетом 2 типа. Принимала варфарин. Протромбиновый индекс при поступлении составлял 32%, МНО-3,9. В стационаре провела 12 дней. проводилась гемостатическая терапия и переливание свежезамороженной плазмы. Причиной смерти послужила декомпенсация хронической сердечной недостаточности и ТЭЛА мелких ветвей.

Заключение: При дивертикулёзе ободочной кишки, осложнённом кишечным кровотечением, наи-

более оправданной является консервативная терапия. Кровотечение возникло у 52,7% пациентов с различными формами атеросклероза на фоне приёма антикоагулянтов и антиагрегантов. При таком подходе летальность составляет 0,8%.

321. ДИНАМИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И КОМПРЕССИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Якушкин С.Н, Ковылов А.О, Чиж Е.Ю.

Москва

Медицинский центр "Академия здоровых ног"

Цель: оценить динамику заживления венозных трофических язв при эндовенозной лазерной облитерации и адекватной компрессионной терапии.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов 50 пациентов с венозными трофическими язвами. Критериями включения были, существование язвы более 1 года, раневые дефекты более 5 см² и в 1 стадии раневого процесса. Оценка результатов проводилась на 14, 30 и 60 сутки. Для измерения площади язвы использовалось специальное приложение LesionMeter на операционной системе iOS. В первой группе (20 пациентов: мужчин – 5, женщин – 15, средний возраст составлял - 57,7±5,9 лет, средняя площадь ВТЯ – 21,4±4,9 см², длительность варикозной болезни – 23,9±3,5 лет), всем пациентам выполнена эндовенозная лазерная облитерация ствола большой (16 случаев) и малой (4 случая) подкожных вен по стандартной методике с использованием лазера с длиной волны 1470 Нм, с применением радиального световода на мощности 8-10 Вт с дальнейшим применением компрессионного трикотажа (чулки до паха, 2 класс компрессии). В второй группе (30 пациентов: мужчин – 8, женщин – 22, средний возраст составлял – 50,1±8,4 лет, средняя площадь ВТЯ – 17±2,1 см², длительность варикозной болезни – 22,4±2,5 лет), которым в качестве консервативного лечения использовалась компрессионная терапия, в 14 случаях использовались гольфы (противоязвенный комплект), и в 16 случаях многослойный компрессионный бандаж бинтами средней растяжимости. Для местного лечения в обеих группах с учетом хронического течения раневого процесса и наличия налета фибрина и участков некроза применялись современные раневые покрытия.

Результаты: оценка результатов проводилась на 14, 30 и 60 сутки. На 14 сутки у 100% пациентов в обеих группах стих воспалительный процесс во-



круг язвенного дефекта, и язва полностью очистилась от фибрина с образованием грануляций. Средняя площадь язвенного дефекта в первой группе составляла $16,3 \pm 1,2$ см², в второй $16,5 \pm 2,7$ см². На 30 сутки у 17 пациентов в первой и 14 пациентов в второй группе наступила полная эпителизация. Средняя площадь язвенного дефекта в первой группе составляла $7,5 \pm 0,8$ см², в второй $11,2 \pm 1,3$ см². К 60 суткам в первой группе у всех пациентов наступила эпителизация, в второй группе у 4 пациентов язва оставалась открытой и средняя площадь дефекта составляла $1,03 \pm 0,5$ см².

Выводы: Таким образом в исследовании не выявлено разницы в динамике заживления ВТЯ при использовании эндовенозной лазерной облитерации и компрессионной терапии с применением противоязвенного комплекта и многослойного компрессионного биндажа. Применение эндовенозной лазерной облитерации как и применение компрессионной терапии у пациентов с хроническими венозными трофическими язвами являются эффективными, современными методами лечения.

322.БИОФЛАВОНОИДЫ И ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ РАНАМИ

Козка А.А., Олифирова О.С.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава РФ

Цель исследования: оценить эффективность применения биофлавоноидов и гипербарической оксигенации (ГБО) в комплексном лечении пациентов с обширными длительно незаживающими ранами.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 30 пациента. Мужчины – 18 (60%) и женщины – 12 (40%) в возрасте 24 – 65 лет. Основную группу (ОГ) составили 15 пациентов, получавших антиоксидантную терапию и ГБО, а группу клинического сравнения (ГКС) – 15 пациентов, им проводилось общепринятое лечение. Структура заболеваний в обеих группах: раны после флегмон (11), посттравматические раны (9), раны после рожистого воспаления (7), пролежни (3). СД 2-го типа – у 7 пациентов. Длительность течения раневого процесса была от 18 дней до 2 месяцев. В среднем площадь обширных ран составляла $198,1 \pm 7,6$ см². Методика лечения пациентов с обширными длительно незаживающими ранами в ОГ состояла в

следующем: после хирургической обработки ран выполняли в течение 3-5 дней ежедневные перевязки с порошком «Лавитол косметический», который наносили на раневую поверхность при микробной обсемененности не более 10^3 - 4 м.т. на 1см² слоем 1-2 мм, одновременно назначали пероральный прием биологически активной добавки «Лавитол-В» по 1 капсуле 2 раза в день во время еды и проводили ГБО 1,5-1,8 атмосфер продолжительностью 40 минут ежедневно в барокамере «ОКА-МТ». Затем выполняли операцию – отсроченную аутодермопластику свободным расщепленным кожным лоскутом, поверх которого накладывали парафинизированные раневые покрытия. С 3 суток послеоперационного периода продолжали ГБО 1,5-1,8 атмосфер в течение 7 дней и прием биологически активной добавки «Лавитол-В» в течение 15 дней. Лечение больных ГКС проводили традиционными методами. Результаты анализировали на основании следующих показателей: течения раневого процесса клинических данных, цитологического исследования, исследования ПОЛ (диеновые конъюгаты – ДК, малоновый диальдегид – МДА) и АОЗ (витамин «Е», церулоплазмин), провоспалительных интерлейкинов IL-4, IL-6, IL-1 β , IL-8, TNF- α в первый день и 21-й день лечения. Результаты: Течение раневого процесса у пациентов ОГ было более благоприятным, чем в ГКС. К началу лечения средняя площадь ран у пациентов в ОГ составляла $197,2 \pm 5,8$ см², а в КГ – $196,9 \pm 6,2$ см² ($p > 0,05$). У пациентов ОГ, получавших антиоксидантную терапию и ГБО, отмечены значимо более ранние сроки появления активных грануляций ($9,7 \pm 1,3$ дня), по сравнению с пациентами ГКС ($12,2 \pm 1,7$ дня) соответственно. За счет более активного течения раневого процесса сроки предоперационной подготовки у пациентов ОГ были меньше ($10,2 \pm 0,7$ дня), чем в КГ ($14,3 \pm 1,6$ дня). Полноценное приживление аутодермотрансплантатов у пациентов ОГ составило 98,7%, в отличие от ГКС лишь в 79,8% случаях. Длительность болевого синдрома у пациентов ОГ составила $8,7 \pm 0,8$ дня, а температурной реакции – $7,9 \pm 0,5$ дня, что меньше, чем в ГКС ($14,2 \pm 0,9$ дня и $12,8 \pm 1,3$ дня, соответственно). Применение антиоксидантной терапии и ГБО не оказало отрицательного влияния на состояние периферической крови. Количество эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, уровень СОЭ в 1-й и 21-й день лечения не имели значимых различий у больных ОГ и ГКС. Результаты цитологического исследования показали, что у пациентов ОГ репаративные процессы в ранах протекали интенсивнее, чем в КГ. Клеточный состав ран в первый день лечения существенно не отличался у пациентов обеих групп. На 21-й день лечения у пациентов ОГ установлены регенераторный и регенераторно-воспалительный типы



цитогрaмм, тогда как у пациентов КГС сохранялся воспалительно-регенераторный тип цитогрaмм. У пациентов ОГ наблюдалось значимое снижение числа нейтрофилов (с $84,8 \pm 4,2\%$ до $27,9 \pm 2,7\%$), макрофагов (с $12,7 \pm 1,4\%$ до $3,8 \pm 0,3\%$) и возрастaние количества фибробластов (с $5,5 \pm 0,7\%$ до $18,5 \pm 1,5\%$), а также клеток эпителия (с $0,5 \pm 0,1\%$ до $62,4 \pm 5,4\%$). Провоспалительные интерлейкины (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α), значительно превышали установленные нормы у пациентов с обширными длительно незаживающими ранами в обеих группах к началу лечения. Однако к 21-дню лечения у пациентов ОГ отмечено значимое снижение уровня IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α в 2,7 раза по сравнению с ГКС (1,5) (p

его атипичные начало и течение, что обнаружено впервые в связи с дисбиозом кишечника и произошедшими изменениями патоморфоза болезни в детском возрасте. Авторы доклада приведут рекомендации по устранению причин поздней диагностики острого аппендицита у детей и предложат пути оптимизации лечебных мероприятий, предупреждающих у них исход гнойного деструктивного аппендицита в абдоминальный сепсис и летальность.

323. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ.

Гусак С.Н., Склярова Е.А., Вечеркин В.А., Черных А.В., Баранов Д.А., Михалев Н.Е.

Воронеж, Россия

Кафедра детской хирургии ГБОУ
ВПО "Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко"
МЗ РФ

Цель исследования: установить основные современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей и предложить пути оптимизации раннего диагноза заболевания у жителей города и села.

Материал и методы: Исследования проведены у 118 детей возраста от 2 лет 3 месяцев до 15 лет обоего пола (мальчиков-66(55,5%) и девочек-52(44,4%)), которые на протяжении 2010 по 2015 лет лечились в детской хирургической клинике по поводу острого гангренозно – перфоративного аппендицита и гнойного перитонита.

Результаты. В числе причин поздней диагностики острого аппендицита у этих детей установлены: атипичное расположение червеобразного отростка с атипичным течением болезни - у 47(38,9%) детей и позднее обращение ребенка к врачу по поводу абдоминального синдрома- у 71 (61,1%) пациентов. В числе причин поздней обращаемости - удаленность места жительства заболевшего от лечебных учреждений у 12(10,1%) больных и у 20(16,9 %) других детей поздняя обращаемость связана с социальным неблагополучием семей. У остальных 25(21,2%) детей причиной трудностей диагностики острого аппендицита послужило

324. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Абдуллаев З.Т., Акимов В.П., Авдеев А.М., Абдулаев М.А., Афак М.Т.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения больных с осложненным дивертикулезом ободочной кишки с использованием эндовидеохирургических технологий.

Материалы и методы: С 2011 по 2015 год (за 5 лет) в Александровскую больницу поступило 656 больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Из общего числа изучаемых больных с дивертикулитом было 504 человека.

Результаты и обсуждение: У 65(12,9%) пациентов дивертикулит сопровождался перфорацией с развитием более грозных осложнений (перитонит, флегмона забрюшинная); дивертикулит у 411 (81,5%); прикрытая перфорация – у 22(4,4%) ; стриктура ободочной кишки – 6 (1,2%) Своевременное выявление и дифференциальная диагностика этих осложнений может быть весьма затруднительна. Недооценка тяжести состояния больного приводит к прогрессированию заболевания с развитием тяжёлой интоксикации и сепсиса с одной стороны, а гипердиагностика к выполнению необоснованно больших по объёму и травмирующих операций с другой. Всё это может негативно влиять на состояние пациента и результаты всего лечения. Всего было прооперировано 140(27,7%) экстренно поступивших пациентов с дивертикулитом, в возрасте от 26÷92 лет, средний возраст $60,0 \pm 1,0$ Из них 52(37,1%) мужчины в возрасте от 26÷88 лет, средний возраст $51,8 \pm 1,5$. И 88(62,9%) женщины от 27÷92 год, средний возраст $64,8 \pm 1,1$. Непосредственно по поводу дивертикулита им было произведено 164 операций, из них экстренных 124(75,6%) и отсроченных 40(24,4%).



Из 124 экстренных хирургических вмешательств 73(58,9%) начались с диагностической лапароскопии, а 51(41,1%) сразу традиционно. Конверсия после лапароскопии потребовалась только 27(37,0%) пациентам. 4(5,5%) удалось наложить колостому лапароскопически, без традиционной лапаротомии. И у 42(57,5%) человек экстренную операцию удалось ограничить только лапароскопической диагностикой, санацией и дренированием брюшной полости. И ещё 2(2,7%) больным выполнена лапаротомия спустя 2 и 4 дня после лапароскопии, в связи с развившейся перфорацией дивертикула. По поводу развившихся осложнений потребовалось выполнить всего 12(7,3%) различных оперативных вмешательств. Из полученных результатов хорошо видно, что все 51 первичные лапаротомии закончились выведением колостомы. Первоочередное использование лапароскопии у 73 больных позволило отказаться от этой калечащей операции у 40(54,8%) пациентов. И только 33(45,2%) больным действительно была жизненно необходима колостомия. Летальность составила 8(5,7%) оперированных пациентов. У всех умерших пациентов была выявлена перфорация дивертикула потребовавшая выполнения лапаротомии. Никто из пациентов, первичное оперативное вмешательство у которых закончилось колостомией, не скончался.

Заключение: Первоочередное использование лапароскопии при оперативном лечении осложнённого дивертикулита ободочной кишки позволило у 54,8% пациентов отказаться от калечащей больного колостомии.

325.СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО – ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ

*Рамазанов М. Н. Симбердеев Р.Ш.,
Вайцеховская Е.П., Рамазанова Д.М.*

Москва

филиал № 6 З ЦВКГ им. Вишневского
Минобороны России

Несмотря на современные хирургические методы профилактики и лечения раневой инфекции, инфильтраты и нагноение послеоперационных ран продолжают занимать первое место среди всех госпитальных осложнений и третье место среди причин летальности. Частота послеоперационных гнойно – воспалительных осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 37,8% .

Послеоперационные инфекционные осложнения которых отягощают течение основного заболевания, удлиняют время пребывания больного в стационаре, увеличивает стоимость лечения, нередко служит причиной летальных исходов и негативно сказывается на сроках восстановления трудоспособности оперированных больных. Поэтому изучение этиологической структуры, патогенетических аспектов, клинических проявлений, совершенствование методов диагностики, а также организация рациональной профилактики и лечения послеоперационных инфекционных осложнений являются актуальными на сегодняшний день задачами для всех областей хирургии. Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, несмотря на появление новых антибактериальных препаратов, не имеет тенденции к существенному снижению, а на лечение их требует значительные материальные средства. Именно по этой причине ВОЗ избрала госпитальную инфекцию одним из приоритетных направлений своей деятельности. Разработанная ВОЗ программа контроля, профилактики и лечения госпитальной инфекции применяется повсеместно в ведущих странах мира, что привело к ощутимому снижению послеоперационных осложнений и экономии материальных средств. Среди причин развития госпитальной инфекции определенную роль играет нарушение правил асептики и противоэпидемического режима медперсоналом хирургических отделений. Наряду с этим отмечено, что на частоту возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений влияет ряд факторов. Так, при возрасте больных в 50 и более лет они встречаются у каждого 3-5 пациента. Наличие сахарного диабета у пациента повышает вероятность возникновения осложнений более чем в 2 раза, хотя другие сопутствующие заболевания не оказывают существенного влияния на заживление послеоперационной раны. Значительно чаще послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у больных, которые оперировались в экстренном порядке, и, особенно, если они были госпитализированы позже 24 часов от момента заболевания, длительно наблюдались в дооперационном периоде, подверглись продолжительному оперативному вмешательству, оперированы в вечернее, ночное время или хирургом со стажем работы менее 5 лет. Нами для проведения профилактических мер и эффективного лечения послеоперационных гнойно – воспалительных осложнений изучены причины нагноения послеоперационной раны у 58 пациентов, которые были на лечении в поликлинике филиала № 6 ЗЦВКГ им.А.А.Вишневского. Анализ осложнений показал их зависимость от особенности патологии, от сопутствующих заболеваний пациента, характера



хирургического вмешательства, требуемого доступа, его контакта с естественными полостно-трубчатыми структурами, в которых наличие микрофлоры является нормой. С учетом этого все хирургические вмешательства мы сгруппировали на следующие формы: К первой группе были отнесены 8 -больных (13,8%) хирургической патологией, которые не сопровождались воспалительным процессом и при этом доступ не сообщался с желудочно – кишечным трактом, желчно-мочевыми и дыхательными путями. Вторая группа составляет 14 (24,1%) больных с хирургической патологией без воспалительных проявлений в очаге поражения и вокруг него, но операционный доступ проходил через зоны контактирующих с инфицированными участками и органами, что затрудняло соблюдение асептики. Третья группа составляет 17 (29,3 %) больных, операция у которых проводилась на очагах с наличием микрофлоры. Это хирургические вмешательства на желудочно-кишечном тракте, билиарно-печеночной системе и открытых ранах различных локализаций. В четвертую группу входят 19 (32,8%) больных, оперативное вмешательство у которых было проведено в инфицированных тканях, при гнойных инфильтратах паренхиматозных органов брюшной полости, межпелтельных абсцессах, нагноениях легких, перфорациях язв желудка, 12-перстной кишки, кишечника, несостоятельности швов. Профилактические и лечебные мероприятия в каждой группе были разными. Больные первой группы в специальных профилактических мероприятиях, если отсутствуютотягчающие обстоятельства и сопутствующие заболевания, не нуждаются, кроме соблюдения общих принципов асептики и антисептики. Факторы, способствующие нагноению послеоперационной раны, необходимо проводить их коррекцию при операциях, а срочных – после вмешательства. У второй группы больных с чистой хирургической патологией, но с риском инфицирования операционной раны из-за ее близости и контакта с инфицированными полостными структурами, необходимо создать условия для изолированного их лечения путем рационального выбора доступа смещением патологического очага, а в послеоперационном периоде адекватной изоляцией, созданием условий для оттока реактивных, воспалительных жидкостей и отдельного их лечения. Основной задачей профилактики, прогрессирования и лечения раневой инфекции у больных третьей группы, оперируемых при наличии ограниченного воспалительного очага, является профилактика генерализации гнойного процесса путем создания условий, позволяющих изолировать его соседних структур, целенаправленного применения медикаментов с учетом характера флоры, встречающейся в пораженных ор-

ганах и системах. При оперативном лечении больных четвертой группы с гнойными осложнениями, перфорацией полых органов брюшной полости, несостоятельностью швов, эвентрацией, с патологией толстой кишки, гениталий и инфицированными ранами, должны быть задействованы все методы асептики, антисептики (физические, химические, механические, биологические) методы экстрара и интракорпоральные, детоксикации, системные и локальные антибиотики, дезинтоксикационные средства, энзимотерапия и иммуностимуляторы. Параллельно с этим, при лечении больных всех групп, необходимо соблюдать основные принципы хирургии, такие как, соблюдение анатомичности хирургического доступа, вмешательства, тщательный гемостаз, атравматичность, рациональное дренирование раны, полостных образований, естественных и сформировавшихся на месте удаления патологического очага и изоляции дренажей от серозных полостей, для профилактики генерализации гнойного процесса. Основное место при лечении и профилактике гнойного процесса занимают антибиотики и должны быть применены за день до плановой операции, а при срочных – сразу после госпитализации. Длительное применение антибиотиков в предоперационном периоде не оправдано, так как, это приводит к развитию антибиотикорезистентных штаммов и снижает уровень сапрофитной микрофлоры в очаге поражения и в целом в организме. Наиболее эффективным методом антибиотикотерапии является применение препаратов с учетом чувствительности к ним, которую необходимо определять в хирургии экспресс – методом. В случае отсутствия условий для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, необходимо использовать их с учетом преимущественно выявляемой флоры в зависимости от локализации очага. В крайнем случае с учетом влияния антибиотиков на показатели периферической крови. При поражении органов пищеварения, необходимо применять в качестве антибактериальных препаратов цефалоспорины четвертого, пятого поколения с препаратами метронидозола по 100 мл 3 раза внутривенно с интервалом, необходимым для поддержки эффективных концентраций антибактериальных препаратов в крови и тканях. При локализации основного гнойного очага на кожных покровах и мягких тканях – синтетические антибиотики. Преимуществом этих антибиотиков является простота применения, минимальная токсичность, стабильность к бета-лактамазам и высокая активность к гноеродной флоре. Гнойно-воспалительные раневые осложнения брюшной стенки, ухудшают результаты лечения, удлиняют послеоперационный период и увеличивают стоимость пребывания



больных в стационаре. Нагноения часто приводят к формированию эвентраций, вентральных грыж, лигатурных свищей, развитию таких грозных осложнений, как хирургический сепсис и септический шок. Таким образом, проблема раневой инфекции в абдоминальной неотложной хирургии имеет социально — экономическое значение, что требует дальнейшей разработки новых и усовершенствование имеющихся методов профилактики местных гнойно — воспалительных осложнений. Остро стоит и сама проблема послеоперационных инфекционных осложнений, развитие которых заметно отягощает основное заболевание, удлиняет время пребывания больного в стационаре, увеличивает стоимость лечения, нередко служит причиной летальных исходов и негативно сказывается на сроках восстановления трудоспособности оперированных больных. Поэтому изучение этиологической структуры, патогенетических аспектов, клинических проявлений, совершенствование методов диагностики, а также организация рациональной профилактики и лечения послеоперационных инфекционных осложнений являются актуальными на сегодняшний день задачами для всех областей хирургии.

326. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

*Кремчеев Р.Р. (1), Ипполитов И.Ю.(1),
Чегин С.М.(1), Шевалаев Г.А.(2)*

Саранск2) Ульяновск

1) МГУ им. Н.П. Огарева2) УлГМУ

Переломы костей голени занимают первое место среди переломов длинных трубчатых костей. До сих пор лечение переломов голени представляет сложную и трудоемкую задачу. Они часто осложняются острым тромбозом глубоких вен, что таит в себе опасность развития тромбоемболии легочной артерии или постфлеботромботического синдрома. Причины и механизмы тромбообразования в глубоких венах при скелетной травме окончательно не изучен. Цель работы. Установить некоторые причины тромбоемболических осложнений у больных переломами костей голени; установить сопряженность их развития с состоянием системы гемостаза. Материал и методы. Клинико-лабораторно-инструментальные исследования проведены у 56 больных закрытыми оскольчатыми переломами диафизов костей голени. Наряду с традиционными (рутинными) показателями гемостаза оценивали состояние системы гемостаза. Результаты. По нашим данным, осложнения в виде тромбоза вен нижних конечностей при течении

закрытых оскольчатых переломов диафизов длинных трубчатых костей возникли у 16 больных (28,6 %). В группе технических ошибок, допущенных при оказании первой помощи, установили несовершенную иммобилизацию или ее отсутствие. Так, почти четверть (n=13) больных закрытыми оскольчатыми переломами длинных трубчатых костей доставлены в больницу без иммобилизации или с плохой иммобилизацией. Отмечено запоздалые одномоментная репозиция или скелетное вытяжение. У более чем 80 % больных (n=45) со значительными смещениями отломков дежурными хирургами произведены одно- и двукратные попытки одномоментной репозиции, но желаемый результат не достигнут. На вторые сутки этим больным наложено скелетное вытяжение. Среди ошибок второй группы следует прежде всего остановиться на рациональном методе лечения. Ошибки при выборе метода лечения в большинстве случаев были вызваны тем, что показания к тому или иному методу лечения ставились без учета вида, характера и уровня перелома, степени смещения отломков, обширности и характера повреждения мягких тканей, особенностей организма и т.д. Наряду с ошибками, допущенными при оказании первой помощи пострадавшему и выборе метода лечения, выявлены и ошибки, допущенные во время последующего амбулаторного лечения. Так, врачи, занимающиеся долечиванием больных с травмами, в недостаточной мере знакомы с восстановительным лечением. Допускается слишком ранняя или слишком поздняя функциональная нагрузка. Не в полной мере проводится своевременная и правильная лечебная физкультура, физиотерапия, массаж. При анализе состояния системы гуморального гемостаза выявлено, что в группе больных, у которых возникли тромбозы глубоких вен нижних конечностей, отмечены сравнительно большие нарушения в системе гемостаза в виде гиперкоагулемических сдвигов и угнетения фибринолитической системы. Таким образом, полученный фактический материал показывает, что для профилактики развития тромбоемболических осложнений у больных закрытыми оскольчатыми переломами диафизов костей голени, уже на начальных этапах следует выделять группы риска, пациенты которых и нуждаются в своевременной и качественной антикоагулянтной терапии. С другой стороны, следует считать дискуссионным вопрос о необходимости такого рода терапии при отсутствии каких-либо предрасполагающих факторов.



327. ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

*Рамазанов М.Н., Симбердеев Р.Ш.,
Вайцеховская Е.П., Рамазанова Д.М.*

Москва

филиал № 6 З ЦВКГ им.А.А.Вишневского
Минобороны России

Проблема рожистого воспаления сохраняет свое важное значение в современной медицине в связи с широким распространением, ростом числа тяжелых форм, склонностью к рецидивам и частым развитием неблагоприятных последствий, влекущих за собой значительный экономический и социальный ущерб. Одна из основных проблем рожистого воспаления - развитие рецидивов, наблюдающихся в 16–50% случаев. Поэтому актуальным является изучение причин первичного и рецидивного течения рожистого воспаления для воздействия на данные факторы в ходе комплексного лечения. Рожистое воспаление традиционно считается инфекционной болезнью, протекающей с тяжелыми осложнениями и высокой летальностью. История этой болезни исчисляется тысячелетиями. Вопросами ее клиники, диф. диагностики и лечения занимались еще древние эскулапы – Гиппократ, Авиценна, Гален, Цельсий. В данной статье представлены актуальные сведения об этиологических факторах, распространённости и способах лечения рожистого воспаления различной локализации в зависимости от формы и тяжести течения воспалительного процесса. Подробно изложен современный взгляд на этиотропную терапию с учетом смены возбудителя заболевания, а также способы повышения эффективности антибактериальных препаратов. Особое внимание уделено вопросам лечения неосложнённых амбулаторно и осложнённых форм рожистого воспаления в условиях хирургического стационара. Представлена оценка эффективности применения, существующих методов лечения гнойных ран с учетом фаз течения раневого процесса применительно к больным рожистым воспалением. Проанализированы преимущества и недостатки наиболее часто используемых антисептических растворов и мазевых форм. Рассмотрены новые препараты: раствор 0,01%-ный мирамистина (миристамидопропил-диметилбензиламмоний хлорид) - новый антисептик из группы катионных ПАВ. На основе Мирамистина созданы принципиально новые многокомпонентные препараты: 0,5% мазь Мирамистина, мазь тримистин, мазь Лавендула, мазь

митрипан, гель пантестин, 5% метилурациловая мазь, ликапантин; биологически активные гелевые повязки с мирамистином («Апполо-ПАК-АМ» и «Апполо-ПАААМ»), которые обладают противовоспалительным, противоотёчным, анальгезирующим действием и ускоряют репаративные процессы в ране. Сегодня болезнь характеризуется стабильно высоким уровнем заболеваемости, не имеющим тенденции к значительному снижению. Официально случаи рожистого воспаления не регистрируют, поэтому фактически точные сведения о заболеваемости отсутствуют. По выборочным данным средняя заболеваемость рожистым воспалением в России составляет 12–20 : 10 000, а в странах Европы – 4,3 : 10 000 взрослого населения. В структуре инфекционной патологии рожистое воспаление занимает четвертое место после заболеваний дыхательного тракта и вирусных гепатитов. Таким образом, современными особенностями клинического течения рожистого воспаления, являются преобладание заболевания у людей пожилого возраста; преимущественная локализация воспалительного очага в области нижних конечностей, преимущественное развитие геморрагических форм. В последнее десятилетие клиническими и эпидемиологическими наблюдениями многих авторов отмечено изменение клинической симптоматики и течения рожистого воспаления. Наблюдается тенденция резкого увеличения числа пациентов с деструктивными формами рожистого воспаления (около 19 % случаев заболеваний осложняется гнойно-некротическими процессами, протекающими по типу некротического фасциита или распространенного целлюлита). Такие пациенты подлежат комплексному, в том числе и оперативному лечению в условиях общехирургического стационара. Лечение больных рожистым воспалением комплексное и проводится дифференцированно с учетом характера местных проявлений: тяжести течения заболевания и наличия осложнений. Больные с легким течением первичной рожи могут лечиться в амбулаторно-поликлинических условиях. Показаниями к госпитализации в стационар является средне-тяжелое или тяжелое течение, локализация воспалительного процесса на лице, рецидивы заболевания. Неосложнённые формы рожистого воспаления находятся в компетенции клиники инфекционных болезней. Больные с гнойными осложнениями или некрозами, а также с буллезной и геморрагической формами госпитализируются в хирургические стационары. Комплекс лечебных мероприятий обычно включает этиотропную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную, симптоматическую терапию. Традиционно, исходя из стрептококковой природы заболевания, препаратами выбора для лечения больных рожей счита-



ются β-лактамы (пенициллины и цефалоспорины). Однако при деструктивных формах заболевания эти препараты малоэффективны. В развитии осложнённых форм рожистого воспаления основную роль играет не монокультура β-гемолитического стрептококка группы А, а ассоциация бактериальных патогенов (золотистый стафилококк, коагулазонегативный стафилококк и бактерии сем. Enterobacteriace). Такой набор возбудителей требует включения в антибактериальную терапию препаратов более широкого спектра или их комбинаций, например, препаратов группы фторхинолонов и макролидов. В последние годы наблюдается постепенное снижение эффективности линкомицинолтерапии, которая традиционно считалась эффективной в отношении L-форм стрептококков. Для повышения результативности антибактериальных препаратов и одновременного снижения числа и выраженности аллергических реакций рекомендуется осуществлять эндолимфатическое введение антибиотиков. Однако этот метод применим лишь для ограниченного круга пациентов без нарушения периферического лимфо- и кровообращения. С целью оптимизации антибактериальной терапии ряд исследователей считает перспективным применение системной энзимотерапии. Сочетанное применение антибактериальных препаратов с Вобэнзимом и Флогэнзимом повышает концентрацию антибиотиков в очаге воспаления, а также снижает их токсичность и побочные действия. Таким образом, ведущее место в лечении больных рожистым воспалением занимает антибактериальная терапия. Выбор препарата и способ его введения зависят от индивидуальной переносимости, чувствительности возбудителя и условий лечения. С другой стороны, с развитием иммунологии меняется представление о роли иммунитета в патогенезе инфекционных и гнойно-септических заболеваний. Меняется и качественный подход к лечению данной категории больных. При рожистом воспалении наблюдается дисбаланс в системе клеточного и фагоцитарного звеньев иммунитета. В остром периоде заболевания происходит достоверная супрессия Т-зависимого звена иммунитета. В отношении состояния В-зависимого звена, данные весьма противоречивы. Однако большинство исследователей сходятся во мнении, что в период разгара заболевания, количество иммуноглобулинов классов А, М, G снижено, особенно у пациентов с рецидивирующими и осложнёнными формами. В периоде реконвалесценции концентрация иммуноглобулинов без дополнительной стимуляции не достигает показателей здоровых лиц. С целью устранения этих нарушений весьма перспективным является применение препаратов иммуномодулирующего и иммунокорректирующего действия. Получены по-

ложительные результаты при включении в комплексное лечение больных рожистым воспалением таких препаратов, как, полимураamil, деринат, галавит, полиоксидоний, имунорикс пентоксил, глутоксим, продигозан, иммунофан и др.; целесообразно исследование иммунологического статуса в динамике. Обращает на себя внимание новый на отечественном фармакологическом рынке иммуномодулятор Полимураamil. В литературных источниках имеется единственное сообщение об использовании препарата Полимураamil в комбинации с фторхинолонами у пациентов с различными формами рожи. По мнению авторов, включение полимирамила в комплекс лечения больных рожей, повышает активность комплемента, β-лизинов, бактерицидной активности сыворотки крови. Лечение больных рожистым воспалением должно проводиться в зависимости от клинической формы (эритематозная, геморрагическая), кратности заболевания (первичная, повторная, рецидивирующая, часто рецидивирующая рожа), а также степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений, предрасполагающих (фоновых) заболеваний. В настоящее время большинство больных с легким течением рожистого воспаления и многие пациенты со среднетяжелой формой заболевания, лечатся в условиях поликлиники врачами различных специальностей (инфекционистами, терапевтами, хирургами, дерматологами). При рецидивирующей форме рожистого воспаления на фоне выраженного лимфостаза, целесообразно применение глюкокортикоидов. Назначается дексаметазонил и преднизолон внутрь или внутривенно в зависимости от тяжести течения болезни. С целью коррекции микроциркуляторных расстройств целесообразно применение антиагрегантов (пентоксифиллин, тиклопидин, плавикс). Определённые положительные результаты получены при применении озонотерапии. Целью этой методики является подавление свободнорадикальных реакций в очаге воспаления и запуск антиоксидантных механизмов. Озонотерапия способствует улучшению трофики в очаге воспаления, восстановлению структурной и функциональной полноценности клеток, а также нормализации показателей перекисного окисления липидов. Патогенетическое лечение включает проведение дезинтоксикационной терапии, назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (с одновременным назначением ингибиторов протонной помпы), курсы витаминотерапии и пентоксифилина. Рожистое воспаление характеризуется выраженной интоксикацией, которая нередко возникает раньше местной эритемы и во многом определяет последующее течение заболевания. Поэтому дезинтоксикационную терапию назнача-



ют с первых дней заболевания. Объем инфузионной терапии подбирается индивидуально, учитывая форму заболевания и степень выраженности симптомов интоксикации. В качестве десенсибилизирующей терапии при легком и среднетяжелом течении заболевания показаны антигистаминные препараты. Сегодня из этой группы наиболее эффективными препаратами являются супрастин, тавегил, кларитадин, цетиризин и лоратадин. Для купирования процессов перекисного окисления липидов также известно назначение антигипоксантов и антиоксидантов (мексидол, актовегин, эмоксипин). Лечение больных рожей возможно на дому и в поликлинике. Амбулаторному лечению подлежат больные с острым неосложненным рожистым воспалением в легкой форме. При неосложненных формах средней тяжести и тяжелых, а также при рецидивном рожистом воспалении показано экстренное лечение в условиях стационара. Таким образом, показания к стационарному лечению рожистого воспаления являются: а) наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (диабет, сердечно-сосудистая недостаточность, почечная недостаточность, аллергические и другие заболевания); б) преклонный или детский возраст больных; в) частые рецидивы заболевания независимо от степени интоксикации; г) течение рожистого воспаления на фоне стойких нарушений лимфообращения и заболеваний периферических сосудов конечностей, выраженных дефектов кожи (рубцы, язвы и т. д.); д) осложнения рожистого воспаления. Больной рожистым воспалением должен ежедневно осматриваться врачом. Несмотря на то, что своевременно начатая антибактериальная терапия обычно ведет к быстрому (в течение 2–3 дней) купированию воспаления и интоксикации, это не исключает вероятность развития осложнений или критически высокой гипертермии. Больной должен иметь возможность в любое время связаться с врачом или вызвать «Скорую помощь». При отсутствии этих условий следует госпитализировать пациента по социальным показаниям. Назначается домашний режим. При поражении нижних конечностей рекомендуется ограничить хождение и стояние, держать пораженную конечность выше уровня тела. При поражении верхней конечности целесообразна мягкая иммобилизация косыночной повязкой. Пораженные участки тела не следует мочить. С гигиенической целью область эритемы можно протирать спиртом. Основой лечения рожистого воспаления служит этиотропная антибактериальная терапия. Длительное время основным препаратом для лечения неосложненных форм этого заболевания, оставался бензилпенициллин и его полусинтетические производные в инъекционной форме, что требовало госпитализации

больного. Хотя стрептококк значительно медленнее стафилококков вырабатывает механизмы устойчивости к действию антибиотиков, в настоящее время до 15% случаев встречаются пенициллин-резистентные штаммы стрептококков. Кроме того, в настоящее время имеется достаточное количество таблетированных антимикробных препаратов, апробированных для лечения рожи. При лечении больных в условиях поликлиники и на дому целесообразно назначение таблетированных антибиотиков для перорального применения, наиболее подходящими являются: • Препараты группы фторхинолонов: Спарфлоксацин по 0,4 x 1 раз в день; Левофлоксацин по 0,2 x 2 раза в день, Офлоксацин по 0,4 x 2 раза в день. Можно пользоваться и ципрофлоксацином, однако его дозировка должна быть не менее 0,5 x 2 раза в день. Нельзя использовать для лечения рожи такие фторхинолоны как Норфлоксацин и Пефлоксацин – они не действуют на стрептококков. • Таблетированные цефалоспорины: Цефалексин по 0,5–1,0 x 4 раза в день, Цефадроксил по 1,0–2,0 x 2 раза в сутки, Цефуроксим 0,5 x 2 раза в день. • Таблетированные ингибиторзащищенные пенициллины: Амоксициллин/клавулат по 0,625 x 3 раза в сутки, Ампициллин/сульбактам по 0,75 x 2 раза в сутки. • Таблетированные макролиды: Кларитромицин по 0,5 x 2 раза в сутки, Спирамицин по 3 млн.ЕД x 3 раза в день, Азитромицин по 0,25 x 2 раза в день. Антибактериальная терапия должна продолжаться при остром рожистом воспалении не менее 10 суток, в противном случае велика опасность развития рецидива. При лечении в условиях стационара препаратом выбора (при переносимости) является бензилпенициллин в суточной дозе 6–12 млн МЕ внутримышечно, курс – 10 дней. Препаратами резерва являются: цефалоспорины I поколения (цефазолин, в суточной дозе 3,0–6,0 г и более внутримышечно, 10 дней) и клиндамицин (в суточной дозе 1,2–2,4 г и более внутримышечно), цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон 2,0 г внутривенно капельно), или цефепима (по 1,0 г 2–3 раза в день), а также меропенем (по 1,0 г 3 раза в день) парентерально в течение 10 дней, которые назначаются при тяжелом осложненном течении рожистого воспаления. При сохранении отеков на месте поражения, а также после рецидивной рожи целесообразно применение венотоников и антиагрегантов (Детралекс, Флебодиа, Венарус) по стандартным схемам. Авторы располагают наблюдениями эффективного применения энзимного препарата Вобэнзим (по 3 таблетки три раза в день в течение 2–4 недель) для купирования отеков. Этот препарат можно начинать принимать с самого начала лечения, так как он усиливает действие антибиотиков, понижает, возможную антибиотикорезистентность возбудителей инфек-



ции. Местное лечение рожистого воспаления следует проводить лишь при наличии обширных буллезных элементов, некрозов и гнойных осложнений. В остром периоде при эритематозно-буллезной форме рожистого воспаления неповрежденные пузыри вскрывают, после выхода экссудата накладывают повязки с жидкими антисептиками (фурацилин, риванол, мирамистин, димексид и др). Наложение на эритематозную поверхность ихтиоловой мази, мази Вишневского приводит к образованию обширных булл, поверхностных некрозов и контактных дерматитов. Больные с осложненными формами рожистого воспаления подлежат хирургическому лечению. Вскрытие гнойника с иссечением некротизированных тканей следует проводить в кратчайшие сроки с момента поступления больного в стационар. Радикальное пособие рассматривается как единственный метод предупреждения инфекционно-токсического шока у этой категории больных. Сочетание хирургического вмешательства с местными аппликациями противовоспалительных средств позволяет добиться быстрой регрессии воспаления. Интересным представляется вопрос о выборе препарата для местных аппликаций. Выбор лекарственного средства зависит от конкретной фазы течения раневого процесса. По-прежнему в практике гнойной хирургии для санации гнойных очагов широко используются антисептические средства, такие как мирамистин и диоксидин, 0,05 % раствор хлоргексидина или 3 % раствор перекиси водорода. Кроме того, применение жидких антисептиков в фазу активной экссудации требует 2–3 перевязок в сутки. Известно, что тампоны, помещенные в рану, быстро высыхают и теряют свои осмотические свойства, необходимые для очищения раны от гноя. Для местного лечения ран мягких тканей активно используются антисептические растворы и мазевые лекарственные средства на основе мирамистина, диоксидина, левомицетина. Мирамистин характеризуется широким спектром антимикробных свойств. Препарат губительно действует на грамположительные, грамотрицательные бактерии, грибы, вирусы, простейшие, аэробные и анаэробные, спорообразующие и аспорогенные микроорганизмы в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к лекарственным препаратам. В хирургической практике успешно используются активные гидрогелевые повязки с мирамистином: «Апполо-ПАК-АМ» и «Апполо-ПАААМ». Применительно к ранам на фоне рожистого воспаления хорошо зарекомендовала себя так, для лечения гнойных процессов в I фазе созданы: 0,5% мазь Мирамистина, мазь тримистин, мазь Лавендула, мазь митрипан, 0,5% клей Мирамистина. Во второй фазе

раневого процесса высокую клиническую эффективность показывают следующие препараты с Мирамистином: гель пантестин, 5% метилурациловая мазь, ликапантин. Препарат обладает противовоспалительным, противоотечным, анальгезирующим действием, не вызывая побочных эффектов. Показано, что под влиянием Мирамистина у микробов может снижаться уровень антибиотико-устойчивости (Гришин М. Н., Кривошеин Ю. С., Свистов В. В., 2001). Это оправдывает применение Мирамистина в комплексной терапии, а также для профилактики и лечения инфекций, вызванных полирезистентными штаммами. Положительный местный эффект оказывает применение физиотерапевтических методов. В клинике активно назначают ультрафиолетовое облучение и ультравысокочастотную терапию очага воспаления в остром периоде заболевания. Эффективно ультрафиолетовое облучение крови, которое проводится в зависимости от тяжести течения заболевания от 2 до 12 сеансов с интервалами 1–2 суток. Если в период реконвалесценции сохраняются инфильтрация кожи, отечный синдром, регионарный лимфаденит, назначают аппликации озокерита или повязки с подогретой нафталанной мазью (на нижние конечности), аппликации парафина (на лицо), электрофорез лидазы (особенно в начальных стадиях формирования слоновости), кальция хлорида, радоновые ванны, магнитотерапию. Широкое распространение в медицине получило применение лазерной терапии. Она обладает выраженным противовоспалительным эффектом, нормализует микроциркуляцию в очаге воспаления, восстанавливает реологические свойства крови, усиливает репаративные процессы. Методы низкоинтенсивной лазеротерапии не инвазивны, поэтому легко переносятся пациентами. Продолжительность стационарного и амбулаторного лечения зависит от тяжести и кратности течения рожи, наличия сопутствующих заболеваний, составляя 10–12 дней при первичной неосложненной и до 16–20 дней – при тяжелой рецидивирующей роже. Таким образом, сегодня в арсенале практикующих врачей находится огромное количество современных препаратов в различных комбинациях и способах применения. Сочетание симптомов общего и местного воспаления требует особого комплексного подхода с учетом характера и тяжести заболевания. При хронической и рецидивирующей роже целесообразно проведение противорецидивных курсов антибактериальной терапии. В.Л.Черкасов (1986) рекомендует для этих целей использовать Бициллин-5 (бициллинопрофилактика) по следующим схемам: 1. При частых рецидивах рожи — метод непрерывной (круглогодичной) бициллинопрофилактики. Бнциллин-5 в дозе 1 500 000 ЕД вводится внутри-



мышечно с интервалом 3-4 нед. круглогодично, на протяжении 2-3 лет. У отдельных больных интервалы между первыми введениями бициллина-5 могут быть сокращены до 2 нед., с постепенным увеличением их до 3-4 нед. Введению бициллина-5 должно предшествовать полноценное комплексное лечение болезни в ее остром периоде для подавления очага хронической стрептококковой инфекции в коже и регионарных лимфатических узлах. 2. При отчетливо выраженной сезонности рецидивов — метод сезонной бициллинопрофилактики. Препарат в дозе 1 500 000 ЕД вводится внутримышечно за месяц до начала сезона заболеваемости у данного больного, с интервалом 4 недели, на протяжении 4 месяца ежегодно. 3. При наличии значительных остаточных явлений после перенесенной рожи - метод однокурсовой бициллинопрофилактики ранних рецидивов. Бициллин-5 в дозе 1 500 000 ЕД вводится внутримышечно, с интервалом 4 недели, на протяжении 4-6 месяца после перенесенного заболевания. В настоящее время кроме бициллина можно использовать и другие препараты этой группы (Ретарпен), а так же длительный прием таблетированных фторхинолонов (Левофлоксацин, Офлоксацин, Ципрофлоксацин), отличающихся малой токсичностью. При буллезной форме необходимо иссечение оболочек пузырей и наложение на образовавшиеся эрозии повязок с мазями на жировой основе. Местное лечение проводится по общим принципам до полной эпителизации эрозий. При «флегмонозной» форме выполняется вскрытие подкожных флегмон с последующим лечением образовавшихся гнойных ран. При гангренозной (некротической) роже производится иссечение некротизированных участков дермы. Раны ведутся открыто до появления грануляций, затем выполняются различные варианты их пластического закрытия. Реабилитация больных рожей должна начаться уже в остром периоде болезни, когда на фоне специфической этиотропной и патогенетической терапии, необходимо проводить комплекс лечебных мероприятий (как медикаментозных, так и физиотерапевтических), направленных на выявление у конкретных больных сопутствующих заболеваний, с привлечением специалистов соответствующего профиля (дерматолог, эндокринолог, сосудистый хирург и др.) и проведением необходимых диагностических исследований. Последующая реабилитация больного, перенесшего рожу, может проводиться амбулаторно или стационарно (при наличии соответствующих условий). Такая реабилитация позволяет значительно снизить риск хронизации инфекционного процесса, вовремя предупредить развитие тяжелых последствий заболевания, приводящих к инвалидности. Для профилактики ре-

цидивов болезни (амбулаторно или в специализированных отделениях под контролем врача-специалиста) рекомендуется: 1. Своевременная и полноценная антибиотикотерапия первичного заболевания и рецидивов. 2. Лечение выраженных остаточных явлений (эрозий, сохраняющейся отёчности в области местного очага), последствий рожи (стойкий лимфостаз, слоновость). 3. Лечение длительно и упорно протекающих хронических заболеваний кожи (микозы, экзема, дерматозы и др.), приводящих к нарушению её трофики и служащих входными воротами для инфекции. 4. Лечение очагов хронической стрептококковой инфекции (хронический тонзиллит, синусит, отит и др.). 5. Лечение нарушений лимфо- и кровообращения в коже, возникших в результате первичных и вторичных лимфостазов, хронических заболеваний периферических сосудов. 6. Лечение ожирения, сахарного диабета (частую декомпенсацию которого наблюдают при роже). Для предотвращения повторного или рецидивирующего случая рожи, важное значение имеет терапия сопутствующей патологии после окончания острого периода заболевания. В данной ситуации специалист составит индивидуальный план лечения. Помимо этого следует отметить медикаментозную профилактику рожистого воспаления, которое возникает у больного с завидной регулярностью. Суть такой профилактики заключается в назначении антибиотиков пролонгированного действия, препятствующих размножению стрептококков в организме. Как правило, препараты такого рода принимают от месяца до одного года. Курс и продолжительность лечения устанавливает только специалист. Кроме того, предотвратить осложнения сможет постоянное наблюдение у инфекциониста в поликлинике, укрепление здоровья. Рожистое воспаление имеет благоприятный прогноз, если лечение начато своевременно. Однако у лиц с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, сердечно-сосудистая недостаточность) возможен летальный исход.



328. ЭЗОФАГОПЛАСТИКА ПРИ РАКЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Чикинев Ю.В. 1,2, Дробязгин Е.А. 1,2,
Судовых И.Е. 2

Новосибирск

- 1- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
- 2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

В период с 1996 по 2016 годы в клинике кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета НГМУ в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» эзофагопластики пластика пищевода при его доброкачественных заболеваниях и раке выполнена 222 пациентам (132 - мужчин, 90 - женщин). Возраст пациентов от 16 до 73 лет. Основная масса пациентов (167) трудоспособного возраста. Показаниями к эзофагопластике были: рубцовое послеожоговое сужение пищевода у 109 пациентов, пептическая стриктура пищевода у 11, ахалазия пищевода IV ст у 65, рак пищевода у 30, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод у 7. Показаниями для выполнения эзофагопластики при рубцовом сужении пищевода были: полная рубцовая непроходимость пищевода, неэффективность и бесперспективность бужирования стриктуры, укорочение пищевода и развитие стойкого гастроэзофагеального рефлюкса, способствующего формированию сужения, рецидивы стеноза пищевода после неоднократного бужирования (чаще, чем 3 раза в течение полугода), угроза перфорации органа во время бужирования, перфорация пищевода в анамнезе, настойчивое желание пациента. Давность заболевания при послеожоговом сужении пищевода – от 1 месяца до 31 года, причем пик больных приходился на первые 6 месяцев, что объясняется началом развития рубцового процесса в пищеводе. У пациентов с ахалазией пищевода в 63 случаях была IV стадия заболевания, у 2 был дивертикул в нижней трети пищевода с III стадией заболевания. На момент выполнения операции давность заболевания составляла от 1 года до 5 лет. Во всех случаях отмечались выраженные нарушения эвакуации пищи в желудок, подтвержденные рентгенологически. Двум из них до экстирпации пищевода в других клиниках выполнена операция Heller, но положительной динамики не отмечено. Среди оперированных пациентов с рефлюкс-эзофагитом и пептическими стриктурами у 4 имело место сочетание пептического сужения пищевода с пищеводом

Барретта, подтвержденного при патоморфологическом исследовании биоптатов слизистой пищевода (метаплазия по кишечному типу). При злокачественном новообразовании пищевода, кардии диагноз был подтвержден данными рентгено-эндоскопического и патоморфологического исследований. Пациентам выполнены следующие оперативные вмешательства: экстирпация пищевода с пластикой желудочной трубкой – 134 пациента, экстирпация пищевода с пластикой левой половиной ободочной кишки - 7, субтотальная шунтирующая эзофагоколопластика - 81. При выполнении экстирпации пищевода у пациентов с ахалазией пищевода, рубцовым или пептическим сужением, операция выполнялась из двух доступов - шейного и транسخиатального. У 6 пациентов трансплантат необходимой длины был выкроен из патологически измененного желудка (гастростомия в анамнезе). У 28 пациентов со злокачественным поражением пищевода оперативное вмешательство выполнялось из трех доступов (верхне-срединная лапаротомия, торакотомия, цервикотомия слева) с выполнением лимфодиссекции в средостении. Желудочную трубку формировали по ходу большой кривизны желудка шириной 2,5-3 см. Трансплантат проводили в ложе удаленного пищевода. При эзофагоколопластике в большинстве случаев (87) эзофагоколоанастомоз сформирован по типу «конец-в-бок». Лишь в одном случае анастомоз сформирован «бок-в-бок». Дистальный анастомоз был сформирован с желудком у 58 больных, с тонкой кишкой (или с отводящей петлей гастроэнтероанастомоза) у 17 пациентов, с двенадцатиперстной кишкой у 6 пациентов. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были у 40 пациентов: несостоятельность эзофагогастроанастомоза была у 13 пациентов (10 – оперированы по поводу рака пищевода, 3 – рубцовое послеожоговое сужение пищевода), несостоятельность эзофагоколоанастомоза у 12 (7 – оперированы по поводу рака кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, 5 – рубцовое послеожоговое сужение пищевода), несостоятельность колоколоанастомоза у 2, плеврит у 3 (2 – после эзофагогастропластики, 1 – после эзофагоколопластики), пилороспазм у 2, пневмония у 5 (3 – после эзофагогастропластики, 2 – после эзофагоколопластики), частичный некроз колотрансплантата у 1, полный некроз колотрансплантата у 1, нагноение послеоперационной раны у 2 (1 – после эзофагогастропластики, 1 – после эзофагоколопластики). Повторные вмешательства проведены 4 пациентам: 2 – релапаротомия ушивание несостоятельности, колостомия, 1 – удаление трансплантата, дренирование переднего средостения, некрэктомия трансплантата. В раннем послеоперационном периоде умерло 8 пациентов (4 – колопластика, 4 – гастропластика). Причина



ми смерти были: несостоятельность колоколоа-настомоза, перитонит (3), полиорганная недостаточность (4), тяжелая двухсторонняя пневмония и прогрессирование полиорганной недостаточности (1). Функциональные результаты хирургического лечения оценены по состоянию пищеводных анастомозов и трансплантата. У всех пациентов перед выпиской из стационара отсутствовали явления дисфагии при приеме густой и жидкой пищи, они начали прибавлять в весе. Отдаленные результаты выполненных оперативных вмешательств изучены у 205 пациентов в сроки от 1 месяца до 13 лет (190 – доброкачественные заболевания; 15 – рак пищевода). Все пациенты получили возможность приема пищи через рот. При оценке результатов эзофагопластики в отдаленном периоде (1 свыше 1 года), болезни искусственного пищевода скорректированы с применением эндоскопических технологий. Таким образом: непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения при доброкачественных и злокачественных заболеваниях пищевода у большинства пациентов можно считать хорошими и удовлетворительными. С учетом возникновения болезней искусственного пищевода, необходим мониторинг пациентов в послеоперационном периоде.

329. РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОУРОЛОГИИ

*Ярмощук С.В. 1, Кудрявцев А.С. 1, Архипов А.Н. 1,
Жеравин А.А. 1, Дробязгин Е.А.1,2*

Новосибирск

1- ФГБУ «Сибирский федеральный
биомедицинский исследовательский центр
им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава
России 2- ФГБОУ ВО «Новосибирский
Государственный медицинский университет»
Минздрава России

За период с мая 2014 по декабрь 2016 года в отделении ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России робот-ассистированные вмешательства выполнены 87 пациентам с опухолями урологической локализации (мужчин - 70; женщин - 17). Возраст пациентов был от 39 до 72 лет. Показаниями к операции были: рак предстательной железы у 55 пациентов, рак почки у 29, рак мочевого пузыря у 3 в том числе с инвазией в предстательную железу у 2. Среди пациентов с опухолью предстательной железы распределение было следующим: T1N0M0

у 3 человек, T1CN0M0 у 1, T2N0M0 у 3, T2AN0M0 у 4, T2BN0M0 у 10, T2CN0M0 у 10, pT2aN0M0 у 3, T3aN0M0 у 6, T3вN0M0 у 1, pT3N0M0 у 1, pT2cN0M0 у 1. Градация по Глисон в 4 балла была у 1 пациента, 5 баллов у 12, 6 баллов у 20, 6/7 баллов у 5, 7 баллов у 14, 7/8 баллов у 1, 8 баллов у 2. Во всех случаях гистологическая верификация проведена на догоспитальном этапе. У большинства пациентов (43) диагностирована мелкоацинарная аденокарцинома, у 12 аденокарцинома. Распределение при опухолях почки было следующим: опухоль правой почки у 18 пациентов (T1N0M0 у 15 пациентов, pT1N0M0 у 2, pT1вN0M0 у 2), левой почки у 10 (T1N0M0 у 9, pT1N0M0 у 1). При опухоли мочевого пузыря стадия T2N0M0 у 1 пациента, стадия T3aN0M0 у 2 пациентов. Все операции проводились в условиях общей анестезии с интубацией трахеи. На этапе освоения вмешательства помимо хирурга работали два ассистента. По мере накопления опыта работы, в операции стали принимать участие два хирурга (ведущий и ассистент). Все вмешательства производились на системе da Vinci с возможностью 3D визуализации. Система da Vinci состоит из консоли, за которой сидит оперирующий хирург и непосредственно работа-манипулятора, который имеет 3 слота и порт для оптики. Хирург имеет 100 % контроль над системой da Vinci, который передается с его рук в меньшие и более точные движения крошечных инструментов внутри тела больного. Особенности инструментов, вводимых в брюшную полость пациента, является их способность вращения и сгибания больше, чем запястье человека. В результате, система da Vinci позволяет врачу оперировать с улучшенным видением, точностью и контролем движений. При опухолях предстательной железы во всех случаях выполнена радикальная простатэктомия, при опухолях почки: нефрэктомия у 17 пациентов, резекция почки у 12. 17), при опухолях мочевого пузыря цистэктомия с формированием «нового» мочевого пузыря из подвздошной кишки у 1, цистпростатэктомия с формированием «нового» мочевого пузыря из подвздошной кишки у 2. Осложнений при выполнении вмешательств не отмечалось. Дренаж из брюшной полости удалялся на 2-5 сутки после операционного периода (в среднем на 3 сутки). Уретральный катетер после простатэктомии и цистпростатэктомии удалялся на 10 сутки после цистографии. У двух пациентов после простатэктомии выявлено подтекание контрастного вещества через уретероцистоанастомоз. Активной хирургической тактики не предпринималось. Уретральный катетер оставлялся еще на 2 суток с последующей уретероцистографией, при которой подтекания контрастного вещества не было. Катетеры удалены у всех пациентов. Во всех случаях на момент выписки из стационара



мочеиспускание восстановлено, но наблюдалось подтекание нескольких капель мочи при смене положения тела. Осложнений в послеоперационном периоде не было. С первых суток происходила активизация пациентов вследствие минимальной интраоперационной травмы. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде купирован введением нестероидных противовоспалительных препаратов. Нахождение пациентов в клинике в послеоперационном периоде не превышало 10-13 суток, что аналогично у пациентов при «открытом» хирургическом вмешательстве. При этом ограничений по режиму в отличие от «открытого» вмешательства у пациентов не было, что указывает на лучшую реабилитацию уже в раннем послеоперационном периоде. Отмечены хорошие результаты по удержанию мочи и восстановлению мочеиспускания в отличие от традиционных вмешательств, что позволило пациентам быстрее социально адаптироваться. После резекции почки или нефрэктомии выписка происходила на 7-8 сутки после операции. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Выводы: Результаты, полученные при лечении пациентов с онкоурологической патологией, указывают на высокую эффективность и безопасность этих вмешательств, что важно в онкологической практике. Данная методика оперативного вмешательства является малотравматичным вмешательством, обеспечивая раннюю реабилитацию пациентов, что особенно важно для дальнейшего наблюдения и продолжения лечения.

330. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА

*Чикинев Ю.В.1,2, Дробязгин Е.А.1,2,
Судовых И.Е.2
Новосибирск*

- 1- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
- 2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Эндоскопическая чрескожная гастростомия для обеспечения энтерального питания на длительный срок установлена 26 пациентам в возраст от 20 до 83 лет. Мужчин было 7, женщин 18. Показаниями к гастростомии были: апаллический синдром - 10 пациентов, инсульт – 4 (в том числе и с возникновением трахеопищеводного свища 1), ахалазия пищевода IV стадии (для обеспечения питания и/или проведения предоперационной подготовки) - 4, рак верхней трети пищевода - 2,

пролежень стенки пищевода из-за давления металлической конструкции – 2, опухоль гортани со сдавлением пищевода - 1, рак гортани с прорастанием пищевода и глотки – 1; бульбарный синдром – 2. Все вмешательства выполнялись в условиях операционной или отделения реанимации бригадой из двух специалистов (эндоскопист, хирург) под общим обезболиванием или внутривенной седацией. Для вмешательства использовался набор для эндоскопической гастростомии PEG-24 (Wilson Cook) – 17 пациентов, Kimberly Clark - 6; Tyco – 1 пациент. У большинства пациентов (23) глотка и пищевод были свободно проходимы для гастроскопа. Трём пациентам из-за наличия экзофитной опухоли в пищеводе или глотке перед установкой гастростомы было проведено бужирование суженного участка глотки или пищевода по металлической струне-проводнику до №№ 36-38 Fr (одномоментно), что позволило беспрепятственно провести аппарат в желудок. Схема проведения вмешательства была стандартной и не отличалась от описанной литературе. Длительность вмешательства на превышала 20-25 минут (10-15 минут в среднем). Осложнений при проведении вмешательства не отмечено. Гастростома устанавливалась в нижней трети тела желудка. С целью обеспечения питания в раннем послеоперационном периоде (1-2 сутки) на этапе освоения методики в двенадцатиперстную кишку или тощую кишку максимально дистально под эндоскопическим контролем устанавливался зонд для питания (7 пациентов). Далее зонд удалялся и питание продолжалось в гастростоме без особенностей. В настоящее время от установки зонда мы отказались. В течение первых 12 часов после вмешательства осуществляется декомпрессии желудка (гастростома открыта). Далее начинается болюсное введение жидкости (0,9% раствор хлорида натрия) с последующим переходом к введению энтеральных смесей (конец первых, начало вторых суток). В течение первой недели после вмешательства осложнения были у 4 пациентов. Во всех случаях отмечено появление инфильтрата передней брюшной стенки в месте вмешательства. Вскрытие и дренирование инфильтрата потребовалось лишь в 1 случае. Бампер-синдром возник у 1 пациента через 15 суток после установки гастростомы и был разрешен консервативно. Нарушений проведения энтерального питания не отмечено. Гастростома была удалена у 2 пациентов: у пациента с пролежнем стенки пищевода металлической конструкцией после заживления дефекта стенки пищевода и у пациентки с ахалазией пищевода IV стадии при экстирпации пищевода с пластикой желудочным стеблем после предоперационной подготовки в течение 1 года. Таким образом, данная методика является альтернативой классической гастросто-



мии и может активно использоваться для проведения энтеральной поддержки как с целью предоперационной подготовки, так и для ее длительного осуществления у пациентов с неврологическими расстройствами.

331. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕТАДИНА ДЛЯ ВАКУУМ-ИНСТИЛЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ РАН

Размахнин Е.В., Шангин В.А., Кудрявцева О.Г.

Чита

ГУЗ Городская клиническая больница №1

Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют треть всех хирургических больных. Задачами лечения гнойных ран являются удаление гноя и некротических тканей, борьба с микроорганизмами в ране, снижение проявлений воспалительной реакции и обеспечение адекватного оттока экссудата. Поиски методов борьбы с раневой инфекцией и в настоящее время продолжают оставаться актуальными. С повышением технической оснащенности медицины, значительно расширились возможности лечения гнойных ран на всех стадиях раневого процесса. Одним из самых новых методов, используемых в лечении как острых, так и хронических ран является вакуум-терапия. Вакуум терапия - инновационный метод, способствующий ускорению заживления ран за счет создания в ложе раны непрерывного или прерывистого отрицательного давления. Вакуум-терапия улучшает течение всех стадий раневого процесса: уменьшает локальный отек, как результат - способствует усилению местного кровообращения, снижает уровень микробной обсемененности раны, вызывает деформацию раневого ложа и уменьшение раневой полости, приводя к ускорению заживления раны. Также вакуум-терапия снижает выраженность раневой экссудации, способствуя поддержанию влажной раневой среды, необходимой для нормального заживления раны. Все эти эффекты способствуют увеличению интенсивности клеточной пролиферации, усиливают синтез в ране основного вещества соединительной ткани и протеинов. Обследовано 45 пациентов в возрасте $63,2 \pm 12,4$ лет с трофическими язвами на фоне атеросклеротического поражения сосудов конечностей и диабетической ангиопатии. Размеры дефекта варьировали от 6 до 73 см². Все пациенты были разделены на 3 группы: 16 (1 группа) получали традиционную терапию с применением только VAC-терапии, 21 (2 группа), которым наряду с традиционным лечением про-

водилась вакуум-инстилляционная терапия с применением димексида, 8 (3 группа) - вакуум-инстилляционная терапия с применением бетадина. Группы были однородны по размерам раневого дефекта, степени артериальной недостаточности, бактериальной обсемененности ран и сопутствующей патологии. Сеансы лечения ран отрицательным давлением проводились в прерывистом режиме (10 мин – вакуумирование при -125 мм. рт. ст., 3 мин – отсутствие вакуума). Всем пациентам в 1 группе было проведено по 2 сеанса VAC-терапии в течение 4-х суток. Пациентам из 2 и 3 группы был проведен 1 сеанс VAC-терапии в течение 4-х суток. Кроме этого в группах проводилось традиционное лечение, направленное на улучшение кровообращения, снижение бактериальной обсемененности (дезагреганты, ангиопротекторы, гипербарическая оксигенация, магнитотерапия, антибактериальная терапия). NPWTi осуществляли с помощью приточного дренажа, который укладывался на дно раны. Введение 20% раствора димексида на 0,25% новокаина проводили ежедневно, объем вводимого раствора зависел от размеров раны, в среднем он составлял 20-40 мл. Введение 10% раствора бетадина на физиологическом растворе, капельно проводили ежедневно, объем вводимого раствора в среднем составлял 200 мл. В качестве контрольных параметров использовались данные, полученные у 10 пациентов с аналогичными ранами и общим соматическим статусом, которым проводили местное лечение с использованием водорастворимых мазей (Левомеколь). У пациентов контрольной группы очищение раны наступало на $5,7 \pm 0,5$ сутки от начала лечения, появление грануляционной ткани отмечено на $8,3 \pm 0,6$ сутки, гранулирование всей поверхности раны на $12,2 \pm 0,4$ сутки, уменьшение размеров язвенного дефекта к 15 дню лечения составило от 8 до 16%. В группе пациентов, получающих только VAC-терапию, очищение раны и появление грануляционной ткани отмечено у всех больных во время первой перевязки на 4-е сутки, гранулирование всей поверхности раны во время второй перевязки на 10-е сутки, уменьшение размеров дефекта составило от 15 до 32%. При использовании NPWTi с димексидом покрытие всей раневой поверхности грануляциями отмечалось уже при первой перевязке на 4-е сутки, сокращение размеров раневой поверхности на 6-12%, уменьшение размеров дефекта к 15-м суткам лечения достигло 26-54%. При использовании NPWTi с бетадином покрытие всей раневой поверхности грануляциями на 4 сутки, сокращение размеров раневой поверхности на 8-17%, уменьшение размеров дефекта к 15-м суткам составило 35-64%. В результате вакуумной терапии ран значительно улучшается течение раневого процесса, что приводит к более быстрому очищению, грануляции дефекта и уменьшению его размеров. При



добавлении к лечению вакуумом инстилляций антисептиков оказывается противовоспалительное действие, что ведет к более быстрому уменьшению размеров раневого дефекта, чем в группе пациентов, получающих традиционную терапию. Вакуум-инсталляционная терапия обладает значительным преимуществом перед традиционными методами лечения и использованием изолированного вакуума, что позволяет рекомендовать её к более широкому применению в клинической практике.

332. ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА КАК ПРИЧИНА ПЕРИТОНИТА У ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

*Земляной В.П., Г.М. Магомедов, М.М. Нахумов,
Ш. Ш. Шихмагомедов*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И. И. Мечникова
Кафедра
факультетской хирургии им. И. И. Грекова

Относительная редкость и своеобразие течения перфораций полых органов брюшной полости у пациентов с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями, недостаточная освещенность этой проблемы в литературе способствуют затрудненной диагностике и неблагоприятным исходам. Перфорация желудка и кишечника у инфекционных больных может развиваться как осложнение хронической патологии желудочно-кишечного тракта, так и как осложнение инфекционного заболевания. Особенностью клинического течения перитонита у этих пациентов является то, что деструктивный процесс в брюшной полости развивается уже на фоне значимых функциональных нарушений и интоксикации. Нами выполнен анализ 67 случаев (52 мужчин, 15 женщин, средний возраст 42 +/-13 лет) перфораций полых органов у пациентов с инфекционными заболеваниями, находившимися в период с 2001 по 2014 годы в хирургическом отделении клинической инфекционной больницы им. С. П. Боткина (г. Санкт-Петербург). Основные результаты: В зависимости от инфекционного фона больные распределились следующим образом: в 40 (59,7%) наблюдениях имела место острая кишечная инфекция, в том числе у 15 (22,4%) пациентов брюшной тиф, в 5 (7,4%) случаях острая дизентерия, в 5 (7,4%) случаях сальмонеллез, в 14 (20,9%) острая кишечная инфекция, вызванная другими микроорганизмами (ротавирусная инфекция – 2, эшерихиоз – 1, псевдотуберкулез – 1, у 10 – воз-

будитель не выявлен, диагноз кишечной инфекции установлен клинически). Летальность на фоне острой кишечной инфекции составила 35% (14). В 18 (26,9%) случаях был выявлен абдоминальный туберкулез с перфорацией подвздошной кишки на фоне ВИЧ-инфекции и хронического вирусного гепатита. Летальность в этой группе составила 88,9% (16). У 9 больных с хроническим вирусным гепатитом (13,4%) были выявлены перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки при наличии острых и хронических гастродуоденальных язв. Летальность у таких больных составила 66,7% (6). Среди больных с перфорациями полых органов перитонит был местный у 7 (10,4%), распространенный – у 60 (89,6 %); по форме воспаления: серозный – у 3 (4,5%), серозно-фибринозный – у 19 (28,4%), фибринозно-гнойный – у 19 (28,4%), гнойный у 9 (13,4%), каловый у 14 (20,9%) пациентов. Асцит-перитонит выявлен у 3 (4,5%) пациентов с запущенными стадиями хронического вирусного гепатита. Заключение: Анализ клинического материала показывает неудовлетворительные результаты лечения инфекционных больных с перфорациями желудка и кишечника, особенно в группе с абдоминальным туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита. Полученные результаты демонстрируют актуальность проблемы и необходимость дальнейшего совершенствования алгоритма диагностики и лечения данной категории больных.

333. РОБОТАССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ.

*Семенов Д. Ю.(1), Османов З. Х.(1,2),
Панкова П. А.(1,2), Чаусова В. Г.(1,2),
Мамсуров М.Э.(2).*

Санкт-Петербург

1) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Минздрава России, кафедра хирургии общей
с клиникой, НИИ хирургии и неотложной
медицины.

2) ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова»
Минздрава России

Введение: За последние годы роботассистированные вмешательства нашли широкое применение в современной хирургии, что требует оценки преимуществ их использования в лечении заболеваний надпочечников. Целью нашей работы стала оценка преимуществ использования роботизированного хирургического комплекса в лечении опу-



холевых заболеваний надпочечников. Материалы и методы: В период с 2007 по 2016г коллективом авторов в клиниках общей хирургии СПбГМУ им. ак. И. П. Павлова, ФГБУ «СЗФМИЦ» Минздрава России, было прооперировано 273 пациента с различными опухолевыми заболеваниями надпочечников. Все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 167 человек оперированных традиционным эндовидеохирургическим методом (из них 161 лапароскопически; 6 люмбоскопически) и 106 с помощью роботизированного комплекса Да Винчи (103 лапароскопически, 3 люмбоскопически). Стандартным объемом оперативного вмешательства была адреналэктомия, однако, учитывая современные тенденции к выполнению органосохраняющих операций, после приобретения достаточного опыта и при наличии показаний нами стали выполняться резекции надпочечников. Адреналэктомия в первой группе была выполнена 90,24% пациентов, доля органосохраняющих операций составила 9,76%. Во второй группе адреналэктомия выполнена в 81,83% случаев, а у 18,07% пациентов удалось выполнить резекцию надпочечника. Результаты: Нами были отмечены следующие преимущества роботехирургического комплекса по сравнению с традиционным эндовидеохирургическим методом: за счет 3D-изображения значительно упрощалась визуализация образований небольших размеров, большее количество степеней свободы движения роботических инструментов позволяет исключить неудобные тракции опухоли если линия резекции не попадает в плоскость работы стандартных лапароскопических инструментов, за счет чего отмечалось меньшее количество гемодинамических реакций при выделении феохромоцитомы с помощью роботехирургического комплекса. Нами были отмечены интраоперационные осложнения представленные кровотечениями, потребовавшими конверсии доступа, только в двух случаях, в одном случае после ЭВХ, в другом случае после роботизированной операции. При этом преимуществом роботехирургического комплекса была возможность заблокировать манипуляторы в положении, выполнявшем тампонаду источника кровотечения, что давало большее время на осуществление конверсии. Стандартные послеоперационные показатели (болевой синдром, койко-день) в обеих группах значимо не отличались. В послеоперационном периоде осложнения в первой группе были отмечены у 6,1 % пациентов, во второй группе послеоперационных осложнений не отмечено. Выводы: Применение роботехирургического комплекса позволяет выполнять прецизионные, эффективные вмешательства при опухолевых заболеваниях надпочечников с минимальным риском осложнений, а так же, при наличии показаний,

выполнить органосохраняющие операции у пациентов с технически сложноудаляемыми опухолями.

334. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ БОЛЬНЫХ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ И GIST ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДПК

Ганков В.А., Масликова С.А.

Барнаул

ФГБОУ ВО "Алтайский государственный медицинский университет" Минздрава РФ

Работа основана на результатах клинико-функционального исследования, наблюдения и оперативного лечения (видеоторакоскопическая или видеолапароскопическая резекция подслизистой опухоли пищевода или желудка) 79 больных с неэпителиальными подслизистыми доброкачественными опухолями и GIST пищевода и желудка. Размер опухолей был от 0,4 до 10 см. Средний срок наблюдения составил – 6-7 лет. Отдаленные результаты были изучены от 6 месяцев до 18 лет после операции у 32 пациентов. Рецидивов опухоли не выявили. Проведенный анализ исследований по анкетам опросника SF-36 свидетельствовал о том, что после оперативного вмешательства показатели качества жизни были значительно выше по сравнению с исходными данными у тех пациентов, у которых были жалобы до оперативного вмешательства, связанные с опухолью пищевода или желудка. У больных, которые не имели клинических проявлений до оперативного вмешательства, качество жизни не изменилось, только увеличилась их жизненная активность в психологическом статусе. 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Больные разделены на две группы: I группа – больные с доброкачественными неэпителиальными опухолями пищевода и желудка, II группа – GIST пищевода, желудка и ДПК. При сопоставлении полученных данных обнаружено, что между группами больных с доброкачественными неэпителиальными опухолями и GIST пищевода и желудка имеются достоверные отличия ($p > 0,05$) по показателям – интенсивность боли ($77,8 \pm 3,4$ и $88 \pm 4,23$, в I и II группах соответственно), жизненная активность ($51,5 \pm 5,02$ и $59 \pm 3,61$, в I и II группах соответственно), ролевому функционированию,



обусловленному эмоциональным состоянием больного ($76,67 \pm 5,09$ и $86,67 \pm 6,04$, соответственно), психическому здоровью пациентов ($49,6 \pm 6,24$ и $59,6 \pm 3,14$, в I и II группах соответственно). Самые низкие результаты по шкалам опросника получены по общему состоянию здоровья ($44 \pm 10,05$ и $47 \pm 3,66$, $49,6 \pm 6,24$ и $59,6 \pm 3,14$, в I и II группах, соответственно, $p < 0,05$), психическому здоровью ($49,6 \pm 6,24$ и $59,6 \pm 3,14$, в I и II группах, соответственно, $p > 0,05$). Таким образом, лучшие показатели по качеству жизни по результатам опросника показали пациенты с GIST пищевода, желудка и ДПК.

335. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Абдухалимов К.С., Абдулаев М.А., Абдуллаев З.Т.,
Абдуллаев М.А., Авдеев А.М.*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им.И.И.Мечникова

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения больных с различными формами тонкокишечной непроходимости с использованием эндовидеохирургических технологий.

Материалы и методы: С 2006 по 2016 год (за 10 лет) на кафедре госпитальной хирургии им. И.В. Опеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова и в Александровской больнице по поводу острой кишечной непроходимости оперировано 877 пациентов. По поводу: спаечной кишечной непроходимости – 328 (37,4%), из них 248 (75,6%) «открытым» методом, 80 (24,4%) – с использованием лапароскопии. Из других видов острой тонкокишечной непроходимости (инвагинация, заворот тонкой кишки, обтурация желчным камнем и фитобезоаром, дивертикулит Меккеля, рак тонкой кишки) оперировано 33 (3,8%), (с использованием эндовидеоскопической хирургии -15(45,4%) и традиционно -18(54,6%)). Таким образом с использованием эндовидеоскопической хирургии по поводу тонкокишечной непроходимости оперировано всего 95 (10,8%) пациентов. Возраст больных варьировал от 18 ÷ 89 лет, средний $52,1 \pm 1,7$. Из них женщин 55 (57,9%) в возрасте от 19 ÷ 84 лет, средний $51,8 \pm 2,1$ и мужчин- 40 (52,1%) в возрасте от 19 ÷ 89 лет, средний $52,4 \pm 2,7$.

Результаты: У 26 (32,5%) из 80 больных спаечная тонкокишечная непроходимость диагностирована при лапароскопии. 63 (78,7 %) больным выполнен лапароскопический адгезиолизис, 10 (12,5%) ла-

пароскопически-ассистированный адгезиолизис. В 7 (8,8 %) случаях пришлось прибегнуть конверсии. Причинами конверсии у 5 (6,2 %) пациентов, подтвердить диагноз которым удалось только после лапаротомии, послужили расширение петель тонкой кишки более 5-6 см, у 1 (1,3 %) -некроз участка тонкой кишки и у 1 (1,3 %) - интраоперационное повреждение стенки тонкой кишки при попытке лапароскопического рассечения спаек. Из 95 больных 2 (2,1%) выполнена лапароскопическая тонко-толстокишечная дезинвагинация. 7 (7,4%) пациентов при обтурационных формах илеуса, , которым диагноз установлен только при лапароскопии, оперировано лапароскопически-ассистированно. После выведения петли тонкой кишки с желчным камнем или фитобезоаром в просвете на переднюю брюшную стенку через мини-доступ, выполнялась продольная энтеротомия и удалялся обтурирующий агент. В 3 (42,8%) случаях выявлен фитобезоар, 3 (42,8%) - желчный камень, 1 (14,4%) - рак тонкой кишки. По поводу заворота тонкой кишки оперировано 5 (5,2%) пациентов. В 3 (60,0%) случаях выполнена лапароскопическая деторсия тонкой кишки, в 2 (40,0%) - конверсии в связи с некрозом тонкой кишки. В 1 (1,1%) случае выявлен дивертикулит Меккеля,осложненный острой тонкокишечной непроходимостью, который также разрешен лапароскопически-ассистированно. Послеоперационные осложнения у 2 (2,1%) больных из 95 (пневмония и экссудативный плеврит). Летальность в данной группе больных не отмечено. Заключение: использование лапароскопии позволило в 94,7% случаях подтвердить и 43,1% установить правильный диагноз интраоперационно, а в 90,1%-устранить острую тонкокишечную непроходимость эндовидеохирургическим способом .Это позволяет рассматривать лапароскопию как метод выбора ранней диагностики и лечения различных форм тонкокишечной непроходимости.

336. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТОЧНОСТЬ УЗИ У ПОСТРАДАВШИХ С РАНЕНИЕМ ГРУДИ И ЖИВОТА.

Смоляр А.Н., Богницкая Т.В.

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Цель. Определение значения УЗИ для выбора хирургической тактики у пострадавших с ранением груди и живота. Материал и методы. В ретроспективное исследование включены пострадавшие,



доставленные в Институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского в период с 1 января по 31 декабря 2014 года. Критериями включения были ранения груди, живота и пограничных областей. Из исследования были исключены пострадавшие с эквентрацией органов брюшной полости в рану, те, кому до операции не было выполнено УЗИ и пострадавшие в состоянии клинической смерти. Таким образом, в исследование включены 574 пострадавших с открытой травмой в возрасте $36,3 \pm 13,6$ лет (среднее арифметическое \pm стандартное отклонение), среди которых преобладали мужчины – 503 (87,6%). У 530 пострадавших (92,3%) была колото-резаная или колотая рана. Рану из травматического оружия получили 28 пострадавших (4,9%), в результате падения на металлический предмет или выстрела дроблем из строительного пистолета – 8 (1,4%). Только 8 пострадавших (1,4%) получили огнестрельную рану. Время от травмы до поступления в институт было равно 2 (1; 2) часам (медиана (нижний квартиль; верхний квартиль)). У 34 пострадавших (5,9%) выяснить время травмы не удалось. Систолическое артериальное давление при поступлении было равно 119 ± 21 мм рт. ст, у 38 пострадавших (6,6%) оно было менее 90 мм рт. ст. Входная рана располагалась на грудной клетке у 182 пострадавших, на брюшной стенке – у 99, в торако-абдоминальной зоне – у 292. У одного пострадавшего было сочетанное ранение шеи и торако-абдоминальной зоны. Ультразвуковое исследование по программе FAST на приборе ESAOTE MyLab 70 (Genova, Italy) с использованием конвексного датчика с рабочей частотой 2-5 МГц проводили в горизонтальном положении пострадавшего. Задачей исследования было выявление жидкости в виде анэхогенных или гипоэхогенных зон в плевральной и брюшной полостях, полости перикарда. Положительным результатом считали обнаружение любого количества жидкости в плевральной и брюшной полостях и расхождение листков перикарда в фазу диастолы более 4 мм. Для исключения избыточного количества истинно отрицательных результатов раны по локализации относили к одной из пяти выделенных нами зон. Проникающее ранение груди считали возможным, если рана располагалась в I-й зоне шеи, на грудной стенке, в подреберной и эпигастральной областях. Если рана находилась между окологрудинной и околопозвоночной линиями одной стороны, то учитывали результат УЗИ ипсилатеральной плевральной полости. Если входная рана располагалась между окологрудинными или околопозвоночными линиями, то считали возможным повреждение обеих плевральных полостей. Ранение сердца считали вероятным, если входная рана располагалась в зоне, ограниченной ключицами, реберными дугами, средни-

ми ключичными линиями. Торако-абдоминальной зоной считали пространство, ограниченное горизонтальными линиями, проведенными через V межреберья по средним ключичным линиям и реберные дуги. Если входная рана была в торако-абдоминальной зоне, то учитывали результаты УЗИ соответствующей плевральной и брюшной полостей. Проникающее ранение живота предполагали, если рана находилась между горизонтальной линией, соединяющей точки, расположенные в V межреберьях по средним ключичным линиям, и до паховых складок спереди и ягодичных областей сзади. При проникающей ране груди в зависимости от интенсивности внутривидеоплеврального кровотечения выполняли первичную хирургическую обработку раны, видеоторакоскопию или торакотомию. Любая операция сопровождалась дренированием плевральной полости. Проникающая рана живота была показанием к лапаротомии или видеолапароскопии. Пострадавшему с проникающей в плевральную полость раной, расположенной в торако-абдоминальной зоне, проводили ревизию диафрагмы, для чего выполняли торакотомию или видеоторакоскопию. Если обнаруживали торако-абдоминальный характер ранения, выполняли лапаротомию, видеолапароскопию или трансторакальную диафрагмотомию. При отсутствии клинично-инструментальных признаков проникающего ранения пострадавшим была произведена ревизия раневого канала. Непроникающую рану после первичной хирургической обработки ушивали, больного наблюдали в стационаре, как минимум, сутки. За это время выполняли контрольную рентгенографию груди, УЗИ плевральных и брюшной полостей, при необходимости – эхокардиографию. Таким образом, у всех пострадавших данные УЗИ о наличии и объеме гемоторакса, гемоперикарда и гемоперитонеума были верифицированы во время операции. Величина гемоторакса по операционным данным составила 150 (100; 300) мл, гемоперикарда – 50 (33; 98) мл, гемоперитонеума – 200 (100; 600) мл. **Результаты.** Чувствительность, специфичность, прогностическая ценность отрицательного и положительного результатов УЗИ в диагностике гемоторакса составила 63,8 (59,7-67,9), 98,1 (97,0-99,2), 85,3 (82,3-88,3), 94,1 (92,1-96,1), в скобках указан 95% доверительный интервал. Чувствительность, специфичность, прогностическая ценность отрицательного и положительного результатов УЗИ в диагностике гемоперикарда составила 61,1 (53,4-68,8), 94,9 (91,4-98,4), 94,9 (91,4-98,4), 61,1 (53,4-68,8) процентов соответственно. Чувствительность, специфичность, прогностическая ценность отрицательного и положительного результатов УЗИ в диагностике гемоперитонеума составила 58,7 (53,7-63,7), 99,7 (99,1-100), 90,6



(87,6-93,6), 97,8 (96,3-99,3) соответственно.

Заключение. Таким образом, положительный результат УЗИ у пострадавших с открытой травмой груди и живота с большой вероятностью свидетельствует о проникающем характере раны. Отрицательный результат УЗИ не является гарантией непроникающего характера раны и отсутствия серьезных повреждений внутренних органов, следовательно, требует дополнительного обследования или наблюдения.

337. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И ТАЗА.

Файн А.М., Смоляр А.Н.

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Цель. Улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанной травмой живота и таза за счет разработки лечебно-диагностического алгоритма.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 112 пострадавших (88 мужчин, 24 женщины) в возрасте 32 ± 14 лет с сочетанной травмой живота и таза на основании разработанного лечебно-диагностического алгоритма. Средняя тяжесть травмы по шкале ISS составила 24 ± 6 балла. Сразу после осмотра пострадавшего при подозрении на перелом костей таза типов В и С по классификации АО таз фиксировали матерчатый бандажом. Объем обследования определяли исходя из предполагаемого диагноза и тяжести состояния пострадавшего по Rape-Krettek. Всем пострадавшим, в том числе находившимся в критическом состоянии ($n=6$, 5,4%), выполняли рентгенографию грудной клетки и таза в прямой проекции, а также УЗИ по программе FAST. При нестабильном состоянии ($n=37$, 33,0%) дополнительно выполняли рентгенографию таза в проекциях inlet и outlet. Если во время УЗИ не выявляли большой гемоперитонеум, что являлось показанием к экстренной лапаротомии, то исследование продолжали, осматривали органы брюшной полости и забрюшинного пространства. При пограничном ($n=58$, 51,8%) или стабильном ($n=11$, 9,8%) состоянии выполняли КТ живота и таза с внутривенным контрастным болюсным усилением. По показаниям выполняли уретро- и цистографию. В первую очередь выполняли операции при повреждениях органов и структур брюшной полости и забрюшинного пространства. Продолжающееся внутрибрюшное

кровотечение явилось показанием к экстренной лапаротомии у 38 больных. Оперирован также 51 пострадавший с разрывом мочевого пузыря или отрывом уретры. Стабильные (тип А) переломы таза ($n=7$, 6,3%) фиксации не требовали. Ротационную нестабильность таза ($n=65$, 58,0%) устраняли с помощью стержневого аппарата наружной фиксации (АНФ) непосредственно после окончания хирургического этапа операции. Вертикальную нестабильность таза ($n=40$, 35,7%) устраняли с помощью С-рамы, которую монтировали до лапаротомии. При сохраняющейся гипотонии и исключении других источников интенсивного кровотечения выполняли внебрюшинную тампонаду тазовой клетчатки ($n=12$, 10,7%). В качестве крайней меры применяли ангиографию и эндоваскулярную эмболизацию ($n=2$, 1,8%). Время для реализации всех диагностических и лечебных мероприятий не превышало 6 часов. Удаление тампонов проводили после выведения больного из шока, не позже 24-72 часов после первой операции. Одновременно демонтировали С-раму и выполняли остеосинтез заднего полукольца таза канюлированными винтами. Демонтаж АНФ и погружной остеосинтез переднего полукольца производили при достижении стабильного состояния. Результаты. Летальность составила 8,7%. Причинами смерти явились шок и кровопотеря, отек и дислокация головного мозга, гнойная интоксикация, пневмония, сепсис, тромбоэмболия легочной артерии. Общие и местные осложнения были типичны для пострадавших с сочетанной травмой. Флегмоны тазовой клетчатки после ее тампонады мы не наблюдали.

Заключение. Приоритетными в лечении пострадавших с политравмой являются операции по остановке интенсивного кровотечения. Экстренная хирургическая иммобилизация нестабильных повреждений таза – один из ключевых элементов противошоковых мероприятий. Признаки продолжающегося шока на фоне проводимого интенсивного лечения является показанием к тампонаде тазовой клетчатки. Наличие признаков артериального кровотечения во время тампонады тазовой клетчатки или отсутствие положительной динамики состояния на фоне всего комплекса лечения у пострадавшего в нестабильном состоянии служит показанием к ангиографии с эмболизацией поврежденного артериального сосуда. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволил уменьшить летальность пострадавших с переломом костей таза до 8,7%.



338. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ.

*Рогаль М.Л., Смоляр А.Н., Джаграев К.Р.,
Киселев Е.А.*

Москва

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Цель. Анализ результатов хирургического лечения пострадавших с закрытой травмой живота в зависимости от тяжести повреждения печени и выявления предикторов неблагоприятного исхода. Материал и методы. С 2012 по 2015 год в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского были оперированы 60 мужчин и 14 женщин в возрасте $34,1 \pm 12,2$ лет (среднее арифметическое \pm стандартное отклонение) с закрытой травмой живота и повреждением печени. Пострадавших с повреждением печени I-й степени по шкале Organ Injury Scaling (OIS) было 15 (20,3%), II – 18 (24,3%), III – 26 (35,1%), IV – 6 (8,1%), V – 9 (12,2%). Тяжесть состояния по шкале Revised Trauma Score составила 7,108 (медиана), 6,376 (нижний квартиль), 7,841 (верхний квартиль). Данный показатель был включен в анализ предикторов неблагоприятного исхода. У 4 пострадавших с OIS I к моменту операции наступил спонтанный гемостаз, им выполнили дренирование брюшной полости. Аппликацию гемостатической сетки (АГС) использовали у 3 пострадавших, электрокоагуляцию – у 2, комбинацию этих способов – у 3. Трех пострадавшим разрыв печени был ушит с использованием вертикальных П- или Z-образных швов рассасывающейся нитью на атравматической игле. У 10 пострадавших с OIS II были наложены швы, в одном случае ушивание было дополнено холецистэктомией. В 4 наблюдениях наступил спонтанный гемостаз, в 3 использовали бесшовные способы, в 1 – выполнена холецистэктомия с электрокоагуляцией ложа желчного пузыря. Всем пострадавшим с OIS III разрыв был ушит. У 19 пострадавших ушивание дополнено АГС, у 6 – холецистэктомией, у 1 – холецистостомией. Двум пациентам выполнили прошивание внутрипеченочных сосудов и желчных протоков. В одном наблюдении опорожнили большую подкапсульную гематому, после чего выполнили АГС. Одному пострадавшему с тяжелой сочетанной травмой операцию закончили тампонадой печени. Всем пострадавшим с OIS IV разрывы ушили, у 4 ушивание было дополнено холецистэктомией, у 3 – АГС, у 2 – электрокоагуляцией, у 1 – прошиванием внутripеченочных ветвей печеночной артерии. В 3 наблюдениях в связи с крайней тяжестью состояния пострадавшего операция закончена тампо-

надой печени. J-образный лапаротомный доступ использован в 4 наблюдениях. В 6 наблюдениях у пострадавших с OIS V выполнено прошивание разрывов коротких вен печени, печеночных вен, ретрогепатического отдела нижней полой вены. В двух случаях диагностирован и ушит разрыв ветви печеночной артерии. Резекция печени или гемигепатэктомия произведена у 3 пострадавших. Холецистэктомия потребовалась четырем пациентам. В 7 наблюдениях операцию были вынуждены закончить тампонадой печени. J-образный лапаротомный доступ использован в 5 наблюдениях. Для определения предикторов неблагоприятного исхода оценили логит-регрессию, где факторами риска были возраст пострадавшего, объем учтенной кровопотери, тяжесть состояния по шкале Revised Trauma Score, тяжесть травмы по шкале Injury Severity Score. Результаты. Летальность у пострадавших с повреждением печени OIS I составила 13,3%, OIS II – 11,1%, OIS III – 19,2%, OIS IV – 66,7%, OIS V – 100%. Причина смерти была непосредственно связана с кровотечением из разрывов печени только у пострадавших из групп OIS IV и OIS V. При статистическом анализе обнаружено, что наибольшее вклад в неблагоприятный исход внес объем кровопотери (уровень достоверности $p=0,014$) и общая тяжесть травмы по шкале Injury Severity Score ($p=0,027$). Балл по RTS не являлся достоверным предиктором неблагоприятного исхода ($p=0,67$). Когда для логит-анализа были использованы показатели тяжести травмы отдельных областей тела по шкале OIS, то уровня достоверности $p=0,05$ не достиг ни один из них, хотя максимально к нему приблизился объем учтенной кровопотери ($p=0,059$) и тяжесть черепно-мозговой травмы по шкале OIS ($p=0,080$). Поскольку хирург может повлиять только на один из вышеперечисленных факторов – объем кровопотери за счет уменьшения ее интраоперационной составляющей, скорейшее достижение гемостаза является главной задачей операции.

Заключение. У пострадавших с закрытой травмой живота и повреждением печени I степени гемостаз достигается бесшовными способами, при II и III необходимо ушивание с аппликацией гемостатической сетки. При повреждении IV и V степени целесообразно использование J-образной лапаротомии и комбинированных способов гемостаза, также возможно применение тампонады. Травма V степени по-прежнему остается нерешенной проблемой хирургии повреждений. Факторами, вносящими наибольший вклад в летальный исход, являются объем учтенной кровопотери и общая тяжесть травмы.



339. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАБРЮШИННЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ.

Смоляр А.Н.

Москва

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Цель. Улучшить результаты лечения пострадавших с закрытой травмой живота (ЗТЖ) и забрюшинным кровоизлиянием (ЗК) за счет разработки диагностического и лечебного алгоритма. Материал и методы. С 2004 по 2014 год в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского лечили 403 пострадавших (310 мужчин и 93 женщины) с ЗТЖ и ЗК. Средний возраст составил 31 год. Время от момента травмы до поступления было равно 1,5 часам. У 354 пострадавших была сочетанная травма, у 49 – изолированная. Повреждения локализовались в двух областях тела (по шкале ISS) у 92 пострадавших, в трех – у 139, в четырех – у 85, в пяти – у 36, в шести – у 2. Средняя тяжесть травмы по шкале ISS составила 22 балла. Оперирован 281 пострадавший. Лапаротомию, показанием к которой было продолжающееся внутрибрюшное кровотечение, разрыв полого органа или диафрагмы, выполнили 246 пострадавшим, внебрюшинный доступ к мочевому пузырю при его разрыве или отрыве уретры – 20, дренирование плевральной полости – 39. Другие операции (краниотомия, торакотомия, ПХО ран, стабилизация переломов аппаратами наружной фиксации) выполнили реже. Консервативную терапию осуществили 122 пациентам. По локализации и распространению ЗК распределились следующим образом: распространенное – 104, правостороннее латеральное – 100, левостороннее латеральное – 67, тазовое – 62, комбинированное – 46, нижне-медиальное – 20, верхне-медиальное – 4. Источником ЗК был перелом костей таза – 97, травма почки – 54, перелом костей таза с внебрюшинным разрывом мочевого пузыря – 28, разрыв селезенки – 20, перелом позвоночника и травма надпочечника – по 12, травма правой почки и надпочечника, поджелудочной железы – по 8, комбинация различных источников – 124. Не установлен источник ЗК у 40 пострадавших. Диагностический алгоритм применяли в первые 6 часов от момента травмы. Он включал в себя рентгенографию груди, позвоночника и костей таза, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства. Применение алгоритма позволило установить показания к экстренной лапаротомии у всех пострадавших,

у 40% обнаружить ЗК и его источник. При отсутствии показаний к экстренной лапаротомии и стабильной гемодинамике выполняли КТ живота и таза, что позволило уточнить весь спектр повреждений и их тяжесть. Во время экстренной лапаротомии у пострадавших с неизвестным источником ЗК осуществляли ревизию распространенного, увеличивающегося, верхне-медиального, прилежащего к полым органам желудочно-кишечного тракта кровоизлияния. Определяли источник кровотечения, если ЗК опорожнялось через разрыв брюшины и приводило к образованию большого гемоперитонеума. Исключением являлось распространенное ЗК, осложнившееся переломом костей таза. У пострадавших с известным источником ЗК только степень травмы органа или структуры и признаки продолжающегося кровотечения определяли показания к его ревизии. У пострадавших, которым лечение начинали с консервативной терапии и у которых источник ЗК при инструментальном обследовании отсутствовал, продолжали консервативную терапию.

Результаты. У 139 пациентов ЗК обнаружено только во время экстренной лапаротомии. Применение алгоритма оказалось успешным в 100%. У 91 из 98 экстренно оперированных пострадавших с известным источником ЗК был применен лечебный алгоритм. Он был успешным в 98,9%. Не было показаний к операции на органах брюшной полости у 122 пациентов. Применение алгоритма привело к успеху 99,2% наблюдений. Заключение. Разработанный диагностический и лечебный алгоритм позволил определить показания к экстренной лапаротомии, установить источник ЗК. Лечение пострадавших с ЗК на основании алгоритма было успешным в 98,9-100%.

340. МАРШРУТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тараско А.Д.

Новокузнецк

НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Лечение трофических язв нижних конечностей оставляет желать лучшего. Затраты на лечение одного больного очень значительные: во Франции – 36000 евро, в США – 10000 дол., в России по данным В.С. Савельева и соавт. 15-летней давности – 150000 руб. Современные технологии лечения позволяют получать удовлетворительные и хорошие результаты. Данные технологии при всеобщем внедрении позволили бы снять остроту проблемы



в той группе больных, где используются хирургические методы лечения. Техническое оснащение лечебных учреждений для обеспечения современных технологий и подготовка квалифицированных кадров займет значительный (многолетний) временной период. Можно пойти по пути организации специализированных мультидисциплинарных центров, но современное российское здравоохранение с его ущербным финансированием не позволяет надеяться на результативность данного подхода. Другой путь - создание таких центров с использованием частного капитала также не является оптимальным, поскольку данная клиническая группа является социально обездоленной, что не позволяет надеяться на получение прибыли. Третий путь - это использование существующих мощностей и кадрового потенциала здравоохранения для чего необходимо организационное обеспечение лечебно-диагностического маршрута. Лечебный маршрут включает следующие этапы: 1) лечение в условиях стационара (хирургического или дерматологического) в течение 2-3 недель с целью санации язвенной поверхности; 2) лечение больных с варикозными язвами в отделении сосудистой хирургии или амбулаторном флебологическом центре для коррекции венозной патологии, в том числе с использованием миниинвазивных технологий; больным с диабетическими язвами требуется выполнение ангиопластических вмешательств на берцовых артериях; 3) при наличии язв более 10 кв. см больным выполняется кожная пластика в отделениях, где имеется подготовленный персонал; 4) больные с небольшими язвами проходят консервативную терапию в амбулаторных условиях.

341. ДИАГНОСТИКА ДИССЕМНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ПОМОЩЬЮ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

Шнитко С.Н.

Минск

Белорусский государственный медицинский университет

В литературе описано около двухсот нозологических форм, которые объединены рентгенологическим синдромом диффузной диссеминации в легких и органах грудной клетки со сходными клиническими проявлениями. (Шевченко Ю.Л. и соавт.; 2007). Дифференциальная диагностика этих заболеваний представляет значительные трудности. При этом, диагностические ошибки у этих па-

циентов составляют 75-80% (Дужий А.И. и соавт., 2016). При выборе тактики лечения пациентов с диссеминированными поражениями органов грудной клетки необходима морфологическая верификация патологического процесса. Нами изучено 303 биопсии тканей органов грудной клетки у 284 (93,7%) мужчин и 19 (6,3%) женщин в возрасте от 18 до 79 лет. У 126 (41,6%) пациентов материал из трахеи и бронхов брали биопсийными щипцами при фибробронхоскопии. Биоптаты из париетальной плевры, легких и органов средостения получали методом трансторакальной игольной аспирационной биопсии у 177 (58,4%) пациентов. Наши исследования показали, что совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов отмечено в 133 случаях (43,9+2,85 %). У 90 пациентов (29,7+2,63 %) морфологически были установлены другие патологические процессы. Частота получения неинформативного материала при биопсии (80 случаев или 26,4+2,53 %) заставило искать пути снижения неинформационных результатов. С 1993 года нами использовалось взятие биоптатов органов грудной клетки методом видеоторакоскопии у 198 пациентов. Видеоторакоскопию проводили под общей анестезией с отдельной интубацией бронхов в положении пациента лежа на боку с использованием мультипортового доступа. В результате гистологического и цитологического исследований данных биоптатов у 196 из 198 пациентов установлен окончательный диагноз. Вывод. Видеоторакоскопическая биопсия органов грудной клетки является наиболее информативным (98,9%) безопасным и малотравматичным методом для установления диагноза у пациентов с синдромом диссеминированных заболеваний органов грудной клетки.

342. ЛОКАЛИЗАЦИИ КОЛЛАГЕНОВ I, II, III И IV ТИПОВ В КЕЛОИДНЫХ, ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И НОРМОТРОФИЧЕСКИХ РУБЦАХ

Барановский Ю.Г., Ильченко Ф.Н., Косенко А.В., Шаповалов Е.Ю.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность. Рубцы, как известно, состоят из соединительной ткани с большим количеством различно пространственно организованных коллагеновых волокон и являются неизбежным следствием любого оперативного вмешательства. От



того, каким будет рубец – нормотрофическим или патологическим, во многом зависит оценка большим произведенной операции. Материал. Изучено 49 пациентов мужского и женского пола хирургического отделения ГБУЗ РК "Симферопольская ЦРКБ". Спектр коллагеновых волокон послеоперационных нормотрофических и гипертрофических и келоидных рубцов, фиксированных забуференным формалином и залитых в парафин, изучен с помощью метода иммуногистохимии на парафиновых срезах. Первичными антителами были моноклональные антитела к коллагену первого, второго, третьего и четвертого типа. Получено, что гипертрофические рубцы характеризуются изменением спектра коллагеновых волокон по сравнению с нормотрофическим рубцом. Появляются несвойственные коллагеновые волокна второго типа, характерные для хрящевой ткани. Исчезают коллагеновые волокна четвертого типа. В келоидных рубцах в патогномоничной для этого рубца зоне роста отсутствуют изученные виды нормальных коллагеновых волокон. В субэпителиальной и глубокой зонах наблюдается дискретное расположение коллагеновых волокон не свойственное нормотрофическому рубцу. Коллагеновые волокна четвертого типа отсутствуют во всех зонах. Выводы: 1. В келоидных рубцах в патогномоничной для этого рубца зоне роста отсутствуют изученные виды нормальных коллагеновых волокон. 2. В субэпителиальной и глубокой зонах келоидных рубцов наблюдается дискретное расположение коллагеновых волокон не свойственное нормотрофическому рубцу. Коллагеновые волокна четвертого типа отсутствуют во всех зонах.

343. РЕЦЕПТОРЫ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В КЛЕТКАХ КЕЛОИДНЫХ, ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И НОРМОТРОФИЧЕСКОМ РУБЦАХ

Барановский Ю.Г., Ильченко Ф.Н., Косенко А.В., Шаповалов Е.Ю.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность. Образование рубца – неизбежное следствие любой хирургической операции. Внешний вид рубцов оказывает большое влияние на эстетическую оценку результатов вмешательств. Только ясное понимание причин образования келоидных рубцов позволяет хирургу правильно спланировать дальнейшее лечение. По данным

Н.А. Акоповой (1992), 85% страдающих келоидными рубцами - женщины.

Материал. Изучено 38 пациентов обоего пола хирургического отделения ГБУЗ РК "Симферопольская ЦРКБ". Рецепторы эстрогена и прогестерона клеток эпидермиса и дермы келоидных и гипертрофических рубцов изучали с помощью моноклональных антител к рецепторам гормонов эстрогена и прогестерона, которые идентифицируют ядерный антиген. Среди клеток эпидермиса келоидных рубцов клетки с рецепторами к гормону эстрогену составляли 39,6±0,01% у лиц мужского и женского пола (мужчин было 11). Клетки с рецепторами прогестерона в келоидных и гипертрофических рубцах отсутствуют. Клетки с рецепторами эстрогена также отсутствуют в дерме келоидных рубцов.

Выводы. Выявление клеток с рецепторами прогестерона является статистически достоверным критерием в дифференциальной диагностике молодых келоидных и гипертрофических рубцов.

344. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Бирюков О.М., Тутов А.Ю.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность: Коррекция ректоцеле промежуточным доступом является наиболее распространенной операцией, которая выполняется у 40-69% женщин. Однако, неудовлетворительные результаты после леваторопластики отмечаются в среднем у 10-54 % больных, а частота рецидивов заболевания варьирует от 25 до 37%. Недовлетворенность результатами лечения инициировала применение протезирующих материалов, способных укрепить ректовагинальную перегородку. Для этих целей используются синтетические и биологические имплантаты.

Цель исследования: Оценить эффективность синтетических и биологических имплантатов при хирургической коррекции ректоцеле.

Материалы и методы: С 2011 по 2015 г.г. в ГНЦ колопроктологии им А.Н. Рыжих МЗ РФ по поводу изолированного ректоцеле была оперирована 61 пациентка в возрасте от 34 до 61 года (средний возраст - 49,15±7,21). Для укрепления ректовагинальной перегородки у 33 больных использовалась синтетическая композитная сетка (группа 1) и 28 – биологический коллагеновый имплантат (группа 2). Результаты хирургического лечения



оценивались в сроки от 6 до 60 месяцев после операции. Медиана прослеженности – 36 месяцев. Результаты: Улучшение эвакуаторной функции прямой кишки было отмечено у 81,8% пациентов после пластики полипропиленовой сеткой и у 78,6% больных после применения биологического имплантата. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 5 (15,2%) больных в I группе (3 – эрозия влагалища, 2 – диспареуния) и у 2 (7,2%) – во второй группе (2 – диспареуния). Все эрозии были излечены консервативно. При дефекографии, выполненной через 1 год после операции, средний размер ректоцеле уменьшился в обеих группах. Однако у больных с биологическим имплантатом разница была недостоверной ($p > 0,05$). При индивидуальном сравнительном анализе у 9 (32,1%) пациенток 2 группы размер ректоцеле был таким же, как в предоперационном периоде, в то время как в I группе лишь 3 (9,1%) пациентки имели подобное соотношение.

345. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ.

Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Юденков С.Н., Индейкин А.В., Колесова С.Н.

Балашиха

ФКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии России»

Заболееваемость эхинококкозом остается высокой: в Европе составляет 0,14-15,8 человек на 100 тысяч населения, в Центральной Азии - 2,7-14,5, в России - 0,3. Частота поражения печени достигает 84 %. В ГВКГ войск национальной гвардии с 1996г по 2016г оперировано 59 больных эхинококкозом. Цель работы – оценка результатов хирургического лечения эхинококковых печени, разработка наиболее рациональной тактики хирургического лечения. Материалы и методы. В основу работы положен анализ историй болезни 59 больных с эхинококкозом. I группа – 32(54,2%) больных, оперативные вмешательства при эхинококковых кистах печени выполнялись из лапаротомного доступа. II группа – 27(45,8%) больных, оперативные вмешательства выполнялись преимущественно лапароскопическим доступом и с применением миниинвазивных технологий. Результаты. Эхинококкэктомия из лапаротомного доступа в I группе произведена 26 (86,67%) больным, во II группе – 2 (7,69%) пациентам; лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена 15 (57,69%) пациентам II группы. Перикистэктомия из лапаротомного доступа в I группе

произведена 2 (6,67%) больным, во II группе – 1 (3,84%) пациенту; лапароскопическая перикистэктомия выполнена 2 (7,69%) пациентам II группы. Двум пациентам I группы (6,67%) произведена резекция печени. Чрезкожное лечение гидатидных кист печени произведено 6 (23,1%) больным II группы. Ранние послеоперационные осложнения зарегистрированы у 4 (13,3%) больных в I группе: кровотечение – 1(3,3%), аллергические реакции -2 (6,6%) , нагноение остаточной полости – у 1(3,3%) больного. Во II группе больных послеоперационные осложнения отмечены у 2 (7,69%) больных: аллергические реакции у одного (3,84%) больного, длительное желчеистечение, самостоятельно прекратившегося на 17 сутки – у 1 (3,84%) пациента. Рецидивов заболевания не отмечено. Заключение. Таким образом, применение лапароскопических и миниинвазивных технологий в хирургическом лечении эхинококковых кист печени не увеличивает количество ранних послеоперационных осложнений при одинаковых отдаленных результатах лечения.

346. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Галимзянов Ф.В.

Екатеринбург

ГБУЗ СО «СОКБ №1»

Цель работы: обозначить вопросы организации диагностики и лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) в условиях многопрофильного стационара. Материал и методы. Свердловская областная клиническая больница № 1 имеет в своем составе амбулаторно - поликлинические и стационарные подразделения, которые осуществляют принцип мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению пациентов с СДС. Основные подразделения, осуществляющие эту помощь: кабинет диабетической стопы, эндокринологическое отделение, отделение гнойной хирургии, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение сосудистой хирургии. Госпитализация осуществляется в соответствии с маршрутизацией пациентов. Выделяем: нейропатическую (трофическая язва стопы, диабетическую остеоартропатию - стопу Шарко), ишемическую, нейроишемическую формы. Диагностика направлена на клинические признаки и анамнез, осмотр и пальпацию нижних конечностей, оценку состояния периферического крово-



тока, оценку иннервации, костных структур, состояния хронической раны (трофической язвы), тяжести инфекции (на основании рекомендаций международной рабочей группы по изучению СДС — IWGDF). Общие принципы лечения включали первичную обработку раневого дефекта с полным удалением нежизнеспособных тканей, вскрытие абсцессов/флегмон, при выявлении остеомиелита – проведение некрсеквестрэктомии, выполнение реваскуляризации конечности, по показаниям – экономных или высоких ампутаций, использование современных атрауматичных перевязочных средств, соответствующих стадии раневого процесса, разгрузку пораженной конечности (лечебно-разгрузочная обувь, индивидуальная разгрузочная повязка, кресло-каталка), системную антибактериальную терапию, лекарственная терапия ангиопатии, нейропатии и остеоартропатии, достижение целевых уровней показателей углеводного обмена, коррекция липидного спектра и артериального давления. Принципы хирургической обработки: поверхностные поражения (I-II степень по Вагнеру) – удаление некротизированных мягких тканей, удаление гиперкератоза вокруг трофической язвы, тщательная ревизия дефекта на предмет затёков или карманов; глубокие поражения (III-IV степень по Вагнеру) – вскрытие флегмон, удаление некротизированных мягких тканей + обязательное выполнение резекции пораженных костей стопы; при верифицированном остеомиелите – удаление пораженной кости в рамках некрсеквестрэктомии, малой ампутации, резекции сустава. Целью хирургического пособия при СДС является максимальное сбережение конечности и сохранение ее опорной функции, если гнойно-некротический процесс не угрожает жизни пациента. Методы пластического закрытия ран целесообразно применять у всех больных (независимо от формы диабетической стопы) после купирования инфекционного процесса, ликвидации ишемии, полного очищения раневой поверхности, снижения микробной обсемененности тканей раны ниже критического уровня. Заключение. Синдром диабетической стопы – значительная медико-социальная и экономическая проблема. Основами ее успешного решения являются как этапное ведение пациентов соответствии с едиными методологическими принципами, так и совместные действия врачей различных специальностей (эндокринологов, диабетологов, хирургов, ортопедов) на диагностическом, лечебном и реабилитационном этапах. Внедрение в практику специально разработанных комплексных программ, которые включают в себя профилактику развития СДС, обучение пациентов СД и их родственников, тренировку медицинского персонала, комплексный подход к лечению позволяет снизить частоту

высоких ампутаций конечностей и летальность у больных сахарным диабетом, значительно уменьшить расходы здравоохранения, эффективно решать ряд социальных проблем.

347. АУТОЛОГИЧНЫЕ ТРОМБОЦИТАРНЫЕ КОНЦЕНТРАТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Богдан В.Г.

Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Пристальное внимание современных исследователей обращено на использование тромбоцитарных концентратов (ТК) в качестве субстанции, способствующей активации репаративных процессов в ране. ТК представляет собой биологический продукт, получаемый из аутологичной крови человека с концентрацией тромбоцитов более 1 000 000/мкл в небольшом количестве плазмы. Стимулирующий эффект ТК обусловлен высоким содержанием ростовых факторов, которые высвобождаются из α -гранул тромбоцитов.

Цель. Провести анализ клинической эффективности разработанного способа применения аутологичных ТК в комплексном лечении пациентов с трофическими язвами венозной этиологии.

Материал и методы. Оценены ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения 58 пациентов с хроническими трофическими язвами венозной этиологии. После патогенетической хирургической коррекции, направленной на устранение причины развития язвы, в зависимости от дальнейшего варианта лечения пациенты были распределены на 2 группы. В основной группе дополнительно применяли разработанный комплексный способ использования ТК: обогащенного тромбоцитами фибринового матрикса (ОТФМ) и обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП). Для получения ОТФМ в стерильные пробирки набирали по 6 мл крови пациента. Затем проводили центрифугирование пробирок в течение 10 мин с числом оборотов 3000/мин. После центрифугирования в пробирках происходило формирование ОТФМ в виде сгустка в сыворотке крови. Для получения ОТП в стерильные пробирки, содержащие 1 мл 3,8% раствора цитрата натрия, набирали по 6 мл крови пациента. Проводили центрифугирование пробирок в течение 10 мин с числом оборотов 3000/мин, после которого в пробирках про-



исходило разделение крови на три слоя. Средний слой собирали в отдельную стерильную пробирку. Технические особенности предложенного способа: после выполнения патогенетического хирургического лечения полученный непосредственно перед использованием в виде сгустка ОТФМ извлекали из пробирки, отделяли от эритроцитов и сыворотки, моделировали по размеру ТЯ и выполняли аппликацию на раневую поверхность; дополнительно инсулиновым шприцем осуществляли паравульнарное введение ОТП в объеме 0,2 мл на одну инъекцию в четырёх точках по периметру трофической язвы; в дальнейшем процедуру повторяли трехкратно с интервалом в 3-е суток исследования (патент Республики Беларусь на изобретение №19915). В группе сравнения выполняли только основной комплекс лечебных мероприятий. Оценка клинической эффективности различных вариантов лечения проведена по динамике изменения площади язвенного дефекта, скорости эпителизации, времени полной эпителизации язвы, продолжительности стационарного лечения. Социальный эффект оценивали на основании анализа показателей качества жизни по опроснику CIVIQ.

Результаты и обсуждение. В течение двух недель лечения площади язвенного дефекта в обеих группах имели сопоставимый уровень ($p > 0,05$). Статистически значимые различия сформировались только к 21-м суткам наблюдения: площадь язвенной поверхности у пациентов основной группы уменьшилась на 46,7% от исходного значения.

348. ПЛАСТИКА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ГРЫЖАХ

Богдан В.Г.

Минск

УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

Введение. Параколостомическая грыжа является наиболее частым местным осложнением колостомы и выявляется по данным разных авторов у 16-50% пациентов, имеющих стому. Цель. Разработать дифференцированный подход к выбору способа пластики брюшной стенки у пациентов с параколостомическими грыжами.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 24 пациентов (14 мужчин и 10 женщин, средний возраст 56,9±11,1 лет) с параколостомическими грыжами, проходивших плановое оперативное лечение в городском центре герниологии и бариатрической хирургии г. Минска в период с

2010 по 2015 гг. В основной группе (10 человек) вне зависимости от величины грыжевого дефекта для восстановления целостности брюшной стенки применяли аутопластические методы. В группе сравнения (14 пациентов) при дефектах до 5 см использовали разработанный способ пластики местными тканями (Патент Республики Беларусь на изобретение № 16829), при грыжевых воротах от 5 до 15 см предпочтение отдавали аллопластике полипропиленовой сеткой с предбрюшинным её размещением и выполнением реколостомии, при грыжах более 15 см перемещали стому на новое место с последующей sublay пластикой первичной области сетчатым имплантатом. Ликвидация стомы выполнена 2 пациентам в сравниваемых группах.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде местные осложнения преобладали.

349. К ВОПРОСУ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗОВ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ.

*Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Стукалова О.Ю.,
Жаугашев А.Е.*

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ
им.А.И.Евдокимова

Проблема несостоятельности анастомозов (НА) после резекций различных отделов толстой кишки в настоящее время является ключевой в колоректальной хирургии. Формирование анастомозов позволяет сохранить естественный пассаж кишечного содержимого и, следовательно, существенно влияет на качество жизни пациента после операции. Тем не менее, НА до сих пор остается нередким и чрезвычайно опасным осложнением колоректальной хирургии, возникая в 15-20% случаев и являясь основной причиной высокой послеоперационной летальности. Причины развития НА в колоректальной хирургии достаточно хорошо изучены и систематизированы в многочисленных публикациях. Ключевыми причинами развития НА при операциях на толстой кишке мы считаем недостаточность кровоснабжения сшиваемых отрезков кишки и натяжение анастомоза. Наиболее часто это наблюдается при пересечении нижней брыжеечной артерии (НБА) у места ее отхождения от аорты при резекциях левых отделов толстой кишки (включая прямую), что серьезно компрометирует кровоснабжение как приводяще-



го, так и отводящего отрезков анастомозируемой кишки. В свою очередь необходимость пересечения НБА у основания диктуется современными принципами онкологической радикальности операций при раке левой половины толстой и прямой кишки, и связана с особенностями лимфогенного метастазирования опухоли. В последние годы при лапароскопических вмешательствах на левой половине толстой и прямой кишки по поводу рака мы стали применять методику сохранения ствола НБА и отдельных ее ветвей, отвечающих за кровоснабжение не входящих в «зону поражения» участков кишки. Суть методики достаточно проста и понятна. Мобилизация брыжейки сигмовидной кишки начинаем от правых общих подвздошных сосудов, перемещаясь краниально и медиально до бифуркации аорты и выше, практически до нижней горизонтальной ветви 12-перстной кишки, удаляя в препарат парааортальную жировую клетчатку с лимфоузлами (ЛУ) и обнажая устье НБА. При такой мобилизации удаляются «апикальные» нижнебрыжеечные ЛУ (253 группа). Нижнюю брыжеечную вену пересекаем на этом же уровне. Далее, используя режущий инструмент (УЗ-скальпель, Лига-шу, эндоножницы) проводим скелетизацию ствола НБА до места отхождения первой ветви (левой ободочной артерии - ЛОА) с удалением комплекса ЛУ и жировой клетчатки по ходу артериального ствола. Дальнейшая мобилизация брыжейки зависит от локализации опухоли и вида операции. Так, при поражении селезеночного угла, нисходящей ободочной кишки и проксимальной трети сигмовидной кишки (объем – левосторонняя гемиколэктомия), ЛОА пересекаем у развилки с НБА, продолжая мобилизацию брыжейки с ЛУ до предполагаемой проксимальной границы резекции кишки. В дистальном направлении также продолжаем скелетизацию артериального ствола, являющегося продолжением НБА. Следующая ветвь – сигмовидная артерия (СА) – пересекается при локализации опухоли в дистальной части нисходящей или проксимальной части сигмовидной кишки с удалением жировой ткани по ходу артерии. Верхняя прямокишечная артерия (ВПА) также освобождается от окружающей ткани (скелетизируется) до заведомо интактной границы дистальной резекции. Благодаря этому сосуду сохраняется адекватное кровоснабжение прямой и значительной части сигмовидной кишки, что позволяет безопасно сформировать ручной трансверзо-сигмоанастомоз снаружи, через минилапаротомный доступ, используемый для извлечения препарата. При дистальном поражении левых отделов толстой кишки (дистальная половина сигмовидной кишки, ректо-сигмоидный отдел и прямая кишка) мы предлагаем сохранять ЛОА с максимально протяженной скелетизацией сосуда

(до его ветвления на арки), с учетом визуального контроля предполагаемой проксимальной границы резекции кишки. Продолжение ствола НБА пересекаем тотчас ниже отхождения ЛОА, удаляя в препарат всю брыжейку сигмовидной кишки, при необходимости – мезоректум (частичная или тотальная мезоректумэктомия) и т.д., до нижней границы резекции прямой кишки. Анастомозы на этом уровне резекции целесообразно формировать с использованием циркулярного сшивающего аппарата большого диаметра – 29-33 мм, обеспечивающего более комфортный транзит плотных каловых масс. При локализации опухолевого процесса в ампулярном отделе прямой кишки по показаниям (данные КТ и МРТ, местнораспространенный рак и т.п.) мы выполняем латеральную лимфодиссекцию. Кроме того, низкие передние резекции прямой кишки (линия анастомоза менее 6 см от зубчатой линии) мы дополняем формированием превентивной петлевой илеостомы в точке 12-мм порта. Все операции заканчивали дренированием полости малого таза на сроки от 2 до 5 суток, в среднем 3 дня. Наш опыт сохранения ствола НБА и ее различных ветвей (в зависимости от вида хирургического вмешательства) у 38 пациентов позволил сформулировать следующие преимущества этой методики перед применяемым традиционно пересечением НБА у аорты: 1. Сохранение ствола НБА с одной из ветвей путем скелетизации сосуда позволяет существенно улучшить кровоснабжение анастомозируемых участков толстой кишки без ущерба онкологическим принципам радикальности вмешательства. Визуально это проявляется сохранением цвета и тонуса стенки кишки в области анастомоза, кровоточивостью мелких сосудов при пересечении кишки, видимой пульсацией краевых сосудов. 2. Методика позволяет выполнять более экономные резекции кишки, сохраняя до 10-20 см кишки, неизбежно удаляемых при использовании традиционной техники пересечения НБА вследствие компрометированного кровоснабжения. Объем лимфодиссекции при этом составляет D3, что отвечает международным требованиям онкологической безопасности. 3. Экономная резекция самой кишки позволяет избежать натяжения анастомоза, что благоприятно сказывается на его заживлении. Более того, при отрицательной «воздушной» пробе на наличие механической негерметичности циркулярного шва не требуется дополнительных мер по укреплению его ручным швом. Из недостатков методики можно отметить увеличение операционного времени на 30 - 60 минут (в среднем на 43 мин), что связано с выделением питающих сосудов из ткани брыжейки. Также в процессе мобилизации брыжейки и лимфодиссекции возможно фрагментирование жировой ткани брыжейки, что требует



использования контейнера (чаще – обычная резиновая перчатка с отрезанными «пальцами») для извлечения фрагментов. Результаты. Продолжительность лапароскопических операций составила от 100 до 195 мин (в среднем 150 мин), активизация пациентов (встать с постели, ходить) – через 6-7 часов после операции, питание per os жидкой пищей – на следующие сутки, сроки госпитализации – от 4 до 7 дней. Тяжелых осложнений, несостоятельности анастомозов и летальных исходов не было. У одного пациента 54 лет после низкой передней резекции прямой кишки (анастомоз на 4 см от ануса) на 2 сутки отмечена тонкокишечная непроходимость на уровне илеостомы (узкое отверстие в передней брюшной стенке), что потребовало оперативного расширения илеостомического канала. Пациент выписан на 7 сутки с функционирующей илеостомой, закрытой при повторной госпитализации через 2 недели. Таким образом, использование методики сохранения ствола НБА и одной из ее ветвей при операциях по поводу рака левой половины толстой и прямой кишки позволяет сохранить адекватное кровоснабжение анастомозируемых отрезков кишки и существенно снизить вероятность несостоятельности анастомоза.

350. НУЖНА ЛИ НАМ ХОЛЕЦИСТОСТОМА?

*Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Вторенко В.И.,
Гордеев С.А., Прохоров Ю.А.*

Москва

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ
им.А.И.Евдокимова

Одной из самых популярных методик хирургического лечения острого холецистита в последние годы становится пункция или дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ. Чаще эта методика используется как первый этап радикального хирургического лечения (холецистэктомия в отсроченном периоде, после стихания острых воспалительных изменений стенки пузыря), реже – как окончательный (пожизненный) паллиативный метод борьбы с острым холециститом. Вторым вариантом в основном применяют при лечении больных пожилого и старческого возраста, отягощенных тяжелой интеркуррентной патологией других органов и систем. Широкое распространение методики также можно объяснить техническим прогрессом медицинского оборудования и инструментария (современные УЗ аппараты, катетеры и пункционные системы), а также доступно-

стью метода практически в любом стационаре и в любое время суток. Можно выделить и скрытые мотивы широкого распространения этой, по сути, паллиативной методики, позволяющей получить сиюминутный положительный эффект (купирование экстренной ситуации), но не избавляющей пациента от болезни. Очевидно, немаловажное значение здесь имеют современные финансовые отношения «стационар-страховая компания», позволяющие как минимум дважды (а порой и больше) госпитализировать пациента по поводу одной болезни: сначала – пункция, потом – плановая операция. В промежутке между ними возможна еще одна пункция (или несколько пункций) при повторном обострении... Лечение затягивается и... становится дороже. Было бы несправедливо (и глупо) отрицать необходимость наличия такой методики в арсенале современной хирургии. Вопрос только в одном: когда и кому ее применять? Не вызывает сомнений целесообразность пункции желчного пузыря при прогрессирующем деструктивном холецистите у больных старческого возраста с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями сердечно-сосудистой и легочной систем, высоким (ASA 4) операционным риском, длительностью приступа более 4-5 суток, в ночное время, при отсутствии высококвалифицированной хирургической бригады и достаточного технического оснащения операционной. В такой ситуации даже простая пункция пузыря в сочетании с комплексной патогномоничной терапией позволяет существенно повысить шансы на благополучный исход. Мы располагаем опытом лечения 106 больных в возрасте от 53 до 89 лет с деструктивными формами холецистита, которым в других хирургических стационарах города в период с 1998 по 2016 г. при первичном обращении под контролем УЗИ была наложена чрезкожная чрезпеченочная пункционная холецистостома. Более половины этих пациентов обратились к нам за помощью в последние 5 лет. Из анамнеза этих больных известно, что ХС были наложены после достаточно длительного обследования и консервативного лечения – в сроки от 2 до 9 (!) суток от момента поступления, в среднем на 4-5 сутки стационарного лечения. В то же время большинство пациентов поступали в сроки от 1 до 3 суток от начала приступа, т.е. в сроки, когда проведение радикального хирургического вмешательства сопровождается минимальными рисками! Все обратившиеся к нам за помощью больные были не удовлетворены результатами и предлагаемыми сроками лечения (существование с дренажной трубкой в течение 1,5-2 месяцев, периодические осмотры и обследование в стационаре, специальный уход за холецистостомой и т.д.), в связи с чем активно искали возможности для решения этих проблем. Более того, двое боль-



ных 76 и 84 лет с 1,5-месячными ХС обратились за помощью в связи с прогрессирующим ухудшением самочувствия. В оперативном лечении по месту первичного обращения им было отказано, так как по данным динамического УЗИ в течение этого времени не отмечено положительной динамики воспалительного процесса. Как показало дальнейшее лечение, у этих больных имели место очаговые некрозы стенки желчного пузыря с продолжающимся перипузырным воспалением и формированием паравезикальных абсцессов. Все больные с функционирующей ХС были подвергнуты хирургическому лечению в сроки от 1,5 часов до 2 суток с момента обращения к нам за помощью. Сроки стояния ХС на момент повторной госпитализации составили от 3 до 48 дней, в среднем 10-14 суток. Всем пациентам была успешно выполнена лапароскопическая холецистэктомия, продолжительность операции составила от 25 до 70 мин (в среднем 35-40 мин), сроки послеоперационного пребывания в стационаре не превышали 3 суток. Каких-либо серьезных послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено. Основываясь на своем практическом опыте, мы считаем, что: 1. В большинстве случаев (если не учитывать финансовую сторону дела) применение холецистостомы при деструктивном холецистите нецелесообразно. Использование методики возможно в качестве паллиативной помощи у пациентов старшей возрастной группы с крайне высоким операционным риском. 2. Методика ХС предполагает достаточно длительный и сложный период этапного лечения, что часто оказывается неприемлемым для большинства трудоспособных пациентов. 3. Наличие очагов некроза стенки желчного пузыря (при гангренозном холецистите в перивезикальном инфильтрате) не поддается консервативному лечению, поддерживая воспалительные явления в этой зоне и хроническую гнойную интоксикацию пациента даже на фоне функционирующей холецистостомы. Иными словами, холецистостома в подобной ситуации не решает поставленных задач. Такие больные нуждаются в экстренной операции в самые ранние сроки поступления в стационар. 4. Радикальное хирургическое вмешательство в лапароскопическом варианте в ранние (1-4 сутки от начала приступа) сроки, как правило, сопровождается минимальным числом осложнений, и является операцией выбора у подавляющего большинства пациентов этой категории.

351. МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА

*Коровин А.Я., Кулиш В.А., Нарсия В.В.,
Выступец В.В., Трифанов Н.А.*

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия

Введение. Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) приводит к увеличению таких ее серьезных осложнений, как внутренние билиодигестивные свищи и кишечная непроходимость в результате обтурации просвета кишки желчными камнями. Билиарный илеус (БИ) встречается у 3% всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) или 0,2-0,6% от всех оперированных по поводу ЖКБ, является сложной хирургической проблемой.

Цель. Оценить возможности миниинвазивного хирургического лечения БИ.

Материал и методы. БИ встретился у 48 пациентов, поступивших в хирургические клиники КубГМУ в БСМП. Диагностическая программа при ОКН включала в себя: обзорную рентгенографию живота, ультрасонографию, компьютерную томографию, ФГДС, видеолапароскопию. Высокая ОКН диагностирована у 37 больных (77,1%): на уровне двенадцатиперстной кишки - у 3 пациентов (6,3%), с обтурацией в 50-150 см дистальнее двенадцатиперстно-тощекишечного перехода выявлена у 34 пациентов (70,8%); низкая ОКН (на уровне терминального отдела подвздошной кишки) выявлена у 11 больных (22,9%). Диагностировать БИ до операции удалось только у 26 больных (54,2%); у всех остальных 22 пациентов причина обтурационной ОКН определена интраоперационно. При хирургическом лечении БИ применялись следующие виды доступов: стандартный лапаротомный, мини-доступ и лапароскопический. Разобщение патологического билио-дигестивного соустья, дуоденорафия, холецистэктомия с ревизией желчных протоков, энтеролитотомия выполнены у 39 пациентов (81,3%). В четырех случаях потребовалась резекция тонкой кишки, а у пяти пациентов удалось выполнить полный объем оперативного пособия эндохирургическим способом. У 9 больных - операция ограничена лишь энтеролитотомией. Летальность - 6,3%. Результаты и обсуждение. В случае подтверждения билиодигестивного свища (что является вероятным при БИ) тактика должна определяться наличием технической возможности и готовностью операционной бригады для выполнения ЛХЭ с разобщением пузырно-ки-



шечного свища и закрытием дуодено-, еюно- или колонотомического отверстия, но, главное, - тяжестью состояния пациента. Важным аспектом миниинвазивных операций при обтурационной ОТН любого генеза является то, что наличие полной непроходимости с проксимальной кишечной гипертензией создаёт неблагоприятные условия для эвакуации кишечного содержимого с минимальной микробной контаминацией брюшной полости при изолированном лапароскопическом доступе. С помощью минидоступа, проекцию которого на переднюю брюшную стенку легче определить при лапароскопии, возможно обеспечить полноценную эвакуацию кишечного содержимого и декомпрессию тонкой кишки без риска массивной микробной контаминации брюшной полости. Кроме того, возникающая необходимость выполнения закрытия энтеротомического отверстия или резекции тонкой кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза, так же могут быть успешно решены через минидоступ.

Заключение. Опыт применения видеолапароскопии для диагностики и хирургической коррекции билио-дигестивных свищей на фоне развившегося острого БИ, показал возможность применения миниинвазивных технологий при этой сложной патологии. Миниинвазивные методы хирургического лечения желчнокаменной ОКН выполнимы как в двухэтапном, так и в одноэтапном вариантах, последнее более предпочтительно. Развитие диагностической, тактико-хирургической программы позволит улучшить результаты лечения избранной патологии, являющейся поздним осложнением острого холецистита.

352. ИШЕМИЧЕСКИЙ РЕПЕРFUЗИОННЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия

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 распространенным перитонитом. Тяжесть состояния больных и динамика инфекционно-токсическо-

го процесса в брюшной полости 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 мочевого катетер с помощью аппарата Uno Meter Abdo Pressure® Kit. В качестве маркера развития ИРС использовали показатели концентрации лактата в периферической крови, которые определяли методом высокоточной капельной хроматографии с применением системы капиллярного электрофореза «Капель 104 РТ».

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 и развитием 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%.

353. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ И ИНФАРКТОМ КИШЕЧНИКА

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

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия

Цель. Провести анализ результатов лечения декомпенсированных форм ишемии кишечника с перитонитом и тактических подходов к формату абдоминального этапа с использованием интегральных шкал оценки тяжести состояния больных.

Материал и методы. В данной работе представлены результаты лечения 118 пациентов с мезентериальным тромбозом в стадии некроза кишечника и перитонита. Из исследования исключены неокклюзионные формы мезентериальной ишемии и сегментарные поражения. Большинство леченых больных были женщины 76 (64,4%). Возраст пациентов колебался от 62 до 87 лет, медиана составила 74,4 года. Давность заболевания колебалась от 10 часов до 5 суток. Все больные опериро-

ваны в связи с имеющейся клиникой перитонита. Больные разделены на 2 группы. Первая группа - 72 наблюдения, когда после реваскуляризации и резекции кишечника формировался первичный анастомоз, релапаротомии выполнялись по требованию. Вторая группа - 46 пациентов, в сочетании с реваскуляризационными и резекционными методиками применялись программные релапаротомии с отсроченным межкишечным анастомозом. Оценка тяжести состояния пациентов проводилась по шкалам APACHE II, SOFA, определение Мангеймского индекса перитонита (МИП) и индекса брюшной полости (ИБП) проводилось ретроспективно. В 103 случаях (87,3%) операции носили сочетанный «ангио-абдоминальный» характер, лишь 15 (12,7%) больных подверглись изолированной протяженной резекции кишечника. Сочетанных реваскуляризаций и резекций проведено 63 (87,5%) в первой группе и 40 (87%) во второй. Первичных резекций кишечника выполнено 9 (12,5%) в первой группе и 6 (13%) во второй. Обсуждение и результаты. Всем пациентам второй группы предпринята эмболтромбэктомия. Из соображений деконтаминации, первым этапом резецировались некротизированные петли кишечника и выполнялся сосудистый этап через культю основного ствола ВБА или сегментарную ее ветвь достаточного диаметра. Основным различием первой и второй исследуемых групп явился формат окончания операции. В первой группе все резекции кишечника заканчивались наложением первичного межкишечного соустья. Во второй группе применялись обструктивные резекции по границе девитализованных тканей кишечной стенки, с обязательным интестинальным дренированием. Сроки и уровень наложения анастомоза определялся в ходе программных санаций брюшной полости. Ранняя послеоперационная летальность в сравниваемых группах практически не отличалась. У выживших больных первоочередную задачу представляли продолженные реперфузионные некрозы кишечника с вторичным распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом. Полученные результаты МИП и ИБП в обеих группах свидетельствовали о тяжелом, обширном поражении брюшины с прогнозируемой летальностью $> 75\%$. При первых двух реоперациях явных различий в группах не было, при третьей релапаротомии получено достоверное различие в полученных индексах, с тенденцией к купированию явлений перитонита во второй группе. Полиорганная недостаточность была у всех больных, зачастую, не как следствие ишемии кишечника и перитонита, а как декомпенсация мультиорганной сопутствующей патологии. Общая летальность в обеих группах больных составила 87,5 и 84,8% соответственно.



Заключение. Особенностью лечения острой окклюзионной мезентериальной ишемии в стадии некроза и перитонита является сочетание реваскуляризации и резекции кишечника. Исходный разлитой перитонит и синдром ишемии-реперфузии кишечника обуславливают прогрессирование перитонита, и делают необходимыми повторные санации брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде необходима визуальная оценка эффективности реваскуляризации, ввиду возможных ретромбозов и реперфузионных повреждений с исходом в некроз стенки кишки. Повторный осмотр кишечника делает возможным экономный подход к резекциям. Обструктивные резекции кишечника с адекватным назоинтестинальным дренированием и программированными релапаротомиями позволяют сократить продолжительность первой и повторных операций, оценить в динамике жизнеспособность кишечника, с опережением удалять девитализованные участки кишки, эффективно санировать брюшную полость и формировать межкишечное соустье в условиях купированного синдрома «ишемии-реперфузии».

354. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ПОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

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

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия

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 х 10⁹ - 94%. Из методов визуализации использовались УЗИ и КТ брюшной полости. У всех больных име-

ли 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 селезеночная вена (СВ), - ВБВ+ВВ+СВ. По протяженности – поражение тонкой кишки было субтотальным, относительно интактным оставался участок 70-80см от связки Трейца. Обязательным этапом было выделение ВБВ 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- портomesентерикография и лапароскопия. Возможности УЗДГ требуют дальнейшего изучения. Помимо резекционных методик, обязательной является тромбэктомия из портomesентериального бассейна, и эффективная антикоагулянтная терапия. При консервативном лечении ПМТ «системный тромболизис» становится безальтернативным.



355. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВОВ СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ МЕТОДИКИ

*Хрипун А.И.(1), Алимов А.Н.(1), Саликов А.В.(3)
Зубарев А.Р.(2), Прямиков А.Д.(1), Ким. Ю.Е. (2),
Урванцева О.М.(3)*

Москва

(1)Кафедра хирургии и эндоскопии ФДПО ГБОУ
ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

(2)Кафедра ультразвуковой диагностики ФДПО
ГБОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова

Принятие решения о сохранении повреждённой селезёнки трудное и обусловлено тяжестью травмы пострадавшего, величиной острой кровопотери, и «труднодоступностью» повреждённого органа. Спленэктомия, сопровождается постспленэктомическим синдромом и не отвечает требованиям современной хирургии, а простое ушивание или коагуляции зоны разрыва без риска послеоперационного рецидива кровотечения - сомнительны. Органосохраняющая операция, предлагаемая нами способствует не только уменьшению интраоперационной кровопотери, но и предотвращает риск кровотечения после операции. Манипулирование с повреждённой селезёнкой становится удобным и безопасным и метод основывается на лигировании селезёночной артерии, который предшествует окончательному гемостазу в местах разрывов. Для доказательства безопасности и эффективности этапа лигирования артерии изучено коллатеральное кровообращение селезёнки, тела и хвоста поджелудочной железы, как в норме, так и после перевязки селезёночной артерии на различных уровнях. Использованы рентгеноконтрастные цилиако и мезентерикографии, на 73 патанатомических комплексах. Установлено, что лигирование селезёночной артерии у чревного ствола, в проксимальном и среднем отделе в 100 % случаев - не вызывает нарушения артериального питания селезёнки, тела и хвоста поджелудочной железы за счёт развития коллатерального кровообращения. Важна последовательность этапов органосохраняющей операции. Доступ (лапаротомия или лапароскопия). Устранение гемоперитонеума. Визуализация и лигирование селезёночной артерии нами проводится или через малый сальник у чревного ствола, или через желудочно-ободочную связку, тогда лигируется зона проксимального, среднего или дистального отдела сосуда. Контролируем уменьшение размера органа на 15-20%, сохране-

ние цвета, снижение напряжённости капсулы, и с этого момента считаем условия благоприятными для эффективной, малотравматичной и безопасной остановки кровотечения. Далее извлекаем сгустки из мест разрыва органа, проводим тщательный, окончательный гемостаз. Брюшную полость промываем физиологическим раствором и дренируем. Нами проведён анализ результатов хирургического лечения 389 больных оперированных с 1987 по 2017 гг. по поводу сочетанной (n=279) и изолированной (n=110) травмы живота с разрывом селезёнки. Произведено 228 спленэктомий и 161 органосохраняющих операций, из них 34 эндохирургических (среди которых в 29 случаях травма была сочетанной, в 5 изолированной). Средний возраст больных составил 30,7±14,8 года. Принципы «последовательности» выполнения этапов органосохраняющей операции позволили зафиксировать - отсутствие эпизодов рецидива кровотечения. Этому способствовало сохранение минимального размера оперированного органа по УЗИ в сроки (3-7-10-14) день. Оказалось – этого времени достаточно для заживления ран в местах разрывов. Восстановление суточной амплитуды колебаний в виде увеличения и уменьшения размеров селезёнки, не отличимых от здоровых лиц, происходило по данным УЗИ к 3,5 неделе. По данным МСКТ – ангиографии (n=12) в сроки от 5 до 12 суток после операции имеется хорошая, очень быстрая заполняемость ретроградным кровотоком селезёночной артерии за местом лигирования без создания зон ишемии в селезёнке, теле и хвосте поджелудочной железы. Пациенты, оперированные лапароскопически раньше активизировались. Срок их пребывания на койке и в стационаре снижался, а при сочетанной травме улучшалась эффективность лечения доминирующих сочетанных повреждений (костных, черепно-мозговых) уже в специализированных отделениях, значительно снижая частоту летальности и осложнений. В отдалённом периоде после органосохраняющей операции проведена ультразвуковая ангиография (УЗИ-3Д\4Д режимах). Вне зависимости от доступа (обычный или лапароскопия) и места лигирования селезёночной артерии, по-УЗИ-ангиографии имеется обширная васкуляризация ворот селезёнки и её сегментов, за счёт хорошо развитого коллатерального кровоснабжения селезёнки, не отличимого от данных ультразвуковой ангиографии здоровых лиц. Органосохраняющий метод (особенно эндохирургической) для травматических разрывов селезёнки при изолированной и сочетанной травме живота имеет несомненные перспективы к широкому использованию в хирургической практике. Снижение интраоперационной кровопотери и отсутствие рецидивов кровотечения позволяют предполагать, что операции с лигированием се-



лезёночной артерии и окончательным гемостазом является эффективной и безопасной альтернативой не только спленэктомии, но других методик органосохраняющих операций травмированной селезёнки. Аннотация: Представлен анализ результатов разработанного и внедрённого альтернативного спленэктомии органосохраняющего метода при разрыве селезёнки. В 161 случаях сохранения повреждённой селезёнки при изолированной и сочетанной травме живота не было ни одного эпизода рецидива кровотечения после операции. Имеется хорошее коллатеральное кровоснабжение самой селезёнки, тела и хвоста поджелудочной железы - по данным МСКТ – ангиографии сразу после операции и в отдалённом периоде по данным ультразвуковой ангиографии (УЗИ-3Д\4Д режимах).

356. ВЛИЯНИЕ ДИАФРАГМОХИАТОПЛАСТИКИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ГЭРБ У БОЛЬНЫХ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ПОД)

Оскретков В.И., Ганков В.А., Андреасян А.Р.,
Овсепян М.А.

Барнаул

ФГБОУ ВПО Алтайский государственный
медицинский университет МЗ России, г. Барнаул

Актуальность исследования. Ключевое значение в предотвращении патологического желудочно-пищеводного рефлюкса придается состоянию нижнего пищеводного сфинктера. Ножки диафрагмы обеспечивают замыкательную функцию кардии лишь во время вдоха. При аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы из-за перемещения желудка в заднее средостение этот механизм утрачивается. Оперативное лечение ГЭРБ у больных аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы включает выполнение фундопликационной манжетки, перемещение желудка в брюшную полость и диафрагмохиатоластику (ДХП) при отсутствии короткого пищевода и расширении ножек диафрагмы более 4см. Вместе с тем, незначительное участие ножек диафрагмы в обеспечении замыкательной функции кардии указывает на необходимость изучения целесообразности расширения объема операции, за счет ДХП.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования 56 больных, оперированных по поводу ГЭРБ вследствие аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафраг-

мы. Нескольким более, чем у половины из них (30 чел, 53,6%) была кардиальная, а у остальных 46,4 % (26 чел) кардиофундальная или субтотальная грыжа ПОД. Была выполнена лапароскопическая полная эзофагофундопликация в нашей модификации с формированием фундопликационной манжетки по малой кривизне желудка с погружением между его стенками абдоминальной части пищевода на калибровочном зонде с элементами фундопликации по Черноусову. Наряду с этим у большинства больных (38 чел, 67,86±4,73%) произведена диафрагмохиатоластика (диафрагмомокруорофия с укреплением линии швов сетчатый эксплантом). Диафрагмохиатоластику выполняли при отсутствии короткого пищевода и увеличении расстояния между ножками диафрагмы более 4 см. У 18 чел (32,14±6,87%) коррекция ПОД не проводилась из-за отсутствия показаний. Анализ результатов лечения проводили путем анкетирования по опроснику GERD-HRQL, который позволяет выявить влияния операции на клинические проявления ГЭРБ и их выраженность. Наряду с этим больным были проведены специальные методы исследования – рентгеноэндоскопия пищевода и желудка, манометрия пищеводно-желудочного перехода, внутриводная суточная Рн-метрия. Полученные результаты сопоставлены с дооперационными данными. Сроки наблюдения составили от 1 до 15 лет после операции. **Результаты исследования.** По данным анкетного опроса 91,1±1,52% опрошенных пациентов были довольны результатами операции, причем несколько чаще это отмечали пациенты с диафрагмохиатопластикой, чем те, у которых она не выполнялась (соответственно 94,7±1,36% и 83,3±8,47%, $p < 0/01$). По данным манометрии не зависимо от того, проводилась коррекция пищеводного отверстия диафрагмы или нет, в среднем в обеих группах отмечено незначительное снижение тонуса и на 1/3 укорочение протяженности нижнего пищеводного сфинктера по сравнению с группой контроля, но с превышением до операционных данных. Коэффициент (отношение давления в НПС к давлению в желудке) так же был ниже условной нормы, особенно у пациентов с ДХП за счет повышения внутрибрюшного давления. Согласно результатам суточной внутриводной Рн-метрии после операции стал существенно реже выявляться гастроэзофагеальный рефлюкс (соответственно 28±7,62% и 89,29±1,81%, $p < 0/05$) и его тяжесть особенно у пациентов с ДХП. Рентгенологически желудок у всех оперированных больных располагался на уровне или ниже диафрагмы. Таким образом, выполнение диафрагмохиатоластики при расширении ножек диафрагмы более 4см и отсутствии короткого пищевода в сочетании с формированием полной антирефлюксной манжетки при



ГЭРБ у больных грыжей ПОД позволяет снизить частоту и тяжесть патологического желудочно-пищеводного рефлюкса и рефлюкс-эзофита при ослаблении тонуса и укорочении нижнего пищеводного сфинктера, наступающих в послеоперационном периоде, предотвратить повторное смещение желудка в заднее средостение.

357.РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА ЭТАПЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

Усманова Т.Э., Филатов А.С., Умеров Э.Э.

Симферополь

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

На современном этапе развития медицинской науки отмечается рост заболеваемости доброкачественными узловыми образованиями молочных желез (ДУОМЖ), которые представляют огромный интерес как возможный фон для возникновения рака молочной железы и как группа болезней, снижающих индекс здоровья женщин и ухудшающих качество их жизни. При этом вопросы выбора оптимальной лечебной тактики остаются актуальными. Цель исследования: оценить эффективность противовоспалительной терапии у больных с ДУОМЖ на основании результатов иммуногистохимического (ИГХ) определения в их тканях экспрессии общего лейкоцитарного антигена CD45 на дооперационном этапе и после проведения оперативного вмешательства. Обследовано 38 больных репродуктивного возраста с ДУОМЖ. Всем больным на 5-10 день менструального цикла проводили клиническое, ультразвуковое исследование (ультразвуковой сканер экспертного класса Toshiba Xario SSA-660A с линейными датчиками 7,5 и 10 МГц), маммографию (маммограф «Мамомат 1000»), трепан-биопсию с ИГХ (маркер CD45) и гистологическим исследованием. ИГХ исследование проводили на серийных парафиновых срезах толщиной 4-5 мкм, помещенных на адгезивные кольца, покрытые полизином («Menzel-Glaser», Германия), на автостейнере DAKO. На 1-м этапе исследования по результатам определения уровня экспрессии общего лейкоцитарного антигена CD45 в трепан-биоптатах ДУОМЖ были выделены группы больных: группа 1 (n = 23) - больные с ДУОМЖ с наличием выраженной воспалительной реакции

(134,3 ± 8,4) % CD45+ клеток, по особенностям проведения дальнейшей лечебной тактики была разделена на группу 1А (n = 14) - больные с ДУОМЖ, ассоциированных с воспалением (134,1 ± 10,0)% CD45+ клеток, которым проводили предоперационную противовоспалительную терапию (ПОПВТ), и группу 1Б (n = 9) - больные с ДУОМЖ, ассоциированных с воспалением (134,7 ± 15,5)% CD45+ клеток, но без ПОПВТ; группа 2 (n = 15) - больные с низким уровнем экспрессии общего лейкоцитарного антигена (9,5 ± 1,5)% CD45+ клеток. На 2-м этапе исследования определяли уровень экспрессии общего лейкоцитарного антигена CD45 в интраоперационном материале, полученном при проведении секторальной резекции молочных желез у этих же больных. Больным 1А группы ПОПВТ проводили за 14 дней до операции с помощью препаратов группы нестероидных противовоспалительных средств и иммуномодулирующих препаратов, с продолжением терапии и в послеоперационном периоде. Больным 2-й группы, как и в группе 1Б, после предоперационного обследования было проведено только лишь хирургическое лечение. Сравнительный анализ уровня общего лейкоцитарного антигена CD 45 в тканях трепан-биоптатов и интраоперационном материале у больных с ДУОМЖ 1А группы, до и после проведения ПОПВТ, показал резко выраженную позитивную динамику — снижение экспрессии CD45 по отношению к исходному уровню на 67,4 % (в 3,1 раза), что указывает на высокую эффективность предложенной тактики лечения. Таким образом, позитивная динамика со снижением в интраоперационном материале экспрессии маркера воспаления (общего лейкоцитарного антигена CD45) в группе ДУОМЖ, ассоциированных с воспалением, указывает на патогенетическую обоснованность проведения хирургического лечения данной категории больных на фоне применения ПОПВТ.

358.АНАЛИЗ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бондарев Г.А., Логачева С.В., Мосолова А.В.

Курск

ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет»

Несмотря на колоссальное число работ, посвященных патогенезу грыжеобразования, совершенствованию методов хирургического лечения грыж, профилактике послеоперационных осложнений и



рецидивов, рецидивы грыж встречаются практически у каждого 8 - 10-го больного, оперированного по поводу простых, неосложненных форм пупочной, паховой, бедренной грыжи, еще чаще они наблюдаются при грыжах больших размеров, а также при рецидивных, послеоперационных и редко встречающихся формах. Современные методы эндопротезирования грыж позволили снизить частоту рецидивов грыж, однако и они не могут полностью гарантировать отсутствие рецидивов. Многие авторы отмечают, что рецидивы по-прежнему отмечаются у 15 - 20% больных и не имеют тенденции к снижению. Цель исследования: анализ частоты рецидива грыж различной локализации после хирургического лечения. Материалы и методы. Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения грыж различной локализации после оперативного лечения, выполненного в хирургическом отделении Курской областной клинической больницы (КОКБ) в 2010 году методом анкетирования. Анкета была разработана авторами, посылаясь по почте. Было послано 286 анкет. Результаты. За 2010 год по поводу грыж было оперировано 286 чел. При всех локализациях грыж, кроме бедренных, выполнялось эндопротезирование грыж проленом («Эсфил», ООО «Линтекс», Санкт-Петербург), главным образом, sub lay. Всем этим пациентам были разосланы анкеты, получены ответы от 133 чел. (46,5%). Все респонденты с рецидивами грыж были осмотрены хирургом областной консультативной поликлиники, рецидивы подтверждены, предложено плановое хирургическое лечение. Женщин было в 1,3 раза больше - 75 (56,4%), мужчин - 58 (43,6%). Преобладали послеоперационные вентральные и паховые грыжи (по 49 чел., по 36,8%), пупочных грыж было 16 (12,1%), грыж белой линии живота - 13 (9,8%), бедренных грыж 6 (4,5%). Среди пациентов обоего пола доминировала возрастная группа 51 - 70 лет - 62 чел. (46,6%). Рецидив грыж был выявлен у 11 пациентов, что составило 8,3%. Частота рецидивов у женщин оказалась более чем в 2 раза выше, чем у мужчин, что согласуется с данными литературы. Учитывая малочисленность группы в возрасте до 30 лет, судить о частоте рецидивов в этой группе не представляется возможным. Наиболее высокая частота рецидива - 13,6% приходится на возрастную группу старше 70 лет, что вполне прогнозируемо и легко может быть объяснено преобладанием дегенеративно-дистрофических процессов в тканях, обусловленных возрастной инволюцией и сопутствующими заболеваниями сердечно - сосудистой системы, эндокринной системы, нарушением обменных процессов. В группе от 51 до 70 лет частота рецидивов грыж также достаточно высока и составила 8,1%. Можно предположить, что это может быть следствием сочетания двух неблагопри-

ятных факторов: в этом возрасте могут начинаться инволютивные процессы в тканях, что снижает их регенераторные возможности, с другой стороны, люди этого возраста заняты активной трудовой деятельностью, испытывают значительные физические нагрузки, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления. Последнее, как известно, является важным патогенетическим фактором грыжеобразования и рецидива грыж. 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. Эту выявленную закономерность следует учитывать при герниопластике, выбирая размеры эндопротезов и способ пластики (on lay или sub lay). В качестве группы 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 больным с большими и гигантскими вентральными грыжами, преимущественно методом on lay. Частота рецидивов после аутопластики при послеоперационных грыжах в то время была 40,4%. В нашем исследовании, благодаря внедрению современных методов эндопротезирования, частота рецидивов при послеоперационных грыжах составила 14,3%, т. е. снизилась в 2,8 раза. Сопутствующая патология была выявлена у подавляющей части больных - у 104 чел., в том числе, у 68 чел. было по одному заболеванию, у 26 - по 2, у 10 - по 3. Таким образом, более чем у 70% больных грыжами имелись другие заболевания, которые могли играть определенную роль в развитии рецидива. 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.

359. ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ЧРЕСКОЖНЫМИ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ

Курбонов К.М., Ф.И. Махмадов, А.Д. Гулахмадов, З.А. Азизов

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить обоснованность и эффективность применения пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ-контролем у больных с эхинококковыми абсцессами печени находящихся в крайне тяжелом состоянии.

Материал и методы. За последние 5 лет в клинике 120 пациентам с эхинококковыми абсцессами печени произведены различные варианты эхинококкэктомий. Мужчин было 75 (62,5%), женщин - 45 (37,5%). Возраст пациентов составил от 16 до 72 лет. В 27 (22,5%) наблюдениях у пациентов с показателями тяжести состояния по усовершенствованной классификации оценки степени тяжести состояния больных по ASA P3-P4 и локализации эхинококкового абсцесса в печени выполняли пункцию с санацией и дренированием кисты под УЗ-контролем. Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ выполнялись под местной анестезии в операционных условиях. Содержимое эхинококковых абсцессов подвергалось макроскопической оценке, бактериологическому исследованию, остаточная полость промывали раствором декасана.

Результаты. Послеоперационное ведение пациентов на 1-ом этапе с эхинококковыми абсцессами

печени заключалось в ежедневной санации гнойной полости 3-4 кратным фракционным промыванием через дренажи фурацилином до «чистых» промывных вод. Раз в неделю выполняли фистулографию, по данным которой оценивали динамику уменьшения гнойной полости, расположение дренажей, отсутствие не дренируемых карманов и связей с полыми органами. После улучшения состояния больных в 22 (18,3%) наблюдениях на 2-ом этапе производили различные варианты радикальных оперативных вмешательств, в 5 (4,2%) наблюдениях пункционно-дренирующие вмешательства являлись первым и окончательным методом лечения. В послеоперационном периоде осложнения имели место лишь в 2 случаях. Летальных исходов не наблюдали. Заключение. Применение новых способов пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ-контролем позволили улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени, осложнившихся нагноением и находящимся в крайне тяжелом состоянии.

360. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬБУМИНОВОГО ДИАЛИЗА МАРС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ И БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Курбонов К.М., К.Р. Назирбоев

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования - улучшение результатов комплексного лечения тяжелой механической желтухи (ТМЖ) и билиарного цирроза печени (БЦП).

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексного лечения 34 больных с ТМЖ (n=23) и БЦП (n=11). Возраст больных составил от 27 до 79 лет. Причиной ТМЖ и БЦП являлись: желчнокаменная болезнь (n=8), стриктура желчных протоков (n=22), эхинококкоз печени (n=2) и рак печени (n=2). Для диагностики ТМЖ и БЦП больным проводили клинико-лабораторно-инструментальные методы исследования. Результаты и их обсуждение. Исследование показателей функционального состояния печени у наблюдавшихся больных (n=34) показало наличие снижения белково-синтетической функции (альбумин - $27,2 \pm 0,43$ г/л, холестерин - $2,50 \pm 0,170$ ммоль/л), а также повышение показателей цитолиза (АсАт - $221 \pm 15,2$ ед/л, АлАт - $171 \pm 10,4$ ед/л), холестаза (ЩФ - $284 \pm 101,2$ ед/л) и пигментного обмена (общий билирубин $220 \pm 16,3$ мкмоль/л, прямой би-



лирубин $144 \pm 10,5$ мкмоль/л и непрямо́й билирубин - $74 \pm 9,5$ мкмоль/л). Учитывая тот факт, что при ТМЖ и БЦП эндотоксикоз обусловлен альбуминсвязанными токсинами (АСТ), для лечения этих больных в 17 случаях применяли альбуминовый диализ – МАРС, а еще в 17 случаях комплексные консервативные методы лечения. В результате проведенного лечения методом МАРС на 8-10 сутки отмечали снижение показателей уровня билирубина, цитолитических ферментов и повышение показателей белково-синтетической функции печени. Летальные исходы отмечали в случаях, после консервативных методов лечения летальные исходы наблюдали в 7 (%) случаях.

Заключение. Альбуминовый диализ – МАРС, является эффективным методом лечения больных с ТМЖ и БЦП.

361. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Курбонов К.М., Ф.И.Махмадов, К.Р.Назирбоев

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом тяжелого течения (ОПТТ). **Материал и методы.** Под наблюдением находилось 35 больных с ОПТТ, из них 25 (71,4%) мужчин и 10 (28,6%) женщин. Возраст больных составил от 19 до 82 лет. Больные ОПТТ были разделены на 2 группы: в первую включены пациенты без септических осложнений (СО) – 24 (68,5%) больных, во вторую с СО (n=11). Диагноз абдоминального сепсиса у больных ОПТТ установили согласно критериям предложенной В.С.Савельевым и Б.Е. Гельфандом (2006). Всем пациентам проводили клиничко-лабораторно-инструментальные методы исследования, а также показатели СРБ и прокальцитонина (ПКТ). **Результаты и их обсуждение.** В процессе динамического обследования установлено, что клинически в обеих группах пациентов лабораторные показатели крови и данные лучевых методов диагностики практически не отличаются друг от друга. Важным и эффективным методом диагностики СО ОПТТ в 98% наблюдений являлись показатели уровня СРБ и ПКТ, которые были значительно повышены, достигая – $225,4 \pm 157,1$ мг/л и $4,28 \pm 4,26$ нг/мл. При ОПТТ в 27 (77,1%) наблюдениях прибегали к двухэтапным вмешательствам. На первом этапе производили миниинвазивные вмешательства, на вто-

ром – традиционные открытые. В 15 случаях из 27 первичные миниинвазивные вмешательства являлись в дальнейшем окончательными. В 8 (22,8%) наблюдениях выполняли одномоментные традиционные открытые вмешательства с санацией и дренированием парапанкреатической клетчатки, сальниковой сумки и брюшной полости. Послеоперационные осложнения отмечали в 18 (51,4%) случаях с 15 (42,8%) летальными исходами. **Заключение.** При ОПТТ двухэтапные хирургические методы являются эффективными методами лечения.

362. ПАТОГЕНЕЗ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Курбонов К.М., Ф.И.Махмадов, К.Р.Назирбоев

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования – определить роль синдрома энтеральной недостаточности и внутрибрюшной гипертензии на развитие полиорганной недостаточности при тяжелом остром панкреатите (ТОП). **Материал и методы.** Проведен анализ лечения 35 больных с ТОП. Мужчин было 25 (71,4%), женщин – 10 (28,6%). Возраст больных составил от 19 до 85 лет. Причиной ТОП в 29 (82,8%) случаях являлось нарушение диеты и калькулезный холецистит и в 6 (17,2%) - приём алкоголя. Наряду с клиничко-лабораторно-инструментальными методами исследования больным проводили исследования показателей внутрибрюшного давления.

Результаты и их обсуждение. В 92,4% случаев при ТОП показатели уровня эндотоксемии были значительно повышены. При комплексном УЗИ в 87% случаев определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости, парез тонкой кишки, а также секвестрация жидкости в забрюшинную клетчатку. Наличие синдрома энтеральной недостаточности у 27 (77,1%) больных сопровождалось в 24 (68,5%) случаях синдромом повышения внутрибрюшного давления, достигающее – $18,2 \pm 3,1$ мм.рт.ст. Повышение внутрибрюшного давления вследствие пареза тонкой кишки, накопления ферментативного выпота в брюшной полости, способствовало сдавлению нижней полой вены и брюшных вен и снижению притока крови по венам к сердцу и сердечного выброса. Высокое стояние диафрагмы в 17 (48,5%) случаях приводило к увеличению интерстициальной жидкости в легких и снижению альвеолярной вентиляции с развитием острой дыхательной недостаточности.



Заключение. Повышение внутрибрюшного давления и синдром энтеральной недостаточности являются предикторами ТОП.

УЗ-контролируемые пункционно-дренирующие вмешательства при ПВИ на фоне острого холецистита являются эффективными методами лечения.

363. ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИВЕЗИКАЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ

*Курбонов К.М., У.К. Муродов, К.Р. Назирбоев,
Р.Х. Саидов*

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования - улучшение результатов лечения перивезикального инфильтрата при остром холецистите (ПВИ). **Материалы и методы.** В клинике за последние 5 лет под наблюдением находилось 140 больных с ПВИ на фоне острого холецистита. Мужчин было 34 (24,2%), женщин – 106 (75,6%). Возраст больных составил от 19 до 78 лет. Клинико-морфологические исследования позволили выделить разновидности ПВИ: рыхлый (n=50), плотный (сформированный) – (n=30), плотный некротический – (n=36), плотный абсцедированный – (n=24). Для диагностики ПВИ при остром холецистите больным проводили общепринятые клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. При ПВИ клинико-лабораторные данные свидетельствовали о наличии выраженной эндотоксемии, что было обусловлено клиническими проявлениями заболевания и патоморфологическими формами желчного пузыря. Решающее значение в диагностике ПВИ имели результаты УЗИ, при этом чувствительность метода составила 87%, специфичность – 84%. При плотных (n=20) и плотных абсцедирующих ПВИ (n=18) в 38 (27,1%) наблюдениях производили пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем, в 59 (42,1%) - видеолапароскопические вмешательства и в 44 (31,4%) наблюдениях - традиционные открытые вмешательства. Послеоперационные осложнения после УЗ-контролируемых вмешательств отмечали в 6 (4,3%) случаях, после видеолапароскопических операций – у 11 (7,8%) и после традиционных вмешательств – у 18 (12,8%). Летальных исходов после пункционно-дренирующих операций не отмечали, тогда как после лапароскопических и традиционных открытых вмешательств летальные исходы отмечали в 3 (2,1%) и 7 (5%) наблюдениях. **Заключение.**

364. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Курбонов К.М., Расулов Н.А. Назирбоев К.Р.

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков.

Материал и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и лечения 74 (100%) больных с РСЖП, при этом у 17 (22,9%) больных имели место высокие РСЖП. Мужчин было 2 (2,7%), женщин – 15 (20,2%). Возраст больных составил от 18 до 74 лет. 3 (4,0%) пациентов перенесли по 1 операции, 6 пациентов от 2 до 4-х, ранее по поводу РСЖП было оперировано 3, и ещё 4 больных перенесли 4 и более операций. Причиной РСЖП во всех случаях являлись перенесенные ятрогенные повреждения желчных протоков. Практически все пациенты с высокими РСЖП поступили с синдромом механической желтухи (n=14) и явлениями холангита (n=3), что требовало проведения дооперационной инфузионно-трансфузионной терапии и декомпрессионных вмешательств под УЗ-контролем (n=6). Для диагностики РСЖП и ее уровня, наряду с УЗИ, МРТ, больным проводили чрескожно-чреспеченочную холангиографию (ЧЧХ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ).

Результаты и их обсуждение. В 4 наблюдениях после выполнения надворотной резекции IV сегмента производили формирование билобарного анастомоза, а в 10 наблюдениях производили левостороннюю (n=6) и правостороннюю (n=4) гемигепатэктомию. При резекции печени у больных РСЖП важное значение имеет билиарная реконструкция, которую осуществляли в виде: гепатико-еюноанастомоза – анастомозировали с долевым желчным протоком (n=3), бихолангиоеюноанастомоза – формирование анастомоза между тощей кишкой и двумя устьями сегментарных желчных протоков (n=2), трихолангиоеюноанастомоза – анастомоз между тощей кишкой и тремя устьями сегментарных желчных протоков (n=2). После выполнения резекционных методик, выполненных



по поводу РСЖП, осложнения наблюдали в 3 случаях с 1 летальным исходом. Развитие тяжелых осложнений со стороны печени (цирроз) и желчных протоков (рецидивирующий гнойный холангит) диктует необходимость выполнения более радикальных вмешательств – трансплантация печени. Во всех наблюдениях производили родственную трансплантацию печени, и трансплантировалась правая доля печени.

Заключение. При неэффективности повторных реконструктивных вмешательств, наличие билиарного цирроза печени и рубцовой стриктуры желчных протоков «-2» и «-3» рациональным является применение резекционных и трансплантационных вмешательств.

365. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Курбонов К.М., У.У. Мансуров, К.Р. Назирбоев

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков у больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Материал и методы. Работа выполнена на анализе результатов комплексного обследования и хирургического лечения 16 больных с повреждениями ВЖП. Из 16 больных с повреждениями ВЖП - 6 находились в нашей клинике, а 10 пациентов в различных лечебно-профилактических учреждениях Республики Таджикистан, которые были переведены в ГКБ СМП г. Душанбе. В возрастном аспекте преобладали больные от 24 до 60 лет - 50. Мужчин было 4, женщин – 12. Необходимо отметить, что в 12 наблюдениях повреждения ВЖП возникли во время оперативных вмешательств при ЖКБ и ее осложнениях. Острый калькулёзный холецистит был у 4 больных, острый обтурационный холецистит в 8 наблюдениях. В 2 наблюдениях повреждение желчных протоков возникло при вмешательствах по поводу нагноения эхинококковой кисты печени. Оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненной кровотечением (n=2) и пенетрацией в гепатодуоденальную связку, в 2 случаях явились причиной повреждения желчных протоков. Всем больным были проведены общепринятые клинично - лабораторно - инструментальные методы диагностики.

Результаты исследования. При «свежих» повреждениях ВЖП, имеющих в 10 наблюдениях, в 4 случаях производили восстановительные операции, а в 6 - реконструктивные оперативные вмешательства. Для профилактики послеоперационных рубцовых стриктур желчных протоков в 6 случаях использовали разработанную методику медикаментозной профилактики рубцовых стриктур желчных протоков. По предложенной методике при повреждениях желчных протоков формируют U-образный гепатикоюноанастомоз. В конце операции к зоне анастомоза фиксируют конец полихлорвиниловой трубки через круглую связку печени, с последующим выведением на переднюю брюшную стенку. Далее через установленную полихлорвиниловую трубку вводится тонкий катетер диаметром 0,15 - 0,2 см и подводится к зоне анастомоза. В послеоперационном периоде проводят медикаментозную терапию для профилактики рубцового сужения гепатикоюноанастомоза. В трубку каждые 6 часов вводят рекомбинантный - интерлейкин – α в дозе 500000 ЕД, разведенный в изотоническом растворе NaCl 10 мл в течение 6 - 8 дней. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено. В отдаленном периоде рубцовое сужение анастомоза отмечали лишь у 1 больного.

Заключение. Применение рекомбинантного - интерлейкина – α в комплексном лечении повреждений ВЖП позволяет снизить частоту развития рубцовых стриктур желчных протоков.

366. ДВУХ ЭТАПНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ОТЯГОЩЕННЫМ СТАТУСОМ

*Курбонов К.М., К.Р. Назирбоев, Р.Х. Саидов,
У.К. Муродов*

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Цель исследования – улучшение непосредственных результатов хирургического лечения острого деструктивного холецистита. **Материал и методы.** Располагаем опытом диагностики и хирургического лечения 33 пациентов с ОДХ с отягощенным статусом, находившихся в клинике хирургических болезней №1 в период 2014-2016гг. Мужчин было 10 (30,3%), женщин – 23 (69,7%). Возраст больных составил от 24 до 82 лет. Больные поступили в клинику в различные сроки от момента заболевания. Так катаральная форма ОХ имела место у 6 (18,1%)



пациентов, флегмонозная – у 24 (72,7%), гангренозная – у 3 (9,0%). Необходимо, также отметить, что при флегмонозной (n=24) и гангренозной (n=3) формах ОДХ в 27 (81,8%) наблюдениях у больных имели место различные формы околопузырного инфильтрата, в значительной степени затрудняющие выполнение холецистэктомии. Для диагностики ОДХ наряду с клинико-лабораторными и биохимическими исследованиями крови, проводили инструментальные методы исследования, включая УЗИ и КТ. Результаты и их обсуждение. Течение ОДХ часто осложнялось сопутствующей соматической патологией, которая определяла степень операционно-анестезиологического риска. При тяжелых сопутствующих соматических заболеваниях, больным пожилого и старческого возраста и с высоким операционно-анестезиологическим риском III-IV ст. по ASA в 29 (87,8%) случаях выполняли двухэтапные вмешательства. На первом этапе производили холецистостомию под УЗ-контролем, а на втором – холецистэктомию. В послеоперационном периоде осложнения отмечали в 3 случаях в виде кровотечения (n=2) и подпеченочного абсцесса (n=1). Летальные исходы были отмечены в 3 наблюдениях и во всех случаях причинами летальности являлись тяжелые сопутствующие заболевания. В комплекс консервативной терапии было включено применение инфузионных антиоксидантов (реамберин в дозе 400,0 – 800,0мл/сутки).

Заключение. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗ-контролем является эффективным методом лечения острого деструктивного холецистита как первого этапа миниинвазивного лечения у наиболее тяжелой группы пациентов с тяжелой соматической патологией, а также больным пожилого и старческого возраста.

367. РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ПОМОЩЬ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Бухтояров А.Ю., Дурлештер В.М., Никитин С.П.,
Лясковский К.О., Чехоев С.В.*

Краснодар

ГБУЗ ККБ №2

Одним из наиболее опасных осложнений болезней органов желудочно-кишечного тракта являются кровотечения. Частота развития кровотечений при язвенном поражении пищеварительного тракта составляет 46-56%, при опухолях пищевода и желудка-3-5%, при заболеваниях различных дру-

гих органов и систем-4-5% (Ивашкин В. Т, 2008 г). По данным отдельных авторов летальность при язвенных кровотечениях достигает 5-14%, преимущественно в зрелом, трудоспособном возрасте (Крылов Н.Н. 2001; Стойко Ю.М. 2005; Baillie J 2001). Выделяют отдельную группу пациентов с абдоминальным кровотечениями (эрозивными кровотечениями при панкреонекрозах и т.д.) у которых традиционные методы гемостаза просто не возможны.

Цель исследования: оценить возможность применения рентгенэндоваскулярных технологий при остановки кровотечений в абдоминальной хирургии. **Материалы и методы:** За период с 2014 по 2016 год отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 было произведено 17 рентгенэндоваскулярных вмешательств у 16 больных. Из них были прооперированы 6 женщин и 10 мужчин разной возрастной группы в возрасте от 36 до 78 лет (57±20 лет). Все пациенты находились на лечении в хирургических отделениях стационара. 7 больных проходили лечение с диагнозом: деструктивный панкреатит, 5 с диагнозом: рак желудка, 1- рак сигмовидной кишки, после гемиколэктомии и резекции верхнего полюса правой почки, 3- с язвенной болезнью желудка и ДПК. У двух пациенток после открытого хирургического лечения осложнений язвы ДПК были выявлены ложные аневризмы желудочно-двенадцатиперстных артерий. Эмболизация левой желудочной артерии была выполнена в 6 случаях, в 5 – эмболизация желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 4- селезеночной артерии, в 1-эмболизация печеночной артерии, в 1-эмболизация ветвей почечной артерии. У 90% пациентов отмечалась анемия тяжелой степени (Hb менее 70 г/л), что потребовало проведение гемотрансфузионной терапии. У 14 пациентов отмечались клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения, из них 9 пациентам проводился эндоскопический гемостаз- без эффекта. Тяжесть состояния пациентов, большой объем кровопотери и нестабильность гемодинамики требовали коррекции жизненно-важных функций (в 50% случаях была проведена ИВЛ, вазопрессорная поддержка), ввиду чего от выполнения открытых хирургических вмешательств решено было воздержаться. Ангиографическое исследование выполнялось у больных с целью установления источника кровотечения и возможностью его одномоментной остановки.

Результаты и обсуждение: материалом для периферической эмболизации у 7 пациентов служили гранулы «PVA» (поливинилалкаголь) размерами 335-500, 1000-1400 мкм; у 5 эмбосферы «Embosphere Medical» размерами 300-500, 500-700, 700-900 мкм, у двух пациентов в качестве эмболизата одновременно применялись гранулы



«PVA» и эмбосферы «Embosphere Medical» размерами 500-700 и 300-500 мкм соответственно, у трех пациентов были применены 0,035 спирали «Cirus» и «MReye» диаметром от 3 до 6 мм. Среднее время процедуры 60 ± 30 минут. У пациентов применялась методика катетеризации висцеральных ветвей органов ЖКТ через артерии верхних конечностей, но в трех случаях из-за анатомии чревного ствола пришлось применить катетеризационную технику трансфеморальным способом. У всех пациентов выполнена успешная рентгенэндоваскулярная эмболизация висцеральных сосудов. В отдаленном послеоперационном периоде рецидивов кровотечения не было.

Выводы: таким образом, рентгенэндоваскулярная эмболизация висцеральных сосудов при кровотечениях в абдоминальной хирургии позволяет провести эффективный гемостаз у пациентов в крайне тяжелом состоянии, когда традиционные методы лечения могут быть не эффективны, а у пациентов с запущенными формами рака желудка при кровотечении данная манипуляция является методом выбора.

368. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Курьязов Б.Н., Сапаев Д.Ш., Рузметов Б.А.

Ургенч /Узбекистан/

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. Узбекистан

Актуальность темы. Эхинококкоз относится к тяжелым паразитарным эндемическим заболеваниям и остается серьезной медико-социальной проблемой в ряде стран мира, в том числе и в Республике Узбекистан. Лечение эхинококкоза печени является актуальной проблемой абдоминальной хирургии, в связи с распространенностью заболевания, большим числом интра- и послеоперационных осложнений, высокой частотой рецидивов. Значительный прогресс эндовидеохирургии дает возможность применять лапароскопию в лечении все новых заболеваний органов брюшной полости. В Ургенчском филиале ТМА, на кафедре общей хирургии, травматологии и ортопедии с 2013 года эндовидеохирургические вмешательства выполнены у 32 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 24 до 64 лет. Показанием к операции служили эхинококковые кисты небольших размеров, расположенные поверхностно в доступных сегментах печени. Кисты были солитарными, диаметр их варьировал от 4,0 см до 12,0 см. Лапаро-

скопическую эхинококкэктомия выполняли следующим образом. После инсуффляции углекислого газа в брюшную полость вводили видеокамеру, под контролем которой, в зависимости от сегментарной локализации кисты, рационально устанавливали рабочие троакары. Апаразитарность операции обеспечивали за счет устройства для лапароскопической пункции эхинококковых кист печени, представляющего собой троакар-отсос со стилетом и пункционной иглой. Диаметр гильзы троакара составляет 10 мм, присосная ее функция обеспечивается за счет плотного прикладывания кончика троакара к поверхности эхинококковой кисты и подключения вакуумного электроотсоса к троакару. Пункционная игла диаметром 5 мм, благодаря наличию двухходового канала, позволяет одновременно проводить эвакуацию содержимого кисты и ее антипаразитарную обработку. Антипаразитарную обработку осуществляли ультразвуковой кавитацией с экспозицией 5-10 минут. После рассечения биполярным электроножом фиброзной капсулы, хитиновую оболочку помещали в контейнер, который удаляли из брюшной полости через просвет 11 мм троакара. Далее производили тампонирование остаточной полости участком большого сальника, либо ушивание остаточной полости с шовным материалом PDS 4/0. Операцию завершали оставлением страховочного дренажа. Желчный свищ был выявлен в двух случаях, что потребовало дополнительного лапароскопического устранения свища. Осложнений во время лапароскопической эхинококкэктомии не было, все они были завершены без перехода на лапаротомию. Следует отметить более благоприятное течение послеоперационного периода у пациентов после эндовидеохирургического вмешательства по сравнению с больными после традиционной лапаротомной эхинококкэктомии. Быстрое развитие эндовидеохирургических технологий позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом. Интерес к применению лапароскопической техники при эхинококкозе печени вызван тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой и длительной реабилитацией пациентов. Таким образом, эндовидеохирургическая эхинококкэктомия является перспективным методом при оперативном лечении солитарного эхинококкоза печени. Показанием к операции считаем наличие эхинококковых кист печени небольшого диаметра при поверхностном их расположении, что значительно снижает риск развития интраоперационных осложнений и возникновения обсеменения брюшной полости.



369. ВОЗМОЖНОСТИ НАНОТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Сапаев Д.Ш., Якубов Ф.Р., Рузметов Б.А.

Ургенч /Узбекистан/

Ургенчский филиал Ташкентской
медицинской академии

Актуальность темы. Стандартизованные исследования показали, что в Узбекистане интенсивный показатель заболеваемости эхинококкозом составляет 6–9 человек на 1000 населения, каждый год хирургическому лечению подвергаются до 2 тысяч человек, а более четверти из них страдают из-за развившихся осложнений (Ш.И. Каримов с соавт. 1994; Ф.Г. Назиров с соавт. 2002; С.Р. Рахимов с соавт. 2003; Ф.А. Ильхамов, 2005). Одним из актуальных и перспективных направлений в современной медицине, в частности в хирургии эхинококкоза печени, считается применение нанотехнологий. К задачам нанотехнологий в области хирургии относятся прежде всего: свободное прохождение наночастиц через барьеры, обнаружение клеток-мишеней, «адресная» доставка к ним, в частности к эхинококковым клеткам препаратов, для диагностики и лечения. При использовании нанохирургических технологий возникает минимизация повреждающего действия на здоровые ткани при проведении хирургического лечения, что позитивно отражается на послеоперационной реабилитации.

Цель исследования: на основе применения интракорпорального фототермолиза и использованием золотых наночастиц улучшить результаты лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени.

Материалы и методы исследования. В Ургенчском филиале ТМА на кафедре общей хирургии, травматологии и ортопедии на стационарном лечении находились 67 больных в возрасте от 22 до 68 лет с эхинококкозом печени и нагноением остаточной полости расположенные в VI, VII-VIII сегментах. Больные были разделены на две группы: 1-Контрольная группа-32 больных, где лечение проводилось традиционными методами. 2- основная группа-35 больных, лечение проводилось с использованием интракорпорального метода применения золотых наночастиц с помощью фототермолиза установленного в остаточной полости интраоперационно. В проекции эхинококковых кист установлена специальная игла. Далее через просвет иглы проводят световод лазера до дистального края иглы. При этом край световода не

выступает из просвета иглы, что контролируется предварительно установленной меткой на световоде лазера. При мощности излучения 10 Вт через паренхиму органа продвигают иглу со световодом лазера тотчас до границ эхинококковых кист. Световод лазера удаляется. В дальнейшем осуществляется введение наночастиц и лазерный фототермолиз эхинококковых кист с целью его ускоренной облитерации и замещения соединительной тканью. Интракорпоральная фототермолиз проводилась пациентам основной группы и в послеоперационном периоде. Устройство для интракорпоральной фототермолиза устанавливали интраоперационно. Силиконовую трубку с индуктором и световодом устанавливали после завершения основного этапа операции. Эффекторный конец устанавливали в остаточной полости, противоположный конец с коннекторами для соединения с аппаратами для фототермолиза Лазермед. Трубки выводятся через прокол брюшной стенки в правом подреберье и фиксируется к коже. Экспозиция фототермолиза– 15-25 минут. Сеансы интракорпоральной фототермолиза проводились ежедневно, начиная с 1 суток послеоперационного периода, на протяжении 7 суток. После окончания курса интракорпоральной фототермолиза 10 сутки послеоперационного периода после последнего сеанса силиконовая трубка с индуктором и лазерным световодом удалялась. Результаты исследования. Перед удалением силиконовой трубки проводилась контрольная ультрасонография, для определения облитерации остаточной полости и их размеров. Основанием для удаления катетеров были следующие: отсутствие признаков интоксикации, уменьшение остаточной полости не менее, чем на 4-5 см в диаметре. Контрольную фистулографию выполняли всем больным, что позволяло уточнить размеры полости и герметичность вокруг трубки. Полученное гнойное содержимое отправляли на бактериологическое исследование для чувствительности к антибиотикам. При этом отмечено благоприятное течение раннего послеоперационного периода, что клинически проявлялось улучшением общего состояния, нормализации температуры тела, уменьшением отделяемого из остаточной полости и раннее появление грануляции в остаточной полости. Больные проходили контрольное обследование через месяц, на контрольной УЗИ остаточные полости были полностью практически облитерированы. **Заключение:** Таким образом, метод интракорпоральной фототермолиза и введение золотых наночастиц в остаточной полости, эффективен, безопасен, экономичен, не требует рискованного наложения капитонажа, а облучение полости интракорпоральной фототермолиза с использованием золотых наночастиц ускоряет процессы



заживления, облитерации полости и сокращается пребывания больных в стационаре. В раннем послеоперационном периоде позволяет значительно сократить количество нагноение остаточной полости, желчеистечении сопровождается хорошими отдаленными результатами. Целесообразность его применения диктуется его бактериоцидными и антисептическими свойствами, которые продолжают бороться патогенной микрофлорой, осуществлением профилактики нагноения остаточной полости, способностью ускорять облитерацию остаточной полости, благодаря своим репаративным и регенерационными свойствами.

370. О РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ ПСЕВДОАБДОМИНАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

*Батиров Д.Ю., С.К.Хаитбаев.,
Б.Б.Файзуллаев.,Э.А.Исмаилов.*

Ургенч /Узбекистан/

Ургенчской филиал Ташкентской медицинской академии

Введение: Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, имеют место трудности определения в их дифференциальной диагностике. Внедрение новых инструментальных методов исследования (УЗС, лапароскопия, ЭГДФС, компьютерная томография и т.д.) значительно облегчили диагностику заболеваний «острого живота». Имеются случаи, когда необходимо исключить острые хирургические заболевания органов брюшной полости в хирургическом отделении, при этом клиническая картина и лабораторные данные не совсем указывают на наличие той или иной острой хирургической патологии живота. Это происходит за частую из-за слабой обеспеченности приемных отделений дорогостоящей диагностической аппаратурой в связи, с чем мы вынуждены госпитализировать в хирургические стационары больных для наблюдения в динамике и до обследования. **Цель исследования:** Симптомокомплекс данной категории больных можно отнести к псевдоабдоминальным синдромам (ПАС). Пациенты, которые находятся в отделении от 1 до 2-3 суток после установления диагнозов острых соматических или обострения хронических заболеваний переводятся в другие профильные стационары или выписываются на амбулаторное лечение.

Материал и методы исследования: При ретроспективном анализе историй болезней больных,

находившихся в 2015 году в хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП, выявлено, что поступили в отделение хирургии 2540 больных, из них женщин- 1078 (42,4%), мужчин-1462 (58,5%). Из них с диагнозом острый аппендицит госпитализированы - 874 (34,4%); ущемленной грыжей-73 (2,9%); острым панкреатитом -67 (2,6%); острым холециститом - 586 (23%); прободной язвой желудка и 12 перстной кишки-44 (1,7%); желудочно-кишечным кровотечением - 92 (3,6%); острой кишечной непроходимостью - 87 (3,4%); с травмой живота и грудной клетки - 95 (3,7%); кровотечением из ВРВПиЖ - 14 (0,6%); инородным телом ЖКТ - 9 (0,4%); с ПХЭС и механической желтухой - 31 (1,2%); с легочным кровотечением - 8 (0,3%); нагноившимся эхинококкозом печени и брюшной полости - 19 (0,7%); кроме того, 250 (10%) больных госпитализированы с различными неотложными хирургическими патологиями. 291 пациентов оказались с ПАС, что составило 11,4 %, из них мужчин - 109 (4,2%), женщин - 182 (7,1%). При наблюдении в динамике и до обследования среди 291 больных с ПАС выявлены: аппендикулярная и кишечная колика у 61 (21%) больных, урологические заболевания у 18 (6,2%), гинекологические заболевания у 43 (15,1%), обострение спастического колита и острые энтериты и колиты у 22 (7,6%), хронические гепатиты в активные фазы у 18 (6,2%), плевропневмония - 21 (7,2%), острые гастриты и обострение хронического гастрита - 51(17,6%), обострение ЯБЖи ДПК у 28 (9,7%), прочие - 29 (10%). Из 2249 (88,5%) обследованных пациентов, у которых были установлены острые хирургические заболевания ОБП, подверглись оперативному лечению 1762 (69,4%) больных, т.е. хирургическая активность составила 78,7%. Остальные 487 (21,7%) пациентов в основном с острым панкреатитом, острой частичной кишечной непроходимостью, острым холециститом и травмой (ушибом) живота и груди лечились консервативно. При анализе причин госпитализации пациентов с ПАС трудности дифференциальной диагностики были следующими: - необходимость в динамическом наблюдении и повторном лабораторном и инструментальном обследовании возникла почти у всех больных. - затруднение контакта с пациентами и недостаточная интерпретация анамнеза и учет особенностей клинической картины заболевания возникли у больных старшей возрастной группы и беременных женщин. - обострение хронических соматических, эндокринных и других заболеваний замечено у больных с сахарным диабетом и другими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Поступление в хирургические стационары больных с ПАС считаем допустимым, т.к., боязнь пропустить острую катастрофу в брюшной полости с возможными тяжелыми последствиями, угрожающих жизни



больных, заставляет практических врачей хирургов госпитализировать в хирургические стационары больных с ПАС, что является недостаточно решенной проблемой в абдоминальной хирургии.

Вывод: Таким образом, по нашим статистическим данным, каждый десятый больной, поступивший в стационар с картиной хирургической патологии, требует проведения верификации диагноза путем до обследования и наблюдения в динамике. Этим больным необходимо провести консультацию со специалистами узкого профиля, а также провести дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования.

371. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ У ПОЖИЛЫХ И СТАРТИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Хайтбаев.С.К., Исмаилов.Э.А., Файзуллаев Б.Б.

Ургенч /Узбекистан/

Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Хирургическое лечения послеоперационных и рецидивных грыж наибольшее распространение получили способы с созданием дубликатуры сшиваемых тканей. Переход на новые технологии протезирующей пластики позволили улучшить результаты лечения больных с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Важнейшим преимуществом протезирующей пластики является устранение фактора натяжения сшиваемых тканей и надежное закрытие грыжевого дефекта без резкого повышения внутрибрюшного давления у пожилых и старческих людей особенно с сопутствующими заболеваниями.

Цель исследования: улучшение результате и профилактики послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки с использованием эндопротезов особенно у пожилых и стартического возраста. Материалы и методы: После изучения история болезни и проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения у 95 больных в периоде с 2012 по 2016гг, где находится кафедрой «Факультетской и Госпитальной хирургии» Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, с послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Из них женщин было - 44 (46%), мужчин- 51 (54%) в возрасте от 48-79 лет. Среди них с ре-

цидивными грыжами в правом подреберье у 7 (7,3%) больных, с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, над и под пупком и правой подвздошной области у 55 (58%) больных, с паховыми грыжами у 22 (23%) больных, с бедренном грыжами у 8 (8%), и грыже спигелевой линии у 3 (3%) больных. Грыжи больших и гигантских размеров были у 61 (64%) больных, и у 12 больным отмечено двухсторонняя пахо-мошоночная грыже которое ликвидирован одномоментно. Ожирением III-IV класса страдали 35 (37%) больных, и сахарным диабетом 7 (7%). Мы всех больных распределили на 2 группы. 1-группа: 33 (35%) больным пластика передней брюшной стенки произведена местным тканями, а у 62 (65%) пациентов 2-группы пластика произведена полипропиленовой сеткой ЭСФИЛ стандартный (Линтекс). Всем оперативное вмешательство произведено в высокотехнологических условиях. Имплантат располагали над ушитым апоневрозом (onlay), на поверхность брюшины (introabdominalis) на месте дефекта апоневроза, у 9 больных фиксировали ее к краям непрерывными полипропиленовыми швами и дополнительно по площади имплантата. Рану дренировали полихлорвиниловыми дренажами с активной аспирацией. Результаты: У пациентов первой группы где оперативное вмешательство производилось традиционным способом послеоперационные осложнения возникли у 11 (11%) больных, серома подкожной клетчатки у 2, инфильтрат краев раны у 1. В отдаленном периоде рецидив грыжи наблюдался у 8 пациентов. Во второй группе пластика произведена полипропиленовой сеткой в ближайшем послеоперационном периоде осложнений в виде нагноений, инфильтрата краев раны не было. Серома наблюдалось у 2 больных. В отдаленном периоде в течение 5 лет рецидив грыж не возникло.

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ результатов применения эндопротезов в хирургическом лечение больных с послеоперационными и рецидивными грыжами показал ее высокую эффективность. Общее число осложнений снижено в 3 раза. Таких осложнений, как рецидивы, нагноение раны, инфильтрат и летальность удалось вовсе избежать.



372. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чжао А.В., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России (директор – академик РАН, проф. Ревешвили А.Ш.)

Цель исследования: улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения увеличение продолжительности жизни у пациентов раком поджелудочной железы.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского за период с января 2012 по 2017 гг. криодеструкция опухолей поджелудочной железы была выполнена 54 пациентам (мужчин - 26 (48,15%), женщин – 28 (51,85%). Средний возраст составил 54 ± 3 года. Аденокарцинома была выявлена у 50 больных (92,6%), цистаденокарцинома – у 4 (5,3%). Размер образований в поджелудочной железе - от 2,5 до 10 см. У 7 пациентов применяли одновременное криовоздействие на опухоль поджелудочной железы и метастазы печени. Локальная деструкция была дополнена формированием обходных анастомозов в 38 наблюдениях (70,4%). В одном случае криодеструкция была произведена на подозрительном сегменте ВВ после выполнения ПДР. Использовались российские приборы «КРИО-МТ» и «КРИО-01», а также пористо-губчатые аппликаторы из никелида титана. Применялись криоаппликаторы диаметром от 2 до 5 см. Целевая температура составляла -186 °С, Время экспозиции - от 3 до 5 минут. Число сеансов зависело от размера опухоли и варьировало в пределах от 1 до 5 (в среднем – 2,4). Всем больным в последующем была проведена адъювантная химиотерапия, в 10 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты. В послеоперационном периоде выявили: внутрибрюшное кровотечение - в 2 (3,7%) случаях (из-за трещин, появившихся на границе ткани поджелудочной железы и “iceball” – 1; артерия была повреждена в процессе биопсии после криодеструкции – 1); острый панкреатит – в 3 (5,5%); нагноение в зоне манипуляции – в 2 (3,7%). Асцит выявили у 10 (18,5%) больных (купировали в течение 5 – 8 дней терапевтически). Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных с раком поджелудочной железы: 6 мес. – 56%, 12 мес. – 28%, 24 мес. – 15%, 28 мес. – 4,3%. Выводы: Близкое расположение магистральных сосудов не является про-

тивопоказанием к проведению криодеструкции злокачественных образований поджелудочной железы. Криодеструкция при раке поджелудочной железе у неоперабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающим качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь, за счет снижения болевого синдрома. При применении химиотерапевтического лечения отмечается и некоторое увеличение показателей выживаемости.

373. КОМБИНИРОВАННАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ И ХИМИЧЕСКАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Ионкин Д.А., Гаврилов Я.Я., Жаворонкова О.И.

Москва

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России, Москва, Российская Федерация. (директор – Академик РАН Ревешвили А.Ш.)

Цель исследования: оценить эффективность комбинированного применения радиочастотной абляции (РЧА) с последующим введением в обработанный очаг этилового спирта выполняемых под ультразвуковым контролем.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 11 пациентов с очаговыми злокачественными поражениями печени за период с 2010г. по 2015г. Средний возраст пациентов – $63,5 \pm 12,5$. Среди больных в 4-х наблюдениях было отмечено метастатическое поражение (нейроэндокринная опухоль печени – 1, колоректальный рак – 3), в 6-х случаях – гепатоцеллюлярный и в 1- холангиоцеллюлярный рак. Средний размер очага - 30 ± 16 мм. Использовалась комбинация РЧА с последующим введением в опухолевую ткань 95% этилового спирта в объеме от 10 до 40 мл. под контролем УЗИ. В 9 наблюдениях комбинация была применена как самостоятельный метод лечения, в 2 случаях - в сочетании с резекцией печени. 5 пациентов ранее уже перенесли резекцию печени. В 1 случае до комбинации РЧА+спирт с ПХТ, предшествовала РЧА+криодеструкция. У 4 пациентов ранее были выполнены резекции печени (в 2-х случаях – гемигепатектомия, в 2-х – бисегментектомия+РЧА). Среднее число обработанных очагов составило $1,5 \pm 0,7$. Количество сеансов РЧА-от 1 до 7. Среднее время операции при чРЧА с последующим химическим потенцированием составило 121 ± 38 мин. Результаты: 2 пациентам потребовалось проведение дополнительных сеансов химической абля-



ции в ближайшие сроки после операции, одному из которых удалось добиться полной обработки очага. В 1 случае у пациентки с нейроэндокринной опухолью Летальных исходов в ближайшем периоде отмечено не было. У 9 пациентов удалось достичь адекватной деструкции очага (УЗИ, МРТ). Безрецидивный период в среднем - $7,4 \pm 12,7$ месяца. Безрецидивный период в группе пациентов с метастазами КРР был значительно выше, чем в группе ГЦР+ХЦР ($17,9 \pm 19,2$ месяца/ $2,1 \pm 3,9$ месяца соответственно). Наименьший безрецидивный период (2,3 месяца)-у пациента с гепатоцеллюлярным ГЦР. Максимальный безрецидивный период (40,1 месяц) наблюдался у пациента с двумя метастазами КРР Заключение: применение методов локальной деструкции, особенно их комбинации, является фактором, раздвинувшим границы хирургической гепатологии, поскольку позволяет выполнять хирургическое лечение пациентам с множественным полисегментарным поражением печени, может применяться многократно при появлении новых очагов или при продолжении роста обработанной опухоли.

374. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ.

Лопатин Д.В., Тимербулатов М.В., Куляпин А.В.

Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ№21

Специалисты в области дуоденальной хирургии отмечают рост числа людей, страдающих дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК), особенно среди населения экономически развитых стран, а также числа пациентов с осложнённой формой данной патологии причем не только в традиционно возрастной для этого заболевания группе (лица старше шестидесяти лет), но и у людей трудоспособного возраста (до 40 – 45 лет). Около 10 – 25 % пациентов имеют признаки симптоматического дивертикулита в большинстве случаев неосложненной формы. Такие больные, как правило, хорошо реагируют на консервативное лечение с назначением курса пероральных антибиотиков. Примерно 15 % пациентов имеют симптомы осложнений воспалительного характера (абсцесс, перфорация, свищи, кишечная непроходимость), а также толстокишечные кровотечения. По данным зарубежных авторов смертность при дивертикулярной болезни (ДБ) в первые 30 дней составляет

4,8 %. В течение года от осложнений умирают 9,8 % больных. Если относительная выживаемость пациентов с неосложненной формой дивертикулита на протяжении первых 100 дней составляет 97 %, то с образованием абсцесса – 79 %, гнойного перитонита – 84 %, калового перитонита – 44 %, кишечной непроходимости – 80 %. Цель публикации – провести ретроспективный анализ лечения пациентов с ДБТК в ГКБ № 21 (г. Уфа) и сравнить полученные результаты с опытом ведения больных с данной патологией в других медицинских учреждениях. Поиск информации о пациентах, поступивших в период с 2000 по 2016 год в отделение колопроктологии ГКБ № 21 (г. Уфа), был проведен на основании архивных материалов с клиническим кодом «дивертикулит» в соответствии с Международной классификацией болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, 1992г). Все больные были госпитализированы в экстренном порядке по направлениям врачей скорой медицинской помощи, амбулаторного звена или переведены из других медицинских организаций, где отсутствуют специализированные отделения данного профиля. Диагностика и лечебная тактика при осложненной ДБ основывались на разработанных в клинике протоколах оказания неотложной хирургической помощи. При первичном приеме 1048 пациентов имели симптомы обострения ДБ, а именно: боль в левой подвздошной области и внизу живота, лихорадка, лейкоцитоз. Для подтверждения диагноза использовались методы компьютерной томографии (у 300 пациентов), колоноскопии (912), ирригографии (748), лапароскопии или лапаротомии (202). Число рецидивных случаев фиксировалось исходя из анамнеза пациентов с подтверждением архивными данными. В 377 случаях рецидивы были диагностированы на основе клинических признаков заболевания с использованием методов компьютерной томографии (75), колоноскопии (314), ирригографии (202), лапароскопии или лапаротомии (70). Смертность учитывалась за 30-дневный период наблюдения. Причины летального исхода были подтверждены информацией из регистра данных и записей аутопсии. Сравнительный анализ проводился в четырех возрастных группах (до 40 лет, от 41 до 60 лет, от 61 до 70 лет и старше 71 года) за 5-летние периоды наблюдения (2000-2005, 2006–2010, 2011–2016 гг.). Средний возраст пациентов составил 60 ± 12 лет. Из 1048 исследованных госпитализаций 859 (82%) были экстренного и 189 (18%) планового поступления. Гендерное распределение пациентов составило 62 % ($n = 650$) женщин и 38% ($n = 398$) мужчин. Практически каждый второй пациент с ДБ находился в активном трудовом возрасте (до 60 лет). За весь период наблюдения отмечается тенденция роста заболеваемости среди



пациентов до 40 – 45 лет с 5,8 % до 6,9 %. По другим возрастным категориям заболеваемость ДБТК оставалась практически на одном уровне. Полученные данные согласуются с результатами исследования, проведенного сотрудниками кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (г. Уфа) за период 1993 по 2012 гг., а также с наблюдениями специалистов американской медицинской ассоциации. Результаты анализа свидетельствуют, что среди осложненных форм ДБ превалирует острый дивертикулит. Вместе с тем, отмечается незначительное снижение частоты проявления данной патологии с 68 до 63 % от начала к завершению исследования. Выявляемость перфоративного дивертикулита и острого паракишечного инфильтрата составила соответственно 21 % и 14 %. Такие формы воспалительных осложнений ДБ как острый дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат превалируют среди женщин. Перфоративный дивертикулит был диагностирован у каждого третьего пациента мужчины и у каждой пятой женщины. Все пациенты, поступившие с обострением ДБ, получали комплекс консервативной терапии: щадящий физический и пищевой режим, неограниченность жидкости *per os*, назначение антибиотиков широкого спектра действия, спазмолитическую и симптоматическую терапию. Положительный ответ на комплекс консервативного лечения получен в 73 % случаев. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 18+5 дней. Для предупреждения перфорации 146 больным с перидивертикулярным инфильтратом было выполнено 63 (43,15 %) диагностических лапароскопий. Из них в 20 случаях производилось наложение разгрузочных колостом. В 11 случаях (7,5%) потребовалось расширенное хирургическое лечение: резекция сигмовидной кишки была проведена у 7 больных, левосторонняя гемиколэктомия – у 4 пациентов. При диагностике перидивертикулярного абсцесса (220 больных) были выявлены внутрибрюшная, внутрибрыжеечная и забрюшинная локализации. Хирургическая тактика при внутрибрыжеечных абсцессах (81 случай) заключалась в резекции толстой кишки с абсцессом единым блоком. При внутрибрюшной локализации абсцесса (129 случаев) и забрюшинных абсцессах (10 случаев) проводились лапаротомии, вскрытие, санация и дренирование абсцессов с наложением разгрузочной колостомы. Хирургическая тактика при перфоративном дивертикулите зависела от стадии перитонита и решения вопроса о необходимости программных санаций брюшной полости. В целом за период наблюдения в отделении было проведено 240 хирургических вмешательств: лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости с наложением разгрузочной колостомы (121); лапа-

ротомия, санация и дренирование брюшной полости с резекцией по типу операции Гартмана (29 случаев); лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости с резекцией левого фланга ободочной кишки (17); экстериоризация перфоративного сегмента с формированием колостомы (35); лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости с наложением разгрузочной колостомы (31), прочие (7). Вторым этапом оперативного вмешательства после наложения колостомы проводился спустя 4 – 6 месяцев. Показатель смертности при осложненном дивертикулите за период с 2000 по 2016 гг. снизился с 7,8 до 6,5 %. В большинстве случаев летальный исход был вызван абдоминальной инфекцией и сепсисом. Самый высокий уровень смертности наблюдался у пациентов с перитонитом III и IV стадий (по классификации Hinchey) несмотря на применяемое агрессивное хирургическое лечение инфекционного источника. В ходе анализа установлено, что 26 % больных в течение первых двух лет были госпитализированы повторно с острой атакой ДБ, а 18 % – более двух раз. Больным с двумя и более рецидивами рекомендовалось плановое хирургическое лечение через 8 – 12 недель после выписки. Таким образом, результаты проведенного анализа обнаруживают тенденцию «омоложения» заболеваемости ДБТК. Каждый второй пациент находился в активном трудоспособном возрасте, а число пациентов до 45 лет составило соответственно 5,8 % и 6,9 % на начало и завершение всего периода наблюдения. В других возрастных категориях изменений в частоте диагностирования ДБТК не наблюдалось. Преобладающей формой осложнений воспалительного характера был острый дивертикулит (65%). Перфоративный дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат диагностирован соответственно у 21 % и 14 % больных. По гендерному признаку острый дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат превалируют среди женщин. Перфоративный дивертикулит выявлен у каждого третьего пациента мужчины и каждой пятой женщины. Для постановки заключительного диагноза наряду с лабораторными методами исследования широко использовались современные методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, видеолапароскопия). Консервативное лечение оказалось эффективным для 73 % больных. В экстренной и плановой хирургической помощи нуждались соответственно 28 % и 26 % пациента. Первичные резекции в экстренном порядке были выполнены 19 % оперируемых больных. Послеоперационная летальность составила менее 6,5%.



375. СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ КАК МЕТОД ИНТЕНСИФИКАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р.,
Мамадалиев Д.З.*

Уфа

Башкирский государственный медуниверситет

В последние годы при оказании хирургической помощи больным, помимо сугубо медицинских аспектов, большое внимание уделяется интенсификации работы стационаров, рациональному использованию коечного фонда, снижению экономических затрат, расширению объема оперативных вмешательств. Вследствие увеличения продолжительности жизни населения, совершенствования диагностических технологий, наметилась тенденция к возрастанию числа больных, имеющих 2–3 сопутствующих хирургических заболеваний. Наличие у многих пациентов сочетанных хирургических заболеваний, которые, по данным ВОЗ, составляют 20–30 %, ставит перед хирургами задачу одновременной коррекции такой патологии. Лапароскопические операции - раздел абдоминальной хирургии, который наиболее интересен практикующим хирургам и наиболее востребован поступающими больными. Преимущества сочетанных лапароскопических операций заключаются в следующем: одновременной коррекции двух и более хирургических заболеваний в том числе в различных анатомических областях, на разных этажах брюшной полости, при минимальных сроках госпитализации и реабилитации, хорошем косметическом эффекте и снижении числа послеоперационных осложнений. Преимущество сочетанных операций состоит не только в том, что они избавляют больного от двух и более заболеваний, но и в том, что устраняется риск повторных операций и связанных с ними возможных осложнений. Нами проанализированы результаты 1602 лапароскопических операций, проведенных в Клинике Башкирского медуниверситета в 2013 - 2016 гг., из них 133(8,3%) были симультантными. В структуре сочетанных лапароскопических операций преобладали холецистэктомии и грыже сечения - 89 больных (66,9%), холецистэктомии и коррекция грыж пищеводного отверстия - 21 больных (15,7%), холецистэктомии и устранение гинекологической патологии - 11 больных (8,2 %), слив-резекция при морбидном ожирении и холецистэктомия - 5 больных (3,7%), прочие - 7 больных (5,3%). У больных с вентральными, послеоперационными грыжами больших размеров операция начиналась

с выделения грыжевого мешка, вскрытия его в области пупка для введения порта для оптики в пупочное кольцо, и освобождения содержимого от сращений с погружением в брюшную полость. Холецистэктомия проводилась по стандартной методике. В нашей клинике удаление желчного пузыря мы проводим через трансумбиликальный доступ, который при необходимости (в случае затруднения извлечения удаленного препарата) всегда можно расширить. Пластика пупочного кольца определялась размерами грыжевых ворот. В 23 случаях выполнялась пластика брюшной стенки синтетическим эксплантом. Летальности, случаев каких-либо серьезных послеоперационных осложнений не отмечалось. Как показал наш опыт, выполнение симультанного этапа незначительно повышает тяжесть состояния больных после вмешательств, при этом одномоментное выполнение нескольких вмешательств помогают избежать осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, психологически переносятся легче, чем этапное лечение, отмечается значительное снижение сроков нетрудоспособности и времени пребывания в стационаре. Выполнение миниинвазивных вмешательств при хирургическом лечении сочетанной патологии органов брюшной полости наиболее соответствует требованиям экономической эффективности в хирургии. Одномоментная коррекция нескольких заболеваний исключает повторную госпитализацию в стационар и расходы, связанные с амортизацией оборудования, назначения медицинских препаратов для проведения наркоза и ведения больного в послеоперационном периоде, использованием перевязочного материала, увеличением дней временной нетрудоспособности и т.д. Учитывая сложившуюся ситуацию считаем необходимым предусмотреть для симультанных оперативных вмешательств отдельного учета и при формировании оплаты страховыми компаниями введения собственного повышающего коэффициента для расчета стоимости лечения по территориальной программе ОМС.



376. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Павленко В.В., Постников Д.Г., Ооржак О.В.

Кемерово

ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского, КемГМУ,
г. Кемерово

занимают второе место после аппендэктомии и составляют 15% от всех оперативных вмешательств. Актуальность и сложность проблемы состоит не только в широком распространении заболевания, но и в значительном количестве рецидивов достигающих 40-50% при больших, рецидивных и послеоперационных вентральных грыжах. При больших размерах грыжи возникает несоответствие применяемого способа аутогерниопластики степени анатомических и функциональных изменений в тканях передней брюшной стенки под действием сформировавшейся грыжи и усугубляющихся по мере ее увеличения. В последние годы завоевала признание концепция герниопластики без натяжения. Широкое распространение получили полипропиленовые сетки. Однако, при подкожном расположении полипропиленового сетчатого протеза всегда имеется угроза образования сером в подкожной клетчатке. Образование сером при наднапоневротическом расположении протеза связано с сохранением асептического воспаления и лимфорей из-за травматизации тканей подкожной клетчатки сетчатым протезом. Присутствие сетки и раневой инфекции может поддерживать процесс образования сером много недель. Материал и методы исследования. Мы проанализировали результаты хирургического лечения 54 больных с послеоперационными вентральными грыжами, у которых применены Sublay и Inlay-способ герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого протеза. У 38 больных были грыжи больших размеров, у 16 больных - послеоперационные грыжи средних размеров. Результаты. Гнойных раневых осложнений отмечено не было. Формирование жидкостных образований в подкожной клетчатке у больных профилакировали установкой в подкожную клетчатку дренажей по типу Редона на 5-12 суток после операции. Если по истечению этого срока сохранялась продукция жидкости в области протеза – переходили на пункции до полной ликвидации сером. В послеоперационном периоде у пациентов со средними размерами грыжи серомы, в большинстве случаев, ликвидировались в течение 7 суток, при больших размерах грыжи. Заключение. Профилактика ра-

невых осложнений при герниопластике Sublay и Inlay-способами с использованием полипропиленового сетчатого протеза у больных с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров заключается в использовании дренажей до 7 дней послеоперационного периода с последующим переходом, в случае необходимости, на пункционный метод. Важным компонентом профилактики скопления жидкости в месте расположения сетчатого протеза, у данной категории больных, является бандажирование области вмешательства сразу после операции.

377. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПАНКРЕАТИТОМ

*Власов А.П., Катков С.В., Шейранов Н.С.,
Власов П.А., Муратова Т.А., Морозова М.М.*

Саранск

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П. Огарева"

Цель работы. Повысить эффективность лечения больных острым холецистопанкреатитом за счет применения малотравматичных хирургических технологий и антиоксидантной/антигипоксикантной терапии.

Материалы и методы. В первой группе (n=26) холецистэктомия производилась лапаротомным оперативным доступом, во второй группе (n=22) – лапароскопически. В основной группе лекарственная терапия включала раствор ремаксола (ежедневно в течение 6 суток внутривенно капельно 400,0, в ряде случаев – по 800,0). Подбор пациентов в группы осуществлялся по возрасту, полу, характеру патологий, рутинным лабораторным показателям. При клинико-лабораторной оценке больных выявила при поступлении в клинику значительных различий в исследованных группах не выявлено. Наблюдение и обследование больных проводилось при поступлении и в динамике послеоперационного периода. Выполняли общеклинические лабораторно-инструментальные и специальные исследования, в частности оценивали изменения липидного метаболизма, эндотоксикацию.

Результаты. Выявлено, что у больных обеих групп при поступлении диагноз был верифицирован по клиническим данным, результатам лабораторных и инструментальных исследований. Регистрировались существенные расстройства гомеостаза, выраженность которых была определена продолжительностью болезни и выраженностью воспали-



тельно-деструктивных явлений в желчном пузыре и поджелудочной железе. Подтверждением расстройств гомеостаза явилась эндоинтоксикация. Важнейшим проявлением нарушения гомеостатической функции явились изменения липидного метаболизма, что зарегистрировано по существенным модификациям липидного состава крови, повышением интенсивности перекисного окисления мембранных липидов, повышением активности фосфолипазы А2. Клинико-лабораторно установлено, что после холецистэктомии обычным лапаротомным доступом в первые сутки после операции изменения гомеостатических показателей нарастают. В плазме крови установлено достоверное повышение уровня продуктов токсической природы. Хирургическая травма определяла и значительные изменения липидного состава, большую активизацию липопероксидации и повышение фосфолипазной активности. В ряде случаев (n=3) диагностировано прогрессирование острого панкреатита с развитием панкреонекроза. При малотравматичных вмешательствах и использовании ремаксоло результаты лечения больных острым холецистопанкреатитом были заметно лучше. Важнейшим составляющим их преимуществами были определены их минимальной травматичностью, и, как следствие, в раннем послеоперационном периоде сравнительно низкими расстройствами гомеостаза. Одним из значимых положительных эффектов были меньшие явления оксидативного стресса и гипоксии.

Выводы. Малотравматичные вмешательства (меньшая хирургическая травма) и применение антиоксиданта/антигипоксанта ремаксоло обуславливают существенно меньшие гомеостатические расстройства в раннем послеоперационном периоде, что является одним из значимых компонентов в предупреждении прогрессирования острого панкреатита при сочетанном деструктивном холецистите.

378. ЭНТЕРОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Муратова Т.А., Власов А.П., Катков С.В., Власова Т.И., Морозова М.М., Алькубайси Ш.С.

Саранск

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П. Огарева"

Цель работы. В эксперименте и клинике изучить эффекты антиоксиданта/антигипоксанта ремаксоло и антикоагулянта фраксипарина в коррекции энтерального дистресс-синдрома при тяжелом

панкреатите.

Материал и методы. Проведены эксперименты и клиничко-лабораторные исследования. Исследования поставлены на собаках (n=26), которым воспроизводили по способу В.М. Буянова с соавт. деструктивный панкреатит. Вводили желчь в ткани поджелудочной железы в 8 зонах. В этапы периода наблюдения (1, 2, 3, 5-е сутки) оценивали патоморфологическую картину органа-поражения, производили тест-оценку ряда показателей функционального состояния тонкой кишки и метаболического состояния ее тканевых структур. В контрольной группе такого рода исследования поставлены при консервативной терапии, в опытной – на фоне включения в терапию антиоксиданта/антигипоксанта ремаксоло (внутривенные и интестинальные (через ороинтестинальный зонд) введения) и фраксипарина. У больных тяжелым панкреатитом (n=18) в стандартизированную терапию включали внутривенные и интестинальные (через зонд) введения апробированного препарата (внутривенно ежедневно до 800,0 мл, энтерально – до 400,0 мл) и антикоагулянт фраксипарин. Результаты. Установлено, что при моделированной патологии у животных возникает энтеральный дистресс-синдром, в патогенезе которого лежали выраженные изменения метаболизма тканей на фоне ухудшения микроциркуляции, в частности транскапиллярного обмена, что приводило к угнетению трофики тканей и их диффузионной способности для кислорода (коэффициент диффузии кислорода достоверно падал более чем в 2,4 раза). В тканях органа активизировались процессы липопероксидации, изменялись показатели коагуляционно-литического состояния (зарегистрированы повышенная коагуляционная способность, угнетение фибринолитической активности). Использование в терапии апробированных препаратов приводило к положительному энтеропротекторному эффекту, в основе которого лежало патогенетическое действие в коррекции локального гомеостаза в тканевых структурах кишечной стенки. Отмечено улучшение коагуляционно-литического состояния тканей органа. Указанное обуславливало снижение титра токсических продуктов в крови, оттекающей от кишечника, что было ярким проявлением уменьшения энтеральной недостаточности. Использование комбинированной терапии у больных тяжелым панкреатитом также приводило к заметному эффекту в коррекции энтерального дистресс-синдрома, одним из важных клинических проявлений явилось восстановление моторной функции кишечника, что было диагностировано и при использовании УЗИ-исследований. Таким образом, комбинированная терапия на основе мембранопротектора и антикоагулянта является патогенетически обоснованной в кор-



рекции (предупреждении дальнейшего развития и прогрессирования) энтерального дистресс-синдрома при тяжелом панкреатите.

379. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Бадасян А.Н., Олифинова О.С.

Благовещенск

ФГОУ ВО Амурская ГМА

В настоящее время, несмотря на достижения современной медицины, спаечная болезнь и ее осложнения в виде ОСКН остаются актуальной проблемой в хирургии. Целью исследования явилось изучения эффективности совместного использования в послеоперационном периоде после лапаротомии у пациентов предрасположенных к спайкообразованию отечественного препарата мексидола, при внутривенном применении и антиадгезивной мембраны колГАРА, установленной непосредственно после операции между лапаротомной раной и висцеральной брюшиной. Задачей данного этапа исследования явилось провести сравнительную оценку антиадгезивной эффективности при совместном использовании мексидола и колГАРА в профилактике спайкообразования у больных в послеоперационном периоде. Материалы и методы В хирургических отделениях ГАУЗ АО и ГАУЗ АО АОКБ г. Благовещенска проведено обследование и лечение 60 пациентов по поводу послеоперационных вентральных грыж предрасположенных к спайкообразованию (2010-2016 гг.). Проведен анализ результатов лечения между пациентами 1-й группы (n = 20), получавших в послеоперационном периоде 5% мексидол 10 мг/кг, контрольной 2-й группой (n = 20) и 3-й группой пациентов, которым проводилось в/в введение в послеоперационном периоде 5% мексидол 10 мг/кг и было установлена антиадгезивная мембрана колГАРА. Всем пациентам проводилось герниопластика послеоперационных, вентральных грыж. У больных во всех группах, в брюшной полости при герниолапаротомии отмечались внутрибрюшинные спаечные сращения. Сетчатые эндопротезы, примененные по показаниям, устанавливались в положении onlay, что исключал непосредственный контакт органов брюшной полости с эндопротезом. Мексидол был применен в 1-й группе пациентов (n = 20) в послеоперационном периоде, внутривенно 10 мг/кг в течение 7

дней. Больным 2-й группы (контрольной) проводилось общепринятое лечение, предусматривающее применение анальгетиков. В 3-й группе пациентов во время операции устанавливалась антиадгезивная пленка колГАРА и в послеоперационном периоде в/в вводилась мексидол в дозировке 10 мг/кг в течение 7 дней. Для оценки спайкообразования в брюшной полости в раннем послеоперационном периоде были использованы метод определения оксипролина в суточной моче, УЗИ с оценкой подвижности петель тонкой кишки относительно париетальной брюшины только в 1-й и 2-й группах (в 3-й группе не проводилась в связи с установлением пленки колГАРА и возможными в следствие этого погрешностями) и оценка качества жизни в послеоперационном периоде с помощью опросника SF 36. При изучении показателей экскреции оксипролина в моче у больных между 2-й группой и больными 1-й и 3-й групп получена статистически достоверная разница в динамике их изменения. В послеоперационном периоде во всех исследуемых группах пациентов отмечалось повышение уровня белкосвязанного (БСО) и свободного оксипролина (СО) в динамике, по сравнению с показателями дооперационного периода, однако в контрольной группе пациентов уровень БСО и СО достоверно превышали ($p < 0,000001$) аналогичные показатели 1-й и 3-й групп. Данное явление отражает активность протекающих в организме коллагенопластических процессов, и свидетельствуют об избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у больных контрольной группы. Ультразвуковое картирование брюшной полости проводилась 13 пациентам основной группы, и 13 пациентам контрольной группы на 7 сутки после операции, исключая пациентов которым были имплантированы сетчатые протезы. В контрольной группе у 4-х пациентов дистанция между датчиком и полым органом составила более 10 мм, что косвенно указывало на отсутствие висцеро-париетальных сращений. У остальных 9 пациентов, ограничение подвижности петель кишечника составляло от 3,2 до 9 мм, расцениваемое нами как положительный ультразвуковой признак подвижных висцеро-париетальных спаек. В основной группе только у 5-х пациентов ограничение подвижности петель кишечника колебалось от 7,3 до 9,6 мм, указывающее на наличие подвижных висцеро-париетальных спаек, в остальных случаях данная дистанция превышало 10 мм. Полученные данные УЗИ свидетельствовали о избыточном спайкообразовании в послеоперационном периоде у контрольной группы пациентов. При оценке данных опросника SF 36 в послеоперационном периоде у пациентов 1-й и 3-й группы происходило значительное улучшения физического состояния и психологического



компонента здоровья через 3 и 9 месяцев после операции по сравнению с пациентами 2-й группы.

380. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ 2/3 ЖЕЛУДКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПО БИЛЬРОТ-2 У ПАЦИЕНТА С СУБКОМПЕНСИРОВАННЫМ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПОСТЪЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

*Старков Ю.Г., Джантуханова С.В., Лукич К.В.,
Замолодчиков Р.Д.*

Москва

ФГБУ Институт Хирургии им. А.В. Вишневского

Введение: в настоящее время лапароскопические резекции желудка по поводу язвенной болезни являются редкими операциями и выполняются в немногих клиниках Российской Федерации. Малое число вмешательств обусловлено, прежде всего, успехами фармакотерапии в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако прогрессирование такого осложнения как пилородуоденальный стеноз на фоне длительного течения язвенной болезни в ряде случаев требует выполнения резекционного вмешательства. Цель исследования: продемонстрировать возможности лапароскопической хирургии в оперативном лечении пациентов с субкомпенсированным стенозом выходного отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

Исследование: мужчина, 36 лет, в течение 15 лет страдал язвенной болезнью желудка. В 2016 году пациента стали беспокоить чувство быстрого насыщения и приступы рвоты. По результатам обследования, включающего ЭГДС, рентгеноскопия желудка с контрастированием у пациента выявлен субкомпенсированный рубцовый стеноз привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки. По данным суточной рН-метрии у пациента зарегистрированы гиперацидные значения рН отделяемого из желудка. Учитывая протяженность стеноза принято решение выполнить лапароскопическую дистальную резекцию 2/3 желудка с формированием гастроэнтероанастомоза по Бильрот-2. Результат: все этапы вмешательства выполнены из лапароскопического доступа. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан через 7 суток после операции. По данным контрольного рентгеноскопического исследования желудка с контрастированием, выполненного через 3 месяца после операции, отмечается адекватная эвакуация содержимого из культи желудка в отводящую

петлю. Клинических признаков пострезекционных синдромов у пациента не отмечено.

Заключение: таким образом, лапароскопическая дистальная резекция 2/3 желудка с формированием гастроэнтероанастомоза по Бильрот-2 у пациента с рубцовым стенозом выходного отдела желудка позволила достичь хорошего функционального результата при отсутствии ранних и отсроченных осложнений.

381. СВИЩЕВЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСТЕОМИЕЛИТЫ ПОЗВОНОЧНИКА. СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ.

Гончаров М.Ю., Сакович В.П., Левчик Е.Ю.

Екатеринбург.

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Введение. В последние годы в хирургической практике все чаще встречаются пациенты со свищами в проекции послеоперационных рубцов на позвоночнике. В большинстве случаев все эти пациенты ранее были прооперированы с использованием различных стабилизирующих конструкций вследствие травм и заболеваний позвоночника. Одним из осложнений подобных вмешательств является инфекционно-воспалительное поражение имплантата и окружающих тканей.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2015 гг., на лечение находились 30 пациентов с различными формами хронических свищевых остеомиелитов позвоночника. У большинства пациентов было перипротезное параспинальное воспаление в поясничном и грудном отделах позвоночника. В клинической картине заболевания преобладали: постоянный болевой вертеброгенный синдром, эпизодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, наличие свищевого хода с гнойным и/или серозным отделяемым в проекции послеоперационного рубца. Средние сроки появления поздних свищевых осложнений - $93 \pm 6,9$ суток. Средние сроки попыток амбулаторного хирургического лечения с момента обращения - $137 \pm 9,6$ суток.

Результаты. Наибольшее количество поздних раневых осложнений возникает после транспедикулярной фиксации на поясничном отделе позвоночника, особенно у иммуносупрессированных пациентов. В виду давности воспалительного процесса и наличия контактной (винтовой) остеодеструкции, для санации очага и полного заживления раны, во всех случаях необходимо было демонти-



ровать конструкцию. Оперативные вмешательства сопровождались частичным или полным удалением транспедикулярных систем, иссечением свища, парциальной резекцией воспаленной окружающей костной ткани, установкой промывной дренирующей системы в параспинальное пространство. Пациенты выписывались на 12-14-е сутки полным заживлением послеоперационной раны. У всех больных при контрольном осмотре через 3, 6 и 12 месяцев – рецидива свищевого хода нет. Выводы 1. Одним из наиболее поздних и сложных видов раневых воспалительных осложнений стабилизирующих операцией на позвоночнике является перипротезная, параспинальная или вертебральная инфекция. 2. В виду длительности течения воспалительного процесса и его распространенности, сохранение имплантата в большинстве случаев невозможно. 3. Активная хирургическая санация гнойника с удалением металлоконструкции, парциальной остеонекрэктомией и длительной санацией, в большинстве случаев сопровождается полным заживлением раны.

382. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ «FAST TRACK SURGERY» В ХИРУРГИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Шнитко С.Н.

Минск

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет» Лечение огнестрельных ранений груди остается актуальной проблемой из-за большого удельного веса этой патологии среди травм военного времени (7-15%). В мирное время травмы груди, по данным Е.А.Вагнера, составляют 8-10 % от всех механических повреждений. При этом частота осложнений колеблется от 13 до 21 %, а летальность достигает 10 %. В основе программы «Fast Track Surgery» (FTS), в том числе и военно-полевой хирургии лежат: снижение стрессорных реакций организма на повреждения, минимизация хирургической операционной травмы и уменьшение риска послеоперационных осложнений (Брюсов П.Г., 2016). Приводим наш 30-летний опыт диагностики и лечения 106 пострадавших от огнестрельного оружия в мирное время. У 77 (72,6 %) пострадавших имелись пулевые ранения, у 29 (27,4 %) – осколочные. У большинства пострадавших 55 человек (51,9 %) преобладала правосторонняя локализация повреждений, реже – у 46 (43,4 %) – левосторонняя. Ранения обеих половин грудной клетки выявлены у 5 пострадавших (4,7 %) случаев. Сквозные ранения диагностированы у

56 (52,8 %), проникающие ранения с повреждениями органов грудной полости – у 87 (82,1 %). Совместно разработанная с кафедрой торакальной (госпитальной) хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Российская Федерация) принципиальная схема лечения раненых в грудь (с применением FTS) включала: устранение боли; согревание пострадавшего; раннее и полноценное дренирование плевральной полости; преимущественное использование миниинвазивных методов оперативного вмешательства; герметизацию и стабилизацию грудной стенки; мероприятия, направленные на скорейшее расправление легкого; устранение бронхиальной обструкции и поддержание проходимости дыхательных путей; поддержание адекватного объема инфузии и предупреждение интраоперационной гиповалемии; проведение стандартной антимикробной профилактики, а также раннее начало перорального питания и мобилизации пострадавшего. Хирургическая обработка ран осуществлена у 11 (10,4%) пострадавших. Торакотомия в разные сроки после ранения выполнена у 12 (11,3 %) пострадавших с огнестрельными ранениями груди. В зависимости от сроков повреждения и возникших осложнений, следует различать 3 вида торакотомий (неотложную, срочную и отсроченную). У 10 (9,4 %) раненых с огнестрельными ранениями груди осуществлены видеоторакоскопические операции. В послеоперационном периоде у 5 (4,7 %) раненых развилась эмпиема плевры, у 9 (8,5 %) – пневмония, у 10 (9,4 %) – нагноение раны. Умерли 3 пострадавших (2,8 %): 2 – с ранением сердца, 1 – с повреждением легкого, пищевода и других внутренних органов. Вывод. Успех лечения пострадавших с огнестрельными ранениями груди связан с применением программы «Fast Track Surgery», решающее значение в которой принадлежит выполнению видеоторакоскопических операций. В выполнении торакотомии нуждаются около 11% пострадавших с огнестрельными ранениями органов грудной клетки.



383. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЗИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Шекилиев В.А., Абдулаев М.А., Топузов Э.Э.,
Авдеев А.М., Абдуллаев З.Т.

Санкт - Петербург

1) СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2) Александровская больница Шекилиев В.А.(2), Абдулаев М.А.(2), Топузов Э.Э.(1), Авдеев А.М.(2), Абдуллаев З.Т.(2).

Цель исследования: определить значение лучевых методов исследования в диагностике перфорации опухоли ободочной кишки. Материал и методы. 1217 больных с осложненным раком ободочной кишки экстренно госпитализированы в многопрофильную Александровскую больницу за 15 лет. Из них у 173 (14,2%) больных обнаружена перфорация рака ободочной кишки. Всем поступившим больным при подозрении на перфорацию опухоли выполнены рентгенография брюшной полости, УЗИ брюшной полости, и по показаниям, лапароскопическая диагностика. Все они были оперированы.

Результаты. Средний возраст больных 55±1 год. При обзорной рентгенографии брюшной полости свободный газ в брюшной полости выявлен у 106 (61%) больных. При ультразвуковом исследовании больных с клиникой перитонита жидкость в брюшной полости выявлена у 97 (56%) больных из 173 больных. Диагноз распространенного перитонита подтвержден на операции у 108 (62%) больных из 173 оперированных пациентов. Наряду с другими признаками перитонита, симптомом перфорации кишки является обнаружение кишечного содержимого в свободной брюшной полости. Отмечено, что в ряде наблюдений, даже при явно кишечном содержимом в брюшной полости, перфоративное отверстие было настолько малым, прикрытым другими органами, что найти его ни во время операции, ни даже во время вскрытия не представлялось возможным. Здесь имела место микроперфорация опухоли.

Заключение. Таким образом, мы считаем, что ультразвуковая диагностика существенно расширяет возможности диагностики перфорации рака ободочной кишки и ее следует применять наряду с обзорной рентгенографией брюшной полости. Диагностическая ценность УЗИ исследования составила 56%.

384. ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПО NYHUS. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

Ершов К.Г.(1,2), Тетерин Г.В.(2), Гриценко О.А.(2)

Новосибирск

1—ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России,
2—ГБУЗ НСО «Государственная клиническая больница № 11»

Новосибирская городская клиническая больница № 11 обладает на настоящее время опытом хирургического лечения 7540 пациентов с паховыми и бедренными грыжами по методике Nyhus. Методика: Метод предполагает поперечный предбрюшинный доступ в паховой области, выделение грыжевого мешка со стороны внутреннего отверстия пахового или бедренного канала, пластику задней стенки пахового канала (закрытие бедренного промежутка при бедренной грыже) с использованием связки Купера (надкостница лонной кости), подвздошно-лонного тяжа и поперечной фасции. При рецидивных грыжах, слабости соединительно-тканых структур используется полипропиленовый сетчатый протез. При косых паховых грыжах семенной канатик смещается медиально через окошко в протезе. При прямых паховых и бедренных грыжах канатик смещается латерально, дефект пахового и бедренного промежутка полностью закрывается протезом. Методика является видом пластики задней стенки пахового канала. Сетчатый протез используется нами с 1995 года. Актуальные вопросы: В последние годы при паховых грыжах широко используем пластику по Лихтенштейну. Возникают 3 основных вопроса. 1.Какую пластику применять при рецидивных грыжах после пластики наружными способами? 2.Какая пластика более эффективна и патогенетически обоснована при бедренных грыжах? 3.Какая методика наиболее эффективна при ущемленных паховых и бедренных грыжах? Материалы: Пластика по Nyhus выполнена нами при ущемленных паховых грыжах в 650 случаях, рецидивных паховых в 150 наблюдениях, свободных и ущемленных бедренных в 195. В 45 случаях выполнена резекция тонкой кишки, в 23—ободочной. Рецидивов не наблюдали. Метод позволяет перевести предбрюшинный доступ в герниолапаротомию, выполнить резекцию кишки, минимально травматичен в отношении семенного канатика. Выводы: при рецидивных паховых грыжах, свободных бедренных, ущемленных паховых и бедренных предпочтительнее пластика по Nyhus.



385. ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ОПУХОЛЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Семин Д.Ю., Севрюков Ф.Е., Пимонова И.С.,
Медведев В.С., Исаев П.А., Польшкин В.В.,
Дербуггов Д.Н., Васильков С.В.*

Обнинск

МРНЦ им. А.Ф. Цыба,
филиал НМИРЦ Минздрава РФ

Актуальность. Высокодифференцированные опухоли щитовидной железы встречаются преимущественно среди людей молодого трудоспособного возраста. Проведение малоинвазивных хирургических вмешательств у данной группы пациентов позволяет сократить время послеоперационной реабилитации и ускорить социальную адаптацию больных. **Материал и методы.** С октября 2015 года по январь 2017 года в клинике МРНЦ 108 пациентам были выполнены видеоассистированные операции на щитовидной железе с превентивной селективной шейной диссекцией VI уровня. Тиреоидэктомия произведена 77 больным (71%), гемитиреоидэктомия – 31 пациенту (29%). Критериями отбора для проведения малоинвазивного хирургического вмешательства служили: размер опухоли щитовидной железы ≤ 3.5 см, объем щитовидной железы ≤ 30 мл, наличие высокодифференцированной опухоли щитовидной железы с низким потенциалом злокачественности по данным пункционной биопсии, отсутствие метастазов в шейных лимфатических узлах по результатам предоперационной эхографии. Среди больных было 89 женщин (82%) и 19 мужчин (18%), из них 64 пациента (59%) младше 45 лет и 44 (41%) – старше 45 лет. Для проведения видеоассистированной операции производился разрез кожи длиной 2.0 см на передней поверхности шеи на 2.0 см выше яремной вырезки грудины. Визуализация с одновременной трансляцией на монитор осуществлялась с помощью оптической системы VITOM. Последовательно выполнялась мобилизация латеральной поверхности доли щитовидной железы, лигировались верхние и нижние щитовидные сосуды с помощью гармонического скальпеля. Визуализировались и сохранялись возвратные гортанные нервы на всем протяжении до входа в гортань и околощитовидные железы. Производилась мобилизация и удаление лимфатических узлов VI шейной группы. Установки аспирационного дренажа в послеоперационную рану не требовалось. **Результаты.** Средняя продолжительность видеоассистированных операций составила 92 ± 32

мин. При плановом гистологическом исследовании операционного материала папиллярный рак был выявлен у 81 пациента (75%), фолликулярный рак – у 4 больных (3.7%), фолликулярная аденома – у 23 пациентов (21.3%). Метастазы в лимфоузлы VI шейной группы диагностированы у 10 больных (9.3%). Признаки минимальной инвазии опухоли за пределы капсулы щитовидной железы (pT3) – у 13 пациентов (12%), мультицентрический рост опухоли (pTm) – у 12 больных (11.1%). У 2 пациентов (1.8%) послеоперационный период осложнился односторонним транзиторным парезом гортани и у 5 больных (4.6%) диагностирован транзиторный гипопаратиреоз. Средняя продолжительность госпитализации составила 1.7 ± 0.8 койко-дня. **Выводы.** Видеоассистированные операции при лечении высокодифференцированного рака щитовидной железы характеризуются высокой безопасностью за счет хорошей интраоперационной визуализации, позволяют сократить время стационарного лечения пациентов и способствует раннему восстановлению их социальной и трудовой активности.

386. ВЛИЯНИЕ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кривощекоев Е.П., Казанцев А.В.

Самара

ФГБОУ ВО “Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ”, ГУЗ “Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина”

Проблема лечения варикозной болезни нижних конечностей до настоящего времени далека от разрешения и чрезвычайно актуальна в связи с большим распространением этого заболевания. Одним из хирургических методов лечения больных варикозной болезнью на сегодняшний день является эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО). Консервативная терапия, с применением флеботропных препаратов является основой в лечении варикозной болезни, однако необходимо определить ее роль в комплексной терапии данной патологии.

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей с учетом проводимой флеботропной терапии.

Материал и методы: В Самарской областной кли-



нической больнице им. В.Д. Середавина с 2014 г. по 2016 г. эндовенозная лазерная облитерация выполнена у 115 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. По международной классификации CEAP больные распределились: С2 42(36,5%) больных, С3 – 51(44,3%) больной, С4 – 22(19,2%) больных. Мужчин было 23, женщин – 92. Средний возраст составил – 43,6±4,54 года. Длительность заболевания варьировала от 3 до 20 лет. Средний диаметр БПВ на бедре составил 8,3±4,27 см. Больные ретроспективно были разделены на 3 группы – I группа (52 больных), которые получали флеботропную терапию за 3-8 недель до и в течение 8 недель после оперативного вмешательства, II группа (46 больных), которые получали флеботропную терапию только после оперативного лечения в течение 8 недель, III группа (17 человек), которые не принимали флеботропный препарат в до- и послеоперационном периоде несмотря на рекомендации врача. Флеботропную терапию проводили отечественным препаратом Венарус (который содержит диосмин 450 мг и гесперидин 50 мг) по 1 табл. 2 раза в день. Для ЭВЛО использовали диодный лазер «Лами-Гелиос», длина волны 1060 нм, мощность – 25 ватт. Перед процедурой ЭВЛО проводили премедикацию, далее типично у медиальной лодыжки выполняли доступ к БПВ под местным обезболиванием, в БПВ вводили ангиографический катетер толщиной 5F, катетер устанавливали под контролем УЗИ на 2-3 см ниже устья БПВ, если диаметр БПВ был 1,7-2 см, то выполняли кроссэктомия, под контролем ЦДК проводили инфильтрационную анестезию вдоль всей БПВ. ЭВЛО проводили по 10-20 сек на 1 позицию в зависимости от толщины вены, тракция световода 0,5-2 см (в зависимости от толщины вены) критерием адекватности облитерации БПВ были ЦДК признаки окклюзии вены, коллатерали обрабатывали из отдельных проколов. В послеоперационном периоде назначали эластическую компрессию конечности компрессионным противоварикозным трикотажем фирмы Venotex, который создает высокое рабочее давление, обладает выраженным противоотечным эффектом и повышенной прочностью. Эффективность комплексного лечения с применением флеботропной терапии проводилась на основе динамики клинических проявлений с использованием шкалы тяжести заболеваний вен VCSS.

Результаты: Технический успех операции был достигнут во всех случаях, что подтверждалось данными ЦДК. Интраоперационных осложнений не было. Признаки окклюзии БПВ на всем протяжении выявлены у 111(96,5%) больных, признаки частичной реканализации БПВ выявлены у 4(3,5%) больных. По оценке суммы баллов по шкале VCSS отмечено ее снижение через три недели после

операции в I группе больных с 5,01 до 2,64 балла, во II группе с 4,95 до 2,98 балла, в III группе с 4,98 до 3,16 баллов.

Выводы: Эндовенозная лазерная облитерация у больных с варикозной болезнью нижних конечностей является высокоэффективным, малотравматичным методом лечения. Флеботропная терапия препаратом Венарус показана больным в до- и послеоперационном периоде, поскольку снижает выраженность послеоперационных клинических проявлений (болевого синдрома, отека, чувства тяжести), способствует быстрому восстановлению двигательной активности и последующей реабилитации.

387. РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИИ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Коротких А.В.(1,2), Некрасов Д.А. (1)

Тюмень

1) ГБУЗ ТО Областная клиническая больница №22) ДВГМУ г. Хабаровска

Введение: представлен опыт выполнения радиочастотной абляции (РЧА) большой подкожной вены (БПВ) пациентам с варикозной болезнью Отделения сосудистой хирургии и кардиологии (ОС-ХиК) ОКБ №2 г. Тюмени.

Цель: оценить эффективность применения РЧА в сравнении с ФЭ при поражении большой подкожной вены (БПВ).

Материалы и методы: С 27 января по 23 декабря 2016 года в ОСХиК ОКБ №2 г. Тюмени выполнено 235 операций 228 пациентам по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей. РЧА БПВ проведена 43 (18,3%). Из 192 ФЭ, 26 (13,5%) составили мини ФЭ, т.е. без удаления ствола БПВ. Средний возраст пациентов группы РЧА 45,8±13,4 года, группы ФЭ БПВ – 48,7±12,3 года. Распределение по полу: в группе наблюдения мужчин 14 (32,6,6%), в группе контроля – 40 (21,1%), P-VALUE – 0,327. По классификации хронической венозной недостаточности (ХВН) по В.С. Савельеву у 100% оперируемых группы РЧА выявлена 2 степень, в группе контроля – 4,2% ХВН 3, 95,8% ХВН 2. По классификации CEAP: в группе РЧА С2 – 81,4%, С3 – 18,6%; в группе ФЭ БПВ С2 – 80,7%, С3 – 13,3%, С4 – 4,2%, С5 – 1,8%. Всем пациентам РЧА выполнена аппаратом EVRF F Care Systems. Диаметр БПВ варьировал от 8 до 20 мм. Под УЗДГ контролем пунктировали БПВ в с/3 или в/3 голени, заводили абляционный катетер и выставляли на 5 мм дис-



тальнее сафено-фemorального соустья, далее выполняли туминисцентную анестезию (раствором Кляйна). Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде и через 1 месяц после РЧА БПВ выполнялась контрольная УЗДГ. В работе оценили наличие поражений на контрлатеральной нижней конечности, продолжительность операций, наличие периоперационных осложнений, оценка боли в раннем послеоперационном периоде по ВАШ, проходимость вены после абляции. Результаты и обсуждение: В группе наблюдения поражения на контрлатеральной нижней конечности соответствовали С1 у 13,9%, С2 у 37,2%. Три пациента (7,0%) ранее оперированы в объеме классической ФЭ БПВ в нашем отделении на контрлатеральной ноге. По первоначальным характеристикам группы достоверно не отличались. Средняя продолжительность операции в группе ФЭ БПВ – $58,7 \pm 20,0$ мин., в группе РЧА БПВ – $47,9 \pm 11,6$ мин., P-VALUE – 0,001, т.е. процедура РЧА достоверно выполняется быстрее. Группы достоверно отличаются по виду наркоза, все ФЭ БПВ выполнялись под спинномозговой анестезией (СМА), РЧА БПВ лишь в 2-х случаях потребовала применение СМА, что связано с необходимостью удаления большого количества варикознотрансформированных притоков. В группе наблюдения в периоперационном периоде не отмечалось ни одного осложнения. Все пациенты активизировались уже в день операции и выписались из отделения на 1-2 сутки после операции. Средние баллы по ВАШ в раннем послеоперационном периоде в группе наблюдения 1,8, в группе контроля – 3,8, P-VALUE – 0,001. При УЗДГ контроле через месяц восстановления кровотока по вене после абляции не отмечалось ни у одного пациента. Выводы: РЧА БПВ – эффективная методика при поражении БПВ, которая достоверно выполняется быстрее классической ФЭ, в большинстве случаев требует лишь местной анестезии. К положительным моментам относится ранняя активизация пациентов, достоверно менее выраженные болевой синдром в раннем послеоперационном периоде и отсутствие необходимости длительного нахождения в стационаре. Отсутствие периоперационных осложнений и хороший операционный эффект дает возможности более широкого и частого применения методики в рамках нашего отделения.

388. ХИРУРГИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ КОЛОГЕННОГО ЗАПОРА У ВЗРОСЛЫХ

Карпухин О.Ю.

Казань

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Татарстана

Актуальность. Хронический запор (ХЗ) до сих пор окружён множеством устаревших представлений и табу, которые не всегда предусматривают комплексное исследование пациентов с диагнозом хронического запора, а также препятствуют внедрению радикальных методов лечения, небезопасных для пациентов. Алгоритм диагностики и лечебной тактики при данной патологии остается сегодня до конца неразрешенной проблемой в связи с отсутствием единого подхода. Цель работы: анализ диагностического алгоритма и лечебной тактики при резистентных формах хронического колоректального запора. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 620 больных с ХЗ неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении за период 1999-2016 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ - клинической базе кафедры хирургии №1 КГМУ.

Результаты исследования. Диагностический алгоритм включал в себя догоспитальный и госпитальный этапы. На первом этапе в группе риска по онкологии проводили стандартный набор исследований. На втором этапе при исключении онкологии устанавливали степень тяжести запора по Wexner(y), а по результатам ирригоскопии - тип аномалии строения или расположения толстой кишки в брюшной полости, проводили консультации смежных специалистов, назначали комплексное лечение. В стационаре уточняли анатомо-функциональные особенности толстой кишки: проводили компьютерно-томографическую колонографию с построением 3-D модели толстой кишки, изучали пассаж рентгеноконтрастных маркеров по кишечнику, а также уровень эндотоксинемии с помощью геля-тромб теста, определяли ректоанальный ингибиторный рефлекс методом сонографии. С целью исключения генерализованного нарушения моторно-эвакуаторной функции, при котором развитие констипационного синдрома обусловлено задержкой времени орцекального транзита, проводили исследование пассажа радиофармпрепарата «Технефит», меченного Tc99m методом сцинтиграфии. Хирургическое вмешательство выполнено у 101 (16,3%)



больных. Показаниями к оперативному лечению ХЗ были: приступы толстокишечной непроходимости, заворот сигмовидной кишки при поступлении или в анамнезе; отсутствие эффекта от многократных курсов консервативной терапии с прогрессирующим нарастанием симптомов заболевания, хронической интоксикации. Объем оперативного вмешательства зависел от вида аномалии, локализации места задержки продвижения маркеров и изотопов, состояния прямой кишки. Выводы. Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что хирургия ХЗ при тщательном отборе пациентов и взвешенном подходе к выбору объема вмешательства демонстрирует достаточную эффективность.

389. УЗИ КАК КРИТЕРИЙ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Безруков О.Ф. (1)Хабаров О.Р. (2)

Аблаев Э.Э. (1), Зима Д.В. (1)

1) Симферополь, 2) Севастополь

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского"

Заболевания щитовидной железы чрезвычайно многообразны и вопрос о создании общепринятой единой классификации не решён до сих пор. С нашей точки зрения классификация должна не только отражать вышеперечисленные изменения в щитовидной железе, но и быть руководством к действию для практикующих эндокринологов и хирургов. Необходимо обратить внимание на выработку единых стандартов к подходу определения показаний к проведению оперативного вмешательства по поводу незлокачественного узлового поражения щитовидной железы. Разночтения получаемых данных при исследовании больных с заболеваниями щитовидной железы хирургами и эндокринологами зачастую способствует несвоевременному направлению больных на оперативное лечение. Это диктует необходимость поиска методики, имеющей решающее значение при выработке показаний к операции. Прежде всего, необходимо определиться с размерами зоба. Классификация ВОЗ не определяют форму зоба, т.е. диффузную, узловую или смешанную, а также функциональные изменения (эутиреоз, гипер- и гипотиреоз). Данная классификация удобна для массовых исследований (скрининг населения), однако малоприспособлена при оценке узлового зоба.

При разработке показаний к операции следует учитывать, что основным методом дооперационного обследования щитовидной железы, в настоящее время является УЗ- исследование, которое позволяет выделить ключевые вопросы классификации заболеваний щитовидной железы. Для практических врачей крайне важно выделение форм изменений в щитовидной железе: 1. Диффузное 2. Узловое 3. Смешанное. Так же данные УЗ-исследования позволяют оценить диффузные изменения в железе, выделив при этом 4 степени. Однако для разработки алгоритма лечения больного, особенно при узловом зобе, хирургу необходима классификация, исключающая субъективную оценку размеров щитовидной железы, что возможно применяя онкологическое деление по типу TNM. Позволяют нам это сделать данные УЗ- исследования щитовидной железы, в процессе которого возможно объективно оценить размеры узлов: 0 степень – щитовидная железа не увеличена, узлы не определяются; 1 степень – узлы до 1 см.; 2 степень – размер узлов до 3 см.; 3 степень – узлы более 3 см.; 4 степень – узлы более 5 см. Кроме того, данные УЗ-исследования, позволяют определить показания для ТАПБ узлового образования. В случае наличия, к примеру у пациента узлового образования 5 см в диаметре в правой доле щитовидной железы с ростом за последние 6 месяцев (т.е. + или -), без гормональных нарушений, диагноз будет звучать следующим образом: правосторонний эутиреоидный узловой зоб 4 степени (+), что для хирурга-эндокринолога будет являться сигналом для предложения пациенту оперативного лечения. Если указано, например, что узловое образование щитовидной железы, по предложенной нами классификации, 3 и 4 степени, - это будет являться безусловным показанием к проведению оперативного лечения. Предложенная нами рабочая классификация устраняет достаточно большие разногласия эндокринологов и хирургов-эндокринологов по интерпретации полученных объективных исследований. Выражения их в небольшом емком диагнозе можно объективно составить представление о показаниях к операции, даже не видя пациента.



390. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Градусов Е.Г., Жуков Ю.В., Буткевич А.Ц., Белоусов А.Б.

Балашиха

ФГКУ Поликлиника № 4

Актуальность проблемы. В структуре хирургических заболеваний сосудов варикозная болезнь нижних конечностей занимает первое место. Перспективным направлением в лечении данной патологии является проведение хирургических вмешательств с использованием современных методов в амбулаторных условиях.

Цель исследования. Анализ лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы. С 1990 по 2016 годы на базе дневного стационара многопрофильной поликлиники были оперированы 1266 больных с неосложненной варикозной болезнью нижних конечностей, выполнено 1550 операций. Возраст пациентов от 18 до 76 лет, мужчин было 402 (31,8%), женщин – 864 (68,2%). Основным диагностическим методом, по результатам, которого определяли объем и способ хирургического вмешательства, являлось ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов (УЗДС) нижних конечностей. Анализ результатов УЗДС показал, что вено-венозные рефлюксы имелись у всех больных, относительная несостоятельность клапанов глубоких вен нами отмечена в 20%, несостоятельность остиального клапана большой подкожной вены без другой патологии – в 2% случаев. При проведении операций используем комбинированные и сочетанные методы анестезии, осложнений не отмечено. В своей практике хирургического лечения варикозной болезни мы используем различные методики: 1. Кроссэктомия, удаление стволов (длинный или короткий стриппинг) и притоков подкожных вен, минифлебэктомия, надфасциальную перевязку перфорантных вен применяем при диаметре ствола удаляемой вены более 8 мм, притоков более 3 мм. Всего выполнено 513 (34,1%) операций. 2. Лазерную и химическую облитерацию подкожных вен используем при диаметре стволов менее 8 мм. Всего выполнено 341 (22,7%) операций, в качестве фибросклерозирующих препаратов используем 3% раствор фибровейна или 3% раствор этоксисклерола по методике «foam-form». У четырех больных (0,2%) выполнена эндоваскулярная лазерная коагуляция ствола большой подкожной

вены с помощью гибкого световода диодного лазера 3. Гемодинамическую коррекцию кровотока, применяем при анатомической полноценности створок венозных клапанов с использованием методик: экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен при их недостаточности, всего выполнено 113 операций (7,5%); экстравазальная коррекция остиального клапана большой подкожной вены, при наличии патологического рефлюкса по стволу до с/3 бедра лавсановой спиралью по А.Н. Веденскому; CHIVA – терапия; методика OCRAM; метод ASVAL. Всего выполнено 132 (8,8%) операций. 4. Комбинированное лечение, с использованием различных методик в их комбинации, выполнено 401 операция (26,7%). После операции применяем госпитальный трикотаж, при склерохирургии в сочетании с эластичными бинтами средней растяжимости. Для снятия болевого синдрома у больных используем нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики не применяем. После экстравазальной коррекции венозных клапанов назначаем антиагреганты.

Результаты. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 18 (1,3%) пациентов, из них: гнойно-воспалительные осложнения в 12 случаях, кровотечение – в 4, лимфорея – в одном, также в 1 случае на 21 сутки после операции отмечен тромбоз глубоких вен. Отдаленные результаты лечения оценивали с помощью УЗДС через 6 месяцев, 1 и 3 года. После комбинированной венэктомии рецидивов заболевания не отмечено, в 6% имелось продолженное течение заболевания в виде эктазии ствола малой подкожной вены, в 14% – несостоятельность перфорантных вен. В 80% случаев клапанная несостоятельность после операции экстравазальной коррекции была устранена, 20% неудовлетворительных результатов обусловлены анатомическими дефектами клапанов. После склерохирургического лечения в 5,3% случаев отмечена сегментарная реканализация ствола подкожной вены и притоковый варикоз в проекции перфоранта Додда в н/3 бедра. Выводы. Хирургическое лечение больных с неосложненной варикозной болезнью нижних конечностей при наличии условий и отсутствии противопоказаний должно проводиться в амбулаторных условиях, с использованием минимально инвазивных методов. Основным методом диагностики является УЗДС сосудов нижних конечностей, данные которого определяют объем и способ хирургического вмешательства.



391. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ПРИМЕРЕ 25-ЛЕТНЕГО ОПЫТА РАБОТЫ

Градусов Е.Г., Жуков Ю.В., Буткевич А.Ц.

Балашиха

ФГКУ Поликлиника № 4

В современных условиях амбулаторная хирургическая помощь на фоне реформирования стационарной является основным звеном при лечении больных с хирургической патологией, опираясь на новые организационные технологии, минимально инвазивные методы и достижения медицинской науки.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения больных в дневном стационаре многопрофильной поликлиники и определить преимущества амбулаторной хирургической помощи.

Материалы и методы. Проведен анализ работы хирургического отделения и дневного стационара многопрофильной городской поликлиники за 25 летний период. Всего было выполнено 18453 операции у 16330 больных, из них 8067 (49,4 %) мужчин и 8263 (50,6 %) женщин. У детей от 4 месяцев до 18 лет выполнено 1875 (11,5 %) операций, у больных пожилого и старческого возраста – 1832 (11,2 %), наибольшее количество операций 12623 (77,3 %) - выполнено у больных трудоспособного возраста. По структуре операции включали: общехирургические – 8126 (44,9%), травматологические – 1743 (9,5%), ортопедические – 289 (1,6 %), сосудистые – 1559 (8,5 %), проктологические – 255 (1,4 %), урологические – 464 (2,5 %) , онкологические – 5894 (32,2 %) . Следует отметить, что некоторые виды хирургических вмешательств, выполненных нами в амбулаторных условиях, традиционно характерны для стационара, всего было проведено 3528 подобных операций у 3095 больных. К таким операциям относятся: венэктомии с применением различных методик, клапанокорригирующие операции на глубоких и поверхностных венах при варикозной болезни; грыжесечения при грыжах брюшной стенки с использованием традиционных и ненапряжных методик; операции при приобретенных деформациях пальцев стопы, контрактура Дюпюитрена; операции при варикоцеле; геморроидэктомия; симультанные и сочетанные операции. Выполнение данных хирургических вмешательств в амбулаторных условиях возможно благодаря имеющейся в составе дневного стационара анестезиологической службы, наличия операционного блока с необходимым оборудова-

нием, квалифицированных специалистов и заинтересованности руководства поликлиники в расширении объемов и доступности хирургической помощи населению. Кроме хирургов, в операционной поликлиники проводят операции и другие специалисты – гинекологи, окулисты, оториноларингологи, стоматологи, то есть хирургическая помощь является многопрофильной и специализированной на базе одного лечебного учреждения. Перед операцией все пациенты проходили стандартное предоперационное обследование, консультировались узкими специалистами с учетом разработанного нами алгоритма. Также необходимо отметить, что при выполнении хирургического вмешательства в амбулаторных условиях все риски для больного должны быть максимально минимизированы, поэтому при выявлении у пациента сопутствующей патологии требующей круглосуточного наблюдения после операции являлось показанием для стационарного лечения. При выполнении анестезиологических пособий использовали комбинированные виды анестезии на самостоятельном дыхании и сочетанную анестезию. Осложнений во время анестезиологических пособий за анализируемый период не было. **Результаты.** Осложнения в раннем послеоперационном периоде после операций в амбулаторных условиях отмечены у 27 (0,9 %) больных: гнойно-воспалительные – 16 случаев, кровотечение из послеоперационной раны – 8, лимфорей из послеоперационной раны – 2. Все больные пролечены амбулаторно, госпитализация в стационар не потребовалась. Летальных исходов не было. Сроки временной нетрудоспособности после выполнения хирургического вмешательства в поликлиники на 3-5 дней меньше, стоимость лечения одного больного в амбулаторных условиях в 2,5-3 раза меньше чем в стационарных, при выполнении такой же операции. Удовлетворенность больных условиями и результатами хирургического лечения в дневном стационаре поликлиники составила 95%. **Выводы.** Амбулаторная хирургическая помощь на современном этапе является специализированной, позволяет повысить доступность и эффективность оказания медицинской помощи больным с хирургической патологией, при одновременном снижении экономических затрат на лечение и освобождении дорогостоящих стационарных коек для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.



392. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПОЛИКЛИНИКИ

Жуков Ю. В., Градусов Е. Г.

Балашиха

ФГКУ Поликлиника № 4

Цель исследования: оценить результаты и показать возможность лечения больных с множественными грыжами брюшной стенки в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 316 пациентов с неосложненными грыжами брюшной стенки в дневном стационаре многопрофильной поликлиники. Возраст больных колебался от 6 до 75 лет, мужчин было 249 (78,8%), женщин – 67 (21,2%). Длительность заболевания составила от 1 года до 20 лет. В структуре по локализации грыж преобладала паховая грыжа – 219 (69,3%) случаев, пупочная грыжа – 65 (20,6%), паховая + пупочная – 3 (0,9%), двухсторонняя паховая + пупочная – 1 (0,3%); паховая + бедренная – 1 (0,3%), грыжа белой линии живота – 15 (4,8%), послеоперационная – 12 (3,8%). По нашему мнению при наличии у пациента множественных грыж брюшной стенки, необходимо выполнять амбулаторные хирургические вмешательства по ликвидации грыж одномоментно. Всего в поликлинике было пролечено 25 (7,9%) пациентов с множественными грыжами брюшной стенки. Наиболее частой патологией являлась двухсторонняя паховая грыжа у 20 (80%) пациентов, сочетание паховой и пупочной грыжи выявлено у 3 (12%) пациентов, двухсторонней паховой и пупочной грыжи у 1 (4%), сочетание паховой грыжи с бедренной грыжей с противоположной стороны имело место 1 (4%) пациента. Перед операцией пациенты проходили стандартное предоперационное обследование, включающее ультразвуковое исследование органов брюшной полости и мягких тканей области, где имелось грыжевое выпячивание, фиброгастродуоденоскопию для исключения патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, консультировались врачами специалистами и анестезиологом. При выполнении анестезиологических пособий применяли комбинированные виды анестезии на самостоятельном дыхании и сочетанную анестезию. При проведении операций использовали ненапряжные способы пластики с применением сеток из синтетических материалов – полипропилена и политетрафторэтилена. После выполнения сочетанных операций в поликлинике при множественных грыжах течение послеопера-

ционного периода не утяжелялось, наркотические и антибактериальные препараты не назначались, для обезболивания применяли нестероидные противовоспалительные препараты.

Результаты: осложнений в раннем послеоперационном периоде после вмешательств по поводу множественных грыж брюшной стенки не отмечено. Отмечается увеличение сроков временной нетрудоспособности на 5-7 дней после сочетанных операций, но они значительно меньше, если проводить последовательно несколько грыжесечений. При оценке отдаленных результатов через 5 лет после хирургических вмешательствах по поводу множественных грыж брюшной стенки, рецидива грыж не выявлено.

Выводы: выполнение сочетанных операций при множественных грыжах брюшной стенки в дневном стационаре поликлиники возможно и эффективно. По нашему мнению ненапряжные методы пластики при операциях по поводу множественных грыжах брюшной стенки являются приоритетными при лечении больных в амбулаторных условиях. Выполнение одномоментно несколько грыжесечений избавляет больного от необходимости проведения повторных операций и анестезиологических пособий, а также связанных с ними стрессовых ситуаций. Отмечается положительный экономический эффект от лечения, который складывается из сокращения койко-дней, уменьшения сроков временной нетрудоспособности и отсутствия затрат на проведение повторных хирургических вмешательств.

393. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДОВ НЕВАСКУЛЯРНОЙ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Фокин И.А., С.Н. Кирик,

Железногорск. Красноярский край

ФГБУЗ Клиническая больницы № 51 ФМБА России, г. Железногорск

Цель работы - определить эффективность интервенционных методов в диагностике и лечении пациентов с синдромом механической желтухой различной этиологии.

Материалы и методы. Опыт работы основан на анализе 11 клинических случаев синдрома механической желтухи различной этиологии на базе онкохирургического отделения ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России города Железногорска с сентября 2015 по июнь 2016 года. В анализируемую группу



были включены больные с уровнем билирубина крови более 110 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Мы применяли метод чрескожного чреспеченочного наружно-внутреннего дренирования желчного «дерева» под ультразвуковым и рентгенологическим контролем с одномоментным эндоскопическим рассечением стриктуры дистальной части холедоха в период одной госпитализации. Скрининг и отбор пациентов осуществлялся на основании наличия желчной «гипертензии», доказанной при ультразвуковом исследовании, базовой величиной являлась дилатация холедоха от 1,2 см, с наличием расширения на уровне долевых протоков от 0,7 - 0,8 см. Все операции были выполнены под местной анестезией, в срочном или экстренном порядке. Пациенту перед вмешательством проводилась премедикация: 1) раствор атропина 0,1% - 1 мл; 2) раствор трамадола 5% - 2 мл; 3) антибиотикопрофилактика (кламасар 1,2 грамма внутривенно струйно однократно за 30 минут до операции). В большинстве случаев применялись наборы для чрескожного доступа Neff с рентгеноконтрастным кольцом и гидрофильным покрытием AQ, размерами от 8 Fr до 10 Fr. Антеградное дренирование желчного «дерева» проводили под ультразвуковым и рентгенологическим контролем, совместно с врачами эндоскопического отделения. Доступ (в основном) осуществляли, через правую долю в зону «конфлюенца», под ультразвуковым контролем и с максимально короткой траекторией. Прохождение зоны стриктуры, работа с манипуляционными катетерами и гидрофильными проводниками осуществлялась под электрооптическим преобразователем (ЭОП) фирмы Siemens. Всем пациентам после операции на следующие сутки выполнялось УЗИ на предмет желчной гипертензии и фистулоскопия с водорастворимым контрастом. Фиброгастродуоденоскопия проводилась для определения качества стояния дренажной системы в зоне большого дуоденального сосочка. Рассечение зоны стриктуры дистальной части холедоха или зоны большого дуоденального сосочка проводили в ранний послеоперационный период, с медианой 4-5 суток, с момента установки дренажа и в момент нормализации биохимических показателей, а именно билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, гаммаглутамил транспептидазы в крови.

Результаты и обсуждение. Число больных механической желтухой (МЖ) различной этиологии не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к небольшому росту [2,3]. Эти пациенты относятся к довольно сложной категории, что связано как с трудностями диагностики, так и лечения. Скрытое течение, тяжелое состояние пациентов, сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания – вот основные факторы, поддержи-

вающие стабильно высокую частоту осложнений и летальности при лечении этой категории больных. Известно, что хирургические вмешательства, выполненные на высоте желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность увеличивается до 80%. Поэтому первым этапом в лечении этой категории больных является восстановление оттока желчи и нормализация показателей биохимии крови. С развитием малоинвазивных технологий с целью билиарной декомпрессии нами стали активно применяться малонвазивные методы под ультразвуковым [1, 4] и рентгенологическим контролем, которые используются в качестве предоперационной подготовки или как окончательный метод лечения. По данным нашего анализа, в КБ № 51 метод позволяет провести диагностику и восстановление пассажа желчи в 100 % наблюдений, а частота ранних осложнений сводится к минимуму. Медиана возраста пролеченных нами больных составила 68 лет. С этим, по-видимому, связаны выраженность и разнообразие сопутствующих заболеваний. Основной причиной механической желтухи была осложненная желчекаменная болезнь ЖКБ (67%). Большинство пациентов имели МЖ злокачественного генеза (87,6%). В нескольких наблюдениях диагностированы сочетанные заболевания. В анализируемой группе гнойный холангит выявлен как осложнение у 4 (36,3%) больных; дивертикулы у 3 (27,2%) больных, причем большой дуоденальный сосочек двенадцатиперстной кишки (БДС) располагался рядом с дивертикулумом. У остальных имело место интрадивертикулярное расположение. Хронический осложненный панкреатит (псевдотуморозный, напоминающий опухоль головки поджелудочной железы) – довольно распространенное заболевание, вызывающее блок общего желчного протока (ОЖП) на уровне панкреатической части. Таких пациентов было 9 (81,8%). Злокачественные заболевания поджелудочной железы, локализующиеся в головке и приводящие к холестазу, выявлены в 7 (63,6%) случаях. У одного пациента (0,9%) была диагностирована опухоль общего желчного протока. При дистальных блоках холедоха на первом этапе с целью декомпрессии применены: дренирование желчных протоков под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Метод чрескожного чреспеченочного наружно-внутреннего дренирования желчного «дерева» под ультразвуковым и рентгенологическим контролем выполняли под местной анестезией. Далее после прохождения стриктуры в виде дистального блока одномоментно или на следующий день применено эндоскопическое рассечение папиллы, с оставлением дренажа как каркасной основы. Лечение препаратами спазмолитической группы. (табл. Одестона 200 мг 3 раза; инфузии кристаллоидов



внутривенно капельно). Промывание дренажа в течение первых пяти суток капельно ежедневно проводили физиологическим раствором хлорида натрия в разведении с раствором диоксида. К концу первой недели путем перекрытия дренажа пассаж желчи осуществлялся в нормальном физиологическом направлении. Нами наблюдался 1 (0,9%) пациент с протяженной стриктурой на фоне дренирования, которая манифестировалась вторично-билиарным циррозом. К сожалению, этот пациент через три месяца после оперативного лечения скончался. У 1 (0,9%) пациента послеоперационный период осложнился кровотечением при одномоментном эндоскопическом рассечении большого дуоденального сосочка в момент непосредственного антеградного дренирования, что было связано, вероятно, с недооценкой степени имеющейся коагулопатии на фоне механической желтухи.

Заключение. Комплексное применение малоинвазивных методов в сочетании с эндоскопическим рассечением стриктуры дистальной части холедоха и формирование каркасного механизма на дренаже показало свою высокую эффективность в диагностике и лечении больных с синдромом МЖ различной этиологии. Этот показатель напрямую зависит от аппаратно-инструментального оснащения лечебного учреждения, правильного подбора пациентов и осуществлении этапности в ведении данной категории пациентов.

394. ОСВОЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В АСПЕКТАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Быков А.В., Мяконький Р.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Мировые стандарты качества хирургической помощи за последние годы значительно возросли. Большую роль в этом играет широкое использование высокотехнологичных хирургических методов. Обучение хирургии - процесс трудоемкий и с разной степенью эффективности. Лапароскопическая хирургия, во многом становясь либо «золотым стандартом», либо методом выбора, более сложна для освоения в сравнении с открытыми операциями.

Материалы и методы. На источниках многоцентровых рандомизированных исследований проанализирована эффективность различных методов

обучения лапароскопической хирургии. На платформе доказательной медицины, произведено сравнение обучения начинающих хирургов с использованием таких инновационных методик, как «box model training» (лапароскопическая коробка), симуляторы виртуальной реальности «virtual reality training». Главным назначением последних является усреднение и повышение уровня компетентности хирурга, доведение его до объективной степени готовности к самостоятельной работе в условиях реальной хирургической практики. Нами взят контент рандомизированных исследований с июля 2012 г. по декабрь 2016 г. баз данных Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, и Science Citation Index Expanded - (SCIE). Проанализированы источники доказательной медицины с отражением: SMD (standardised mean difference) – стандартизованная средняя разница, применяемая для оценки размера эффекта; CI (confidence intervals) – значение, которым располагает 95% случаев выборки; MD (mean difference) - среднее различие; RR (relative risk) - отношение риска. Критерии включения: время работы; конверсии; койко-дни; осложнения.

Результаты. 1240 ссылок касались «box model training» и 908 «virtual reality training»: CENTRAL (n=169 и 107), MEDLINE (n=376 и 283), EMBASE (n=358 и 255), SCIE (n=317 и 246) и рандомизированные контролируемые регистры исследований - РКПИ (n=20 и 17). Критериям включения «box model training» соответствовали 32, «virtual reality training» 8 исследований. «Box model training» сокращает время выполнения оперативного приема (8 исследований; 249 стажеров; SDM – 0,48 сек; 95% CI от 0,74 до 0,22), повышает точность манипуляций и снижает процент ошибочных движений (3 исследования; 69 стажеров; SDM – 0,69; 95% CI от 1,21 до 0,17), лучшая оценка точности (3 исследования; 73 стажера; SDM 0,67; 95% CI от 0,18 до 1,17), и лучше составные показатели в баллах SDM 0,65; 95% CI от 0,42 до 0,88). «box model training» в обучении не стажированных хирургов - 7 исследований, 249 стажеров (стаж от 1 до 4 лет), участники были разделены на 2 группы: 122 стажера прошли дополнительно обучение «box model training» и сравнивались с 127 стажерами традиционного обучения. Об осложнениях сообщено в 3 исследованиях, 168 пациентов: при использовании как дополнительное обучение «box model training» у 82 оперированных осложнений не было: 1/82 – 0%, у 86 пациентов, оперированных хирургами без обучения «box model training» возникло 1 осложнение: 1/86 – 1,1%; RR - 0,36; CI от 0,02 до 8,43. Время, затрачиваемое на выполнение вмешательства - 1 исследование (50 пациентов) MD – 6,50 мин; 95% CI от 10,85 до 2,15). Данные по койко-дням - 1



исследование, 50 пациентов: 24 пациента, прооперированные хирургами, прошедшими дополнительное обучение «box model training», выписаны из стационара в день операции – 24/24 (100%), в группе у хирургов со стандартным обучением 15/26 (57,7%); RR – 1,71; 95% CI от 1,23 до 2,37). Операционная производительность выше в группе «box model training» (7 исследований; 249 стажеров; SDM – 0,84; 95% CI от 0,57 до 1,10). «Virtual reality training» в сравнении с отсутствием дополнительного обучения показало меньшее время работы при выполнении манипуляций (3 исследования; 49 стажеров; MD - 11,76 мин; 95% CI от 8,30 до 15,23); производительность (2 исследования; 33 стажера; SDM – 1,65; 95% CI от 0,72 до 2,58). Выводы. Использование «box model training» и/или «virtual reality training» позволяет повысить эффективность обучения начинающих хирургов, но кроме технических навыков «правильного» оперирования хирургу необходимо иметь навыки принятия решений и умение хладнокровно мыслить в стрессовых ситуациях. Только достаточная теоретическая подготовка и комбинация различных форм практического обучения могут реально улучшить подготовку хирурга. По нашему твердому убеждению, ключевым в процессе подготовки начинающих хирургов, является введение официального института наставничества, где наставник - опытный хирург, будет осуществлять сопровождение стажера при всех формах обучения.

395. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ НАРУШЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Абдухалимов К.С., Абдулаев М.А., Топузов Э.Э., Шекилиев В.А., Абдуллаев З.Т.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Материал и методы. Мы произвели анализ наблюдений у 100 больных с раком ободочной кишки осложненным нарушением кишечной проходимости, поступивших в порядке оказания скорой медицинской помощи в хирургические отделения Александровской больницы и клиники кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова за последние 10 лет. Результаты. Пациенты распределены на 2 группы с учетом использованных методов оперативного лечения: лапароскопия – 50 больных и традиционный метод – 50 больных. Больные соответствовали по возрасту, полу, наличию сопутствующих заболеваний,

времени: от начала заболевания и до госпитализации в стационар, от госпитализации в стационар и до операции. Средний возраст пациентов в ОГ(основная группа) составил 60 ± 1 . В ГКС (группа клинического сравнения)средний возраст имел значение 56 ± 1 . В ОГ все больные оперированы с использованием лапароскопии, которая применялась с лечебной, диагностической целью, либо как первичный этап при двухэтапных и трехэтапных операциях. Больные в ОГ с раковой обтурацией толстой кишки оперированы с соблюдением онкологических принципов: в два этапа- в стадиях субкомпенсации и декомпенсации при опухолях левого фланга; в один этап в стадии компенсации и при опухолях правого фланга. Объем лимфодиссекции D2. При наличии инвазии в окружающие ткани выполнялась их резекция по принципу en-block. Распределение больных в зависимости от стадии нарушения толстокишечной проходимости по классификации Э.Г. Топузова. В стадии компенсации 3/5 больных, стадии субкомпенсации 15/12 больных, в стадии декомпенсации 32/33 больных. Большинство вмешательств предпринято в течение первых 3 часов от поступления - 32 (64%) больных; в течение 12-24 часов – 15 (30%); позже 24 часов оперированы только 3 (6%). При ревизии брюшной полости обращали внимание на наличие выпота, метастазов, степень вздутия тонкой и толстой кишки. Далее устанавливалась локализация опухоли толстой кишки. Объем операции зависел от интраоперационной находки:1) локализации раковой опухоли;2)распространенности процесса;3)стадии ОКН (По Э.Г.Топузову);4)тяжести сопутствующей патологии. При опухолях правого фланга, после установления диагноза при лапароскопии, выполнялась лапаротомия. 12 (24,0%) пациентам выполнена правосторонняя и правосторонняя расширенная гемиколэктомия. 1 (2,0%) больному, в связи с прорастанием опухоли в головку поджелудочной железы, выполнена обходная илеотрансверзостомия после диагностической лапароскопии. В этом случае опухоль выявлена только после лапаротомии в связи с выраженным спаечным процессом в верхнем этаже брюшной полости после ранее перенесенного оперативного вмешательства. 37 (74,0%) пациентов оперировано по поводу раковой обтурации левого фланга ободочной кишки. 24 (48,0%) больным, при опухолях левого фланга, при отсутствии выраженного вздутия петель тонкой кишки (менее 5 см), признаков перфорации опухоли и перитонита, на первом этапе формировалась лапароскопически- ассистированная двуствольная колостома (сигмостома, десцендостома или трансверзостома). В 10 (20,0%) случаях пришлось прибегнуть к конверсии. Основными причинами конверсии при диагностической лапароскопии у больных с рако-



вой obturацией толстой кишки были: диастатическая перфорация толстой кишки выше опухоли - 2 больных, выраженное расширение тонкой кишки (более 6 см) – 4 больных, перфорация опухоли – 4 больных. В остальных 3 (6,0%) случаях конверсии были проведены в связи с компенсированным нарушением толстокишечной проходимости. Этим больным выполнялась резекция пораженного участка толстой кишки с формированием разгрузочной трансверзостомы. Таким образом, преимуществом лапароскопически-ассистированной колостомии на первом этапе оперативного вмешательства, явилось наименее травматичное вмешательство возможное в экстренных ситуациях для купирования острой кишечной непроходимости при раковой обструкции толстой кишки. Это помогло нам отсрочить радикальный этап оперативного вмешательства с целью дообследования больного, устранить нарушение витальных функций и провести второй этап операции с восстановлением непрерывности толстой кишки в период одной госпитализации. На втором этапе на $7,1 \pm 1,4$ сутки после лапароскопически- ассистированной колостомии выполнялась радикальная или паллиативная операция с удалением пораженного опухолью участка и восстановлением непрерывности толстой кишки. Объем операции зависел от локализации и распространенности опухолевого процесса. 1 (2,0%) больному выполнена передняя резекция прямой кишки, 16 (32,0%) - резекция сигмовидной кишки, 7 (14,0%) - левосторонняя гемиколэктомия. В контрольной группе 50 больных с нарушением толстокишечной проходимости опухолевого генеза оперированы «открытым» методом. Объем операции зависел от локализации зоны obturации, стадии ОКН, распространенности процесса, тяжести состояния больного. По поводу опухолей правого фланга ободочной кишки с нарушением кишечной проходимости оперировано 10 (20,0%) пациентов. При этом в 8 (13,0%) случаях выполнялась правосторонняя и правосторонняя расширенная гемиколэктомия. У 2 (4,0%) больных в связи с наличием mts в печени и прорастанием опухоли в окружающие ткани, выполнена симптоматическая операция- обходная илеотрансверзостомия. По поводу опухолей левого фланга ободочной кишки оперировано 40 (80,0%) пациентов. У 2 (5,0%) больных с локализацией опухоли в нисходящей ободочной кишке и 1 (2,5%) - селезеночном углу с нарушением толстокишечной проходимости в стадии компенсации, после предоперационной подготовки на хирургическом отделении, выполнена левосторонняя и левосторонняя расширенная гемиколэктомия с формированием разгрузочных трансверзостом и илеостомы соответственно. В стадиях субкомпенсации и декомпенсации в зависимости от тя-

жести состояния пациента выполнялись операции Гартмана и типа Гартмана: операция Гартмана- 3 (7,5%), резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана- 25 (62,5%), левосторонняя гемиколэктомия по типу Гартмана – 9 (22,5%) В ОГ средний койко – день у пациентов, подвергшихся двухэтапным вмешательствам, составил 24 дня. Сроки пребывания в стационаре больных в ОГ подвергшихся конверсии после диагностической лапароскопии и ГКС существенно не отличались и составили 12-14 дней. В основной группе осложнения отмечались у 8 (16,0%) больных. При анализе первичной документации выявлено, что все осложнения наблюдались после второго этапа операции при obturационной толстокишечной непроходимости и у больных подвергшихся конверсии после диагностической лапароскопии. В ГКС осложнения отмечались у 13 (26,0%) больных. В ОГ умерла 1 (2,0%) пациентка. В ГКС умерли 3 (6,0%) пациента. В 2 (4,0%) случаях причиной смерти явилась декомпенсация сопутствующей сердечно-сосудистой недостаточности на фоне острой кишечной непроходимости. У 1 (2,0%) пациентки развился острый инфаркт миокарда. Заключение: Лапароскопия позволяет исключить другие заболевания симулирующие картину «острой кишечной непроходимости».Лапароскопия способствует значительному сокращению времени диагностики при подозрении на кишечную непроходимость. А при установлении диагноза кишечной непроходимости снижает риск развития осложнений и уменьшает летальность.Эффективность лапароскопии зависит от стадии кишечной непроходимости, выраженности спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесённых оперативных вмешательств и тяжести сопутствующих заболеваний.

396. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Толстихин В.Ю.(1,2), Макарова А.О.(1), Тихонов А.А.(1)

Красноярск

- 1) Центр современной флебологии и профилактической медицины,
- 2) КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Цель: определение критериев для выбора метода хирургического лечения пациентов с варикозной болезнью.

Материалы и методы: диагностические критерии были изучены у 435 пациентов с варикозной бо-



лезью нижних конечностей С2-С5 клинических классов по классификации CEAP, находившихся на лечении в «Центре современной флебологии и профилактической медицины», за период 2015-2016 г.г. Диагностика состояния вен нижних конечностей проводилась на основании клинического осмотра и данных ультразвукового ангиосканирования. Ультразвуковое исследование проводилось в вертикальном и горизонтальном положениях пациента. Оценивалось состояние глубокой венозной системы, источник рефлюкса по подкожным венам, тип строения венозных магистралей, диаметр сосудов на разных уровнях, особенности анатомии соустья, наличие деформации ствола. На основании обследования пациенту определялся метод хирургического лечения. Результаты и обсуждение: Всего за отчетный период было выполнено 467 операций. Радиочастотная облитерация (РЧО) проведено 309 пациентам (237 в системе БПВ и 72 в системе МПВ, в 32 случаях с поражением двух вен). Диаметр БПВ в области сафено-фemorального соустья от 5 до 20 мм. Диаметр МПВ в приустьевой зоне находился в диапазоне 4 - 12 мм. По типу строения БПВ на уровне бедра относительно фасцилярного ложа пациенты распределились следующим образом: более половины пациентов 149 (63%) имели i- тип строения, h-тип строения был у 66 (28%), и s – тип строения отмечен в 22 (9%) случаях. Основными критериями исключения для проведения РЧО являлся большой диаметр вены в зоне устья, грубые посттромботические изменения в зоне предполагаемой облитерации. Деформация стволов подкожных вен не повлияла на выбор методики хирургической манипуляции. При УЗДС исследовании в 17 случаях имела эктазия в области сафено-фemorального соустья более 20 мм, у 11 пациентов подкожные вены были частично реканализованы в зоне предполагаемого вмешательства. Этим пациентам была выполнена радикальная флебэктомия. Несифенный варикоз подкожных вен отмечалось у 98 пациентов. Данной группе пациентов была выполнена минифлебэктомия.

Выводы: выбор метода хирургического лечения варикозной болезни определяется индивидуально для каждого пациента. Метод лечения определяется ультразвуковой анатомией строения вен и клинической картиной заболевания.

397. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ.

*Топузов Э.Э., Абдулаев М.А., Шекилиев В.А.,
Абдулхалимов К.С., Абдуллаев З.Т.*

Санкт-Петербург
СЗГМУ им И.И.Мечникова

Материалы и методы. Мы произвели анализ наблюдений у 1217 больных осложненным раком ободочной кишки, поступивших в порядке оказания скорой медицинской помощи в хирургические отделения Александровской больницы и клиники кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Опеля СЗГМУ им. И.И.Мечникова за последний 15 лет. На третьем месте среди осложнений рака ободочной кишки стоит перифокальное воспаление. С этим осложнением нами наблюдались 44(3,6%) больных. Из них 39 больных с перифокальным воспалением, 5 больных с явными опухолевыми свищами. Средний возраст больных составила 65±1 год, **Результаты.** Оперативные вмешательства предпринято в течение первых 6 часов от поступления - 15 (34%) больных; в течение 7-12 часов – 4 (9%); позже 12 часов оперированы 25 (57%). Подготовка больных к операции проводилось – на отделении 31 больных, в условиях реанимации (БКС) 13 больных. Больные в тяжелом общем состоянии, с клиникой перитонита, с декомпенсированным нарушением проходимости, не нуждаются в каких-либо дальнейших исследованиях. При выраженной картине острой кишечной непроходимости, подтвержденной обзорным рентгеновским исследованием, они должны оперироваться в ближайшие часы от поступления. Только тогда, когда клиническая картина нечеткая и дифференциальная диагностика между динамическим и механическим нарушением проходимости затруднена, при быстро проходящих явлениях нарушения проходимости, компенсированном или субкомпенсированном нарушении проходимости кишечника, возникает необходимость в срочной ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии, лапароскопии. При перифокальном воспалении опухоли ободочной кишки нами применялись одномоментные и многомоментные радикальные операции. При выборе объема хирургического вмешательства во время операции мы в первую очередь оценивали, имеется ли гнойный перитонит или нет. В случаях, когда не было признаков перитонита (выпот с налетами фибрина в брюшной полости отсутствовал), имелось только местный воспалительный процесс (перифокальные абсцессы), а опухоль была радикально удалимой, мы производили одномоментные резекции кишки. Радикаль-



ные одномоментные операции при перифокальном воспалении выполнены у 24 (54.5%) больных. Из них правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом – 9(37.5%), резекция поперечно ободочной кишки – 1(4%), резекция поперечно ободочной кишки по типу Гартмана – 1(4%), резекция левой половины ободочной кишки по типу Гартмана – 6(25%), резекция сигмовидной кишки – 1(4%), резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана – 6(25%) больных. Послеоперационные осложнения после радикальных одномоментных операций отмечалось - у 8 (33%) больных. Из них несостоятельность анастомоза с перитонитом – у 1(12.5%) (резекция поперечной ободочной кишки) больного. На 9-е сутки больному выполнена релапаротомия – сформирован одностовольный анус, санация дренирование брюшной полости. Эвентрация послеоперационной раны вялотекущий перитонит у 1 (12.5%) больного (правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом). На 9 – е сутки больному выполнена релапаротомия – санация дренирование брюшной полости. Несостоятельность анастомоза с образованием абсцесса брюшной полости – у 1 (12.5%) больного (правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом). Образование абсцесса забрюшинного пространство – у 1 (12.5%) (операция Гартмана) больного. Некроз хвоста поджелудочной железы – 1 (12.5%) (Резекция левой половины ободочной кишки без восстановления непрерывности) больного. В 11-е сутки больному выполнена релапаротомия – санация, дренирование брюшной полости. Нагноение послеоперационной раны -у 1 (12.5%) (операция Гартмана) больного. Послеоперационная внутрибольничная пневмония у 2 (25%) (правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и операция Гартмана) больных. После радикальных одномоментных операций умерло – 3 (12.5%) больных. Из них 1 (33%) после правосторонней гемиколэктомия с восстановлением непрерывности кишечника. Причина смерти интоксикация. И 2 (67%) больные умерли после операции Гартмана. Причиной смерти было – сердечная недостаточность, легочная недостаточность, почечная недостаточность, интоксикация. Многомоментные операции во всех случаях представляют собой многоэтапные хирургические вмешательства, при которых радикальное удаление опухоли проводится не на первом, а на последующих этапах лечения. Тяжелом состоянии больных, наличие параканкротных абсцессов больших размеров которые были технически неудаимы одновременно с опухолью нами выполнены двухмоментные операции. В первом этапе выполнена ликвидация непроходимости с созданием двустовольного ануса, ликвидация гнойного процесса с дренированием абсцессов. Только

во втором этапе не выписывая больных из стационара, выполнено радикальное удаление опухоли. Радикальные многомоментные операции при перифокальном воспалении опухоли выполнены - у 3 (7%) больных. Вскрытие дренирование параканкротного абсцесса (I этап) + правосторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза – 2 (67%), Трансверзостомия (I этап) + правосторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза (IIэтап) – 1 (33%). После многомоментных радикальных операций осложнений отмечалось - у 2 (67%) больных. У 1 больного (Трансверзостомия (I этап) + правосторонняя гемиколэктомия с восстановлением непрерывности кишки (IIэтап)) произошло нагноение раны с эвентрацией кишечника. На 9 сутки выполнена релапаротомия, санация дренирование брюшной полости. 1 больного (люмботомия справа, вскрытие дренирование забрюшинного абсцесса (I этап) + правосторонняя гемиколэктомия с восстановлением непрерывности кишки) произошло ранняя спаечная кишечная непроходимость, эвентрация кишечника. На 11 –е сутки выполнена релапаротомия резекция участка тонкой кишки с наложением энтеро-энтеро анастомоза. После радикальных многомоментных операций умерших нет. Когда при лапаротомии выявлены отдаленные метастазы в разных органах в печени 1 (33%), в парааортальных лимфоузлах 2 (67%), но опухоль был удалим выполнены паллиативные операции. Всего выполнено 3(7%) паллиативных операций Резекция правой половины ободочной кишки без восстановления непрерывности – 1(33%), резекция сигмовидной кишки с восстановлением непрерывности – 1(33%) Левосторонняя гемиколэктомия с удалением отдаленного метастаза с наложением анастомоза – 1 (33%). После паллиативных операций осложнений и умерших не отмечалось. Можно связывать с небольшим количеством этих операций. Симптоматических операция при перифокальной воспалении опухоли выполнено – у 14 (32%) больных. Причина наличие отдаленных метастазов с неоперабельной опухолью у 10 (71%) больных (метастазы в печени печени -4(40%), парааортальные лимфоузлы -1(10%), канцероматоз брюшины – 5(50%) больных). При отсутствии отдаленных метастазов - у 4 (29%) больных вынужденно выполнено симптоматические операции. Причиной у 2 (50%) больных тяжелое состояние больного, у 2 (50%) нерезектабельный опухоль (опухоль прорастает на воротную вену, 12 п.к, поджелудочную железу). Обходные межкишечные анастомозы (илеотрансверзоанастомоз) – 6 (43%), трансверзостомия – 5 (36%), вскрытие дренирование абсцесса – 3 (21%). После симптоматических операций осложнений отмечалось у 4 (26%) больных. После одностовольной трансверзостомии у 1 (25%) больного развился печеноч-



но-почечная недостаточность. Больная на 28 сутки скончалась. У 1 (25%) больного после 2-х ствольной трансверзостомии с обходным энтеро-энтероанастомозом послеоперационный период осложнился развитием параколической флегмоны, полиорганной недостаточности. Больная скончалась на 21 сутки. Причина смерти - интоксикация. Еще у 1 (25%) больного после трансверзостомии послеоперационный период осложнился пневмонией. У 1 (25%) больного после наложения обходного илеотрансверзоанастомоза на 8 –е сутки в правой подвздошной области сформировался опухолевой свищ. После 14 симптоматических операций умерло - 2 (14%) больных. При перифокальной воспалении опухоли ободочной кишки всего послеоперационных осложнений было 14 (32%). Из них 5 (11%) больным выполнено релапаротомия. Всего умерло - 5 (11%) больных. Заключение. Таким образом, преимуществом многоэтапных оперативных вмешательств, явилось наименее травматичное вмешательство возможное в экстренных ситуациях для купирования острой кишечной непроходимости при раковой обструкции толстой кишки. Это помогло нам отсрочить радикальный этап оперативного вмешательства с целью дообследования больного, устранить нарушение витальных функций и провести второй этап операции с восстановлением непрерывности толстой кишки в период одной госпитализации.

398. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

Котовский А.Е.(1), Дурдыклычев И.Х.(2), Глебов К.Г.(3), Сюмарева Т.А.(3)

Москва

1)Первого МГМУ им И.М. Сеченова, 2)РОНЦ РАН им. Н.Н. Блохина, 3)ГКБ №15 им. О.М. Филатова

В последние годы в эндоскопической хирургии при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной области все чаще стали использовать дилатационные баллонные катетеры, в некоторых случаях, как альтернатива эндоскопической папиллосфинктеротомии и вирсунготомии. Однако до сих пор нет четких показаний для их применения при заболеваниях желчных протоков (ЖП), большого сосочка двенадцатиперстно кишки (БСДК), поджелудочной железы, а техника, методика и эффективность баллонной дилатации до конца

не изучены. За последние 3 года нами было выполнено 79 операций на ЖП с использованием эндоскопических дилатационных баллонных катетеров при доброкачественных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). Эндоскопическая баллонная дилатация (ЭБД) осуществлялась инструментами производства фирмы «СООК» с диаметром раскрытия баллона от 4 до 10 мм. Показаниями к выполнению ЭБД явились следующие доброкачественные заболевания органов ГПДЗ: 1. Рубцовый стеноз БСДК, рестеноз папиллотомного отверстия и терминального отдела холедоха (ТОХ) – 47 человек; 2. Сужение гепатикохоледоха при холедохолитиазе (несоответствие диаметра желчных протоков и удаляемого конкремента) – 19 человек; 3. Тубулярное сужение ТОХ при хроническом панкреатите – 5 человек; 4. Деформация и сужение ТОХ при околососочковом дивертикуле – 3 человека; 5. Рубцовая стриктура гепатикохоледоха - 2 человека; 6. Рубцовые стриктуры билиодигестивных соустьев – 2 человека. 29 больным, у которых имелись рубцовые сужения гепатикохоледоха, предварительно была выполнена папиллосфинктеротомия, при этом рассечение папиллы использовали, как доступ для введения в ЖП дилатационных баллонных катетеров, из них у 13 пациентов была произведена ограниченная папиллотомия. У 49 пациентов ЭБД была выполнена без каких-либо других эндоскопических манипуляций на БСДК и ЖП. Техника выполнения ЭБД состояла из нескольких этапов. Вначале через стриктуру ЖП проводилась металлическая струна-проводник диаметром 0,25 – 0,35 мм, по которой под постоянным рентгенотелевизионным контролем устанавливали дилатационный баллонный катетер в область сужения. В тех случаях, когда не удавалось провести дилатационный инструмент использовали метод предварительной реканализации и бужирования (5 больных). Это были пациенты рестенозом папиллотомного отверстия и рубцовой стриктурой ЖП. После установки баллонного катетера в область сужения ЖП с помощью специального ручного компрессора баллон раздували до 4 – 9 атм. двух- или трехкратно, при этом использовался постоянный рентгенотелевизионный контроль, т.к. во время дилатации возможно неконтролируемое смещение баллона проксимальнее или дистальнее стриктуры. У 82% больных требовалась последовательная смена баллонов на больший диаметр. Дилатацию заканчивали баллоном с максимальным диаметром, который зависел от диаметра ЖП проксимальнее стриктуры. При рестенозах папиллотомного отверстия и ТОХ дилатация явилась единственным возможным методом эндоскопического лечения, т.к. анатомически невозможно было осуществить репапиллотомию из-за угрозы перфорации две-



надцатиперстной кишки. У 19 больных с холедохолитиазом мягкие, небольшие по диаметру камни располагались проксимальнее стриктуры ЖП, при этом после дилатации их удалось экстрадировать с помощью этого же баллона. Кроме того ЭБД явилась эффективным методом лечения у больных, которым по анатомическим особенностям папиллярной области невозможно было провести адекватный папиллотомный разрез. Подобная ситуация имела место и у 3 больных с околосопочковыми дивертикулами. У 2 пациентов после лапароскопической холецистэктомии имелись локальные относительные рубцовые стриктуры гепатикохоледоха. Выполнение ЭБД позволило устранить причины нарушения желчеоттока. В 34 случаях ЭБД завершалось эндоскопическим транспапиллярным стентированием ЖП пластиковыми эндопротезами с целью профилактики возникновения повторных нарушений желчеоттока. Нами установлено, что эффективность ЭБД напрямую связана, прежде всего, с максимальным давлением баллона в области стриктуры, а экспозиция по времени не имеет существенного значения. Мы рекомендуем создавать давление в баллоне не менее 7 – 9 атм. с обязательным рентгенотелевизионным контролем за исчезновением «юбки» сужения, именно от этого и зависит экспозиция времени дилатации. Мы обратили внимание, что если выполнять баллонную дилатацию при более низком давлении баллона (менее 4 атм.), то эффективность ЭБД будет кратковременной и неадекватной. Таким образом, клинические результаты использования ЭБД в лечении доброкачественных заболеваний органов ГПДЗ показывают высокую эффективность методики, направленную на стойкое восстановление желчеоттока и порой являются единственным возможным вариантом эндоскопического лечения.

399. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ МЕТОДОМ СОЧЕТАНИЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Кривошеков Е.П. (1), Ельшин Е.Б. (2)

Самара

1)ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»2)ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8»

Введение. В настоящее время проблема лечения гнойно-некротических форм поражения стоп при

сахарном диабете не только не утратила своей актуальности, но и приобретает все большее значение, учитывая особенности течения раневого процесса у данной категории больных. Выраженные нарушения макро- и микрогемодинамики, нейтропатия, гиперкоагуляция с множественными микротромбозами, нарушение клеточной реакции в ране и торможение процессов регенерации - приводят к продолжению гнойно-некротических процессов на стопе и распространению их по площади и глубине. Поэтому главной целью современного хирургического лечения синдрома диабетической стопы (СДС) при возникновении гнойно-некротических процессов являются: радикальное иссечение, удаление некротизированных тканей, поддерживающих течение гнойного воспаления, оптимальное дренирование раны и адекватное патогенетическое лечение. Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС.

Материалы и методы. Исследование включало 87 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями СДС. У всех больных наблюдался сахарный диабет 2 типа, с нейропатической формой СДС, т.е. без ишемии нижней конечности. Для исключения гемодинамически значимого атеросклероза сосудов нижних конечностей всем пациентам выполнялось УЗ-исследование артерий нижних конечностей, и все больные консультировались ангиохирургом. Средний возраст пациентов составил 58,0± 2,5 года. Женщин было большинство - 79(90,8%). Сахарным диабетом 2 типа каждый пациент страдал в среднем от 7 до 12 лет. (в среднем – 9,6 года). Таблетированные сахароснижающие препараты каждый больной принимал в течение от 7 до 13 лет, в среднем - 9,4 года. Средний срок от начала появления гнойно-некротических изменений на стопах до обращения в стационар составил 12,2±2 суток. Каждому пациенту при поступлении в отделение гнойной хирургии было проведено хирургическое вмешательство на стопе по поводу различных гнойно-некротических осложнений СДС. Пациентов разделили на две аналогичные группы. В первой группе (контрольная – 40 человек) пациентам после выполнения хирургического вмешательства на стопе назначалась базисная терапия. Лечение гнойно-некротических процессов без хирургической обработки, как и без одновременного назначения антибактериальных препаратов - необоснованно. Поэтому базисное лечение в первую очередь включало рациональную антибактериальную терапию. А именно: цефалоспорины 3 поколения (цефотаксим или цефтриаксон) по 1,0г. 2 раза в сутки внутривенно ежедневно, метронидазол (Метрогил) по 100,0мг. 2 раза в сутки внутривенно в инфузиях ежедневно, моксифлоксацин (Авелокс) по 400мг. 1 раз в сутки утром еже-



дневно. Коррекцию гипергликемии крови проводили путем перевода пациентов с пероральных препаратов на инсулины. С целью улучшения микроциркуляции, миотропного действия и улучшения реологических свойств крови назначался пентоксифиллин (Трентал) по 200мг.- (2 ампулы по 5 мл) на 200 мл. 0,9% раствора натрия хлорида 2 раза в день в инфузиях ежедневно в течение 5-7 суток, а затем - перорально по 100мг. 3 раза в день в течение месяца. А также назначали препараты α -липоевой кислоты и сеансы гипербарической оксигенации. Местное лечение раны проводили ежедневными перевязками с растворами антисептиков или современными перевязочными средствами. Вторая группа (основная) насчитывала - 47 человек. Каждому больному в этой группе после оперативного вмешательства по поводу гнойно-некротических процессов на стопе - помимо базисного лечения, проводили курс лечения урокиназы и сулодексида внутривенно капельно, а рану стопы лечили с помощью аппарата отрицательного давления Suprasorb SNP P1. Данное лечение проводили в 2 этапа, каждый по 7 дней. На первом этапе урокиназу назначали внутривенно капельно по 500000 ЕД на 100 мл. физиологического раствора, ежедневно. Данный курс лечения урокиназой составлял - 5-7 внутривенных инфузий. Назначение урокиназы было обусловлено ее фибринолитическими свойствами. Так как тромболитическая терапия эффективно улучшает микроциркуляцию в пораженной конечности, благоприятно воздействует на течение раневого процесса у больных с осложненной формой синдрома диабетической стопы. Сулодексид назначали ежедневно по 600 ЛЕ на 100 мл. физ. раствора внутривенно капельно. Курс - 7 внутривенных инфузий. Применение Сулодексида было обусловлено его антитромботическим и ангиопротекторным действием. Для эффективного удаления раневого экссудата и создания благоприятных условий в самой ране после операции на стопе - применяли аппарат отрицательного давления Suprasorb SNP P1. Способ лечения данным аппаратом заключался в следующем: после выполнения оперативного вмешательства с тщательным вскрытием всех гнойных карманов, некрэктомией и санацией - на рану стопы накладывали антимикробную повязку. Затем укладывали поверх нее плоский раневой дренаж по всей длине раны. Поверх дренажа дополнительно укладывали антимикробную повязку до уровня кожи. Затем герметизировали рану стопы и дренаж липкой пленкой. Далее присоединяли дренажную трубку к коннектору аппарата Suprasorb SNP P1. И создавали необходимое отрицательное давление в ране - 80 мм.рт.ст, которое поддерживали круглосуточно. Данное лечение продолжали в течение 7 суток. Второй этап лече-

ния составил также 7 суток. С целью улучшения локального кровообращения, развития грануляций, повышения регенерации пораженных тканей, уменьшения раневого дефекта - на втором этапе данного комплексного лечения гнойно-некротических осложнений на диабетической стопе целесообразнее применять переменный режим вакуум-аспирации, путем изменения отрицательного давления над раной от 20 до 80 мм.рт.ст. с периодом - 30 минут, также круглосуточно на протяжении 7 суток. Кроме этого, на данном этапе лечения сулодексид уже назначали в капсулах - по 1 капсуле (250 ЛЕ) 2 раза в сутки между приемами пищи. Результаты. Для объективного сравнения результатов лечения проводили цитологическое исследование раны на 1,7 и 14 сутки после операции по поводу гнойно-некротического процесса на стопе. Также оценивались субъективные симптомы у пациентов, количество и характер раневого отделяемого, состояние самой раны, кровоточивость во время смены вакуумной повязки, наличие отека и вторичных некрозов, необходимость повторных некрэктомий и высоких ампутаций, проводился анализ некоторых показателей коагулограммы для оценки безопасности проводимого лечения. На первые сутки в обеих группах пациентов отмечено преобладание воспалительного (42%) и воспалительно-дегенеративного типа (58%) цитограмм раны стопы. На 7 день после операции в контрольной группе - воспалительно-дегенеративный тип цитограммы уменьшился лишь на 12,6+1,6 %. А в основной группе - снизился на 30,6+1,2%. При этом у 10 пациентов основной группы (21,3%) - уже зафиксирован регенераторный тип цитограмм. На 14 сутки в контрольной группе также было отмечено преобладание воспалительного (52%) и воспалительно-дегенеративного типа (28%) цитограмм, регенераторный тип проявился только у 8 больных (20%). При этом в основной группе - значительное снижение воспалительного (12,2%) и воспалительно-дегенеративного типа (7,8%) цитограмм, а регенеративный тип был отмечен у 37 пациентов (78,7%). У всех пациентов контрольной группы на 7 сутки - сохранялись боль, чувство тяжести в ногах, отек на стопе. И продолжались до 13-18 суток. В основной группе - у 39 больных (82,9%) - на 7 сутки лечения боль в стопе и чувство тяжести полностью исчезли, значительно уменьшился отек. У остальных 8 человек (17,0%) - данные симптомы купировались на 9-11 сутки. Характер раневого отделяемого в контрольной группе - был серозно-геморрагический с переходом в серозный. В основной группе - характер отделяемого в течение 2 суток был геморрагический, но количественный и качественный его состав вполне позволил продолжить лечение. А в дальнейшем экссудат из раны сменился на сероз-



ный. На фоне применения данного лечения в основной группе пациентов кровотечений из ран, которые потребовали бы каких либо необходимых дополнительных лечебных мероприятий - не было. Снятия аппарата Suprasorb SNP P1 раньше необходимого срока ни в одном случае при лечении пациентов основной группы - не потребовалось. При удалении антимикробной повязки у двух пациентов основной группы была отмечена диффузная кровоточивость тканей раны, которая не представляло никакой клинической опасности для продолжения данного лечения. В контрольной группе пациентов отмечался следующий уровень системы гемостаза: АЧТВ - 33,6±3сек, протромбиновый индекс (ПТИ) – 94±0,6%, фибриноген - 7,6±0,5 г\л, и на 7 сутки лечения - изменился незначительно: АЧТВ - 38,2 сек, протромбиновый индекс (ПТИ) – 87%, фибриноген - 6,2 г\л. В основной группе отмечено нарастание уровня АЧТВ до 50,6±2 сек., снижение фибриногена до 2,2±0,2 г\л. ПТИ - снизился незначительно с 92% до 88±0,5%. Таким образом, за все время лечения пациентов основной группы – геморрагических осложнений – не было. Переход раневого процесса во вторую фазу был отмечен в контрольной группе в среднем на 21 сутки, а в основной группе пациентов - на 11±2 сутки. Количество необходимых повторных некрэктомий в контрольной группе больных составило в среднем 3,8. Двум пациентам пришлось выполнить ампутацию на уровне верхней трети голени. А у пациентов основной группы - повторных некрэктомий и «высоких» ампутаций - не было.

Выводы. В процессе данного исследования нами доказано, что указанный комбинированный способ лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС обладает хорошей эффективностью и переносимостью, достоверно способствует более длительному сохранению лечебного эффекта и улучшению клинического исхода заболевания. Использование вакуум-терапии и фибринолитика в комплексном лечении данной патологии приводит к уменьшению длительности раневого процесса в 1,5-2 раза. Расширяется возможность применения органосохраняющих методов хирургического лечения. Снижается риск распространения гнойно-некротических изменений по стопе. Снижается необходимость в этапных оперативных вмешательствах в 3-4 раза. Снижается необходимость выполнения высоких ампутаций. Данный метод может быть с успехом рекомендован, как компонент общей программы при лечении данной категории больных с СДС.

400.ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ ТРАНС АБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕПЕРИТОНИАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БЕЗ ГЕРНИОСТЕПЛЕРА

Фокин И.А., Лисун А.Ф.

Железногорск. Красноярский край

ФГБУЗ Клиническая больница № 51 ФМБА России

Цель работы - повышение эффективности лечения паховых грыж у пациентов трудоспособного населения, значительное снижение сроков временной нетрудоспособности и уменьшение финансовой составляющей при амортизации оборудования. **Материалы и методы.** Опыт работы основан на анализе 60 клинических случаев пациентов с паховой грыжей, которым на базе онко-хирургического отделения ФГБУЗ КБ №51 ФМБА России города Железногорска за текущий период с января по август 2016 года бала выполнена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика, с интракорпоральной фиксацией сетчатого эндопротеза без традиционного использования герниостеплера. В анализируемую группу были включены трудоспособные мужчины с медианой возраста 45 лет, с паховой грыжей различной локализации: (58.3%) правосторонняя из них (66.6%) косая, (41.6%) левосторонняя процент косой (72%) и (13.3%) грыжа бала двусторонней. Мы применяли метод лапароскопической преперитониальной герниопластики TAPP, с использованием сетчатого эндопротеза и фиксацией его интракорпоральным швом, без традиционного использования герниостеплера. Со следующей разработанной нами технологической картой: 1) эндовидео-оборудование: стойка, оптика- № 26003BA 30, световод-495NCS; 3) аппарат мобилизации задне-медиального лоскута брюшины «Лигашур» D-5 одноразовый; 4)троакар 3шт-№ 30103H2 стилет №10-№ 30103; 4) сетчатый эндопротез для внутреннего протезирования. Размеры последнего определяются интраоперационно, по величине пахового промежутка; 5) мягкий зажим-(ручка № 33123, рабочая часть-№ 3330); 6) иглодержатель- № 26173 кР2 многоразовый; 7) иглоприемник - № 26173 КаF; 8) переходник 2 шт-№ 30141DB; 9) ножницы эндоскопические без номера многоразовые; 10) шовный материал нить капроновая (полиамидная) не рассасывающая плетеная metric 3. 2/0 USP HR-25; 11) метод анестезии- эндотрахеальный наркоз с технологической картой отдельно; 12) антибиотикопрофилактика кламасаром внутривенно однократно в отделении перед операцией и в последующие два дня госпитализации по 1.2 гр.*3 раза в день. Перед операцией



(код операции ТАРР А 16.30.004.010) выполняется антибиотикопрофилактика 1.2 гр. Кламасар внутривенно однократно. Лапароскопия с установкой троакаров 10 мм., осуществлялась стандартно по принципу «Веера», на одной линии выше пупка. Без предварительной инсуффляции посредством иглы «Вереша». Выполняется мобилизация лоскута брюшины в задне-медиальном направлении с помощью аппарата Лигашур, бранша 5 мм. Далее выполнялся этап грыжесечения, особенностью которого является обработка элементов семенного «канатика» и выделения грыжевых «ворот», лигирование нижних эпигастральных сосудов или если это позволяет технический аспект с сохранение последних. Следующим этапом интрокорпорально определялся размер сетчатого эндопротеза по размеру пахового промежутка. В качестве протеза использовалась сетка размерами от среднего 6*11 см. до больших 6*15 см. отечественного производителя фирмы «Линтекс». Фиксация протеза выполнялась тремя или более лигатурами, шовный материал копрон № 3 на атравматической игле 2/0 USP HR-25. Первый интракорпоральный шов к надкостнице лобковой ости или «гребешковой» связке, последующие два по середине и латеральном углу к мышечно-апоневротическому массиву. Лоскут брюшины восстанавливается капроновыми лигатурами к латеральному краю, одиночными узловыми швами в количестве от 4 до 6. Результаты и обсуждение: Медиана продолжительности операции по разработанной нами технологической карте составила 60 мин. Активизация пациентов происходила в этот же день в 100% случаев, показаний к дополнительному обезболиванию не было. Из осложнений в послеоперационный период можно отметить: при пахово-мошоночной грыже - гидроцеле 2 (3.3%), которое не требовало операционной коррекции и проходило самостоятельно на фоне консервативной терапии не стероидными противовоспалительными средствами и физиопроцедурами; у 1 (1.6%) пациента возникла послеоперационная гематома области канатика, потребовавшая вскрытия в ранний послеоперационный период; у 1 (1.6%) пациента в период освоения метода отмечен рецидив прямой паховой грыжи, что было связано с неправильным выбором размера сетчатого эндопротеза. Пациенты выписывались по стандартному МЭСу (021418.2) – 3 койко-дня. Заключение. Методика транс абдоминальной препиритонеальной герниопластики позволяет нам наглядно увидеть преимущества самой методики, как таковой это быстрая активизация пациента, уменьшение сроков пребывания в стационаре и как следствие уменьшение сроков временной нетрудоспособности, позволяет полностью отказаться от обезбоживания. Так же данная методика позволяет выполнить симультанное вмешательство:

сочетанная холецистэктомия при хроническом холецистите, эвисцеролиз при спаечном процессе брюшной полости на фоне ранее перенесенных оперативных вмешательств. Более тщательно подойти к этапу мобилизации при скользящих паховых грыжах, что в конечном счете позволяет обеспечить мобильность задне-медиального лоскута брюшины, с учетом его значимости при закрытии дефекта. При соблюдении правильной техники снижает риск послеоперационных осложнений, по результатам скрининга после операции полностью исключает риск формирования сером. А в силу использования шовного материала и технике интрокорпорального шва, без герниостеплера значительно удешевить вмешательство.

401. КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН. ПИЛОТНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Орлов А.Г.(1), Липин А.Н.(2)

Санкт-Петербург

1)СПБ ГБУЗ «Городская больница №14»2)Военно-медицинская академия, кафедра военно-морской хирургии.

Бактериофаги это особые вирусы, которые способны размножаться только в присутствии определенного вида болезнетворных бактерий. В природе распространены повсеместно. С учетом роста резистентности внутригоспитальной флоры к существующим антибиотикам, бактериофаг является перспективным средством в борьбе с инфекцией. Бактериофаг строго специфичен и активен только в отношении определенных возбудителей. Препараты на основе коллагена все чаще стали применяться в лечении хронических ран. Коллаген является природным белком, способным впитывать биологически активные вещества и постепенно высвобождать из своей структуры, является биodeградируемым материалом, гипоаллергенен в виду высокого межвидового сходства.

Цель: 1)Оценить эффективность бактериофага комплексного действия в отношении раневой флоры при нанесении его на коллагеновую губку. 2)Какая доза бактериофага эффективна в сочетании с коллагеновой губкой. 3)Сроки очищения раны при использовании коллагена в сочетании с бактериофагом поливалентным. 4)Перекрывает ли спектр Бактериофага комплексного наиболее часто встречающуюся в стационаре флору. 5) Сохраняет ли коллагеновая губка свои гемостатические свойства в сочетании с бактериофагом. 6)



Способно ли сочетание бактериофага с коллагеновой губкой обеспечить пролонгированное высвобождение бактериофага.

Материалы и методы: Клиническое наблюдение проводилось на базе СПб ГБУЗ «Городская больница №14» в январе 2017г. В наблюдении использовались раствор «Бактериофаг комплексный» (ФГУП "НПО" Микроген"), Губка гемостатическая коллагеновая (БЕЛКОЗИН ФНПЦ ЗАО). 1) Бактериофаг комплексный представляет собой стерильный фильтрат фаголизатов *Staphylococcus*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, энтеропатогенных *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *P. mirabilis*. Форма выпуска – флаконы 100мл. 2) Губка гемостатическая коллагеновая – препарат на основе природного коллагена. Состав: коллаген 2% -49г (0,98г сухого коллагена); нитрофураил (фурацилин) 0,0075г; борная кислота 0,0125г. От сочетания двух этих препаратов ожидаются следующие эффекты: 1) Сочетание бактерицидного и гемостатического эффекта. 2) Пролонгированное действие бактериофага за счет более медленного освобождения препарата из губки 3) Стимуляция раневого процесса за счет влияния коллагена на раневое ложе. Характеристика группы. В исследовании участвовали 4 пациента с хроническими ранами площадью от 25см² до 50см² на воне сахарного диабета и нарушением периферического кровообращения. Методика: Препарат применяли у пациентов с поливалентной флорой в качестве перевязочного материала непосредственно после оперативного лечения (этапной некрэктомии). Раствор Бактериофага наносился на коллагеновую губку непосредственно перед нанесением. При этом для смачивания губки 5х5см использовалось около 6мл раствора, для губки 9х9см – 12мл. Губка оставалась в ране на 2 суток. Выполнялся контроль бактериальной обсемененности до операции и на вторые сутки после операции. Далее рану вели традиционным способом. Результаты. 1. Влияние на флору. № Результаты посева до операции Результат посева контрольный 1) *Enterococcus faecalis* 10*4 *Enterococcus faecalis* 10*3 *Proteus mirabilis* 10*5 - 2) *Enterococcus faecalis* 10*6 *Enterococcus faecalis* 10*3 3) *Citrobacter roseri* 10*4 *Citrobacter roseri* 10*6 *Staph. Aureus* 10*4 - *Enterococcus faecalis* 10*3 - 4) *Pantoea agglomerans** 10*6 - *Staph. Aureus* 10*3 *Staph. Aureus* 10*3 *Enterococcus faecalis* 10*4 * семейство *Enterobacteriaceae* 2. Определение эффективной дозы. Выбранный режим дозирования оказался эффективным против специфичной флоры. 3. Ускорение очищения раны. Всем пациентам выполнялось хирургическое пособие непосредственно перед нанесением препарата. Отмечается уменьшение образования вторичных некрозов в ране в послеоперационном периоде. 4. Наиболее

значимые изоляты микроорганизмов из хирургической раны. За прошедший 2016г в ГБ №14 наиболее часто выявлялись следующие возбудители. Грам (+) флора % от Грам (+) флоры % от всей флоры ! *Staphylococcus aureus* 62.8 50.6 ! Остальные виды *Staphylococcus* 12,0 9.7 ! *Enterococcus* sp. 11.1 8.9 ! *Streptococcus* группа A, *piogenes* 7.6 5.3 Остальная Грам (+) флора 7.6 6.1 Грам (-) флора % от Грам (-) флоры % от всей флоры Остальная Грам (-) флора 43.4 8.2 ! *Escherichia coli* 19.5 3.7 ! *Proteus* sp. 15.3 2.9 ! *Klebsiella* sp. 9.9 1.9 *Acinetobacter baumani* 7.2 1.3 ! *Pseudomonas aeruginosa* 4.7 0.9 *Candida* 0.5 (!) – фильтрат фаголизата данного возбудителя входит в состав Бактериофага комплексного. Таким образом Бактериофаг комплексный перекрывает почти весь спектр клинически значимых возбудителей. 5. Гемостатический эффект. В виду особенностей применения препаратов (смачивание губки с раствором) – гемостатический эффект у такой комбинации не выражен. 6. Пролонгированное высвобождение. Нет возможности оценить оставшуюся концентрацию препарата в губке. Но по клиническому эффекту (значительное снижение или полная элиминация возбудителя из раны в контрольном посеве) косвенно можно говорить о поддержании необходимой концентрации препарата в ране за исследуемый период. Выводы: • Исходя из полученных данных можно говорить об эффективности данной схемы в отношении специфичных к бактериофагу возбудителей. • Данную схему можно использовать при наличии чувствительной флоры в ране в виду строгой специфичности бактериофага и не может рассматриваться в качестве монотерапии. • С целью повышения эффективности необходимо чередовать применение комплексного бактериофага с антисептиками широкого спектра. • Целесообразно сочетание именно комплексного бактериофага, чтобы максимально повысить эффективность терапии. • Данный способ кажется перспективным для дальнейшего исследования и внедрения.

402. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Каторкин С.Е., Мышенцев П.Н., Мельников М.А., Кушнарчук М.Ю.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра и клиника госпитальной хирургии

Актуальность. Комплексное лечение пациентов с венозными трофическими язвами нижних ко-



нечностей требует значительных затрат и создает серьезную социально-экономическую проблему даже для экономики высокоразвитых стран. Поиск менее травматичных методов лечения определяет основное направление в развитии современной флебологии. Фармакологическая терапия занимает одно из ведущих мест в комплексном лечении хронических заболеваний венозной системы нижних конечностей и их осложнений. Цель исследования: оценить эффективность включения сулодексида в комплексное лечение больных трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии.

Материал и методы. В исследование были включены 86 пациентов обоих полов в возрасте от 26 до 83 лет с хроническими заболеваниями вен класса С6. Пациенты 1-й группы (n=42) в дополнение к стандартной терапии получали сулодексид по стандартной схеме в течение 50 дней. Во 2-й группе (n=44) лечение проводилось по стандартным методикам. Всем пациентам выполняли ультразвуковое ангиосканирование, планиметрию трофических язв стандартными контактными методиками, микробиологический и цитологический анализ динамики микробного спектра, уровня обсемененности и регенеративных процессов в тканях.

Результаты. Очищение поверхности, появление грануляций и начало эпителизации у пациентов в 1-й и 2-й групп отмечалось соответственно через $6,2 \pm 1,2$ и $9,8 \pm 1,4$ сут ($p=0,059$); $9,8 \pm 0,8$ и $13,4 \pm 1,6$ сут ($p=0,048$); $15,9 \pm 2,1$ и $23,6 \pm 1,2$ сут ($p=0,003$). Через 1 мес после начала лечения эпителизация достигнута у 16 (38%) пациентов в 1-й группе и у 9 (20%) — во 2-й ($p=0,118$). Через 2 мес количество больных с эпителизовавшимися язвами составило 40 (96%) и 23 (52%) в основной и контрольной группах соответственно ($p=0,001$). Время полной эпителизации трофических язв у пациентов 1-й и 2-й групп составило $48,6 \pm 0,6$ и $74,2 \pm 0,2$ сут соответственно ($p=0,001$). На 10-е и 20-е сутки лечения выявлено снижение роста микробной флоры по сравнению с исходными данными, более выраженное в 1-й группе. Результаты микробиологической обсемененности отделяемого трофических язв, полученные на 10-е и 20-е сутки лечения, свидетельствуют о значительном снижении ее уровня, более выраженном в 1-й группе к 20-м суткам.

Заключение. Применение препарата сулодексид повышает эффективность комплексного лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии.

403. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОТЕКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Каторкин С.Е., Мельников М.А., Мышенцев П.Н.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, клиника и кафедра госпитальной хирургии

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата сулодексид (Вессел Дуэ Ф) при лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен С6 клинического класса и сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. В исследование включены 62 пациента обоего пола в возрасте от 18 до 75 лет с хроническими заболеваниями вен С6 клинического класса и сахарным диабетом 2 типа. Пациенты рандомизированы в основную (I) и контрольную (II) группы в соотношении 1:1. Пациенты основной группы получали лечение препаратом сулодексид по стандартной схеме в течение 50 дней. При исследовании производили: сбор анамнеза, осмотр эндокринолога и флеболога, измерение маллеолярного объема, массы тела, ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей, клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму, планиметрию трофических язв, микробиологическое и цитологическое исследование. Первичная конечная точка исследования - эпителизация трофических язв через 1 месяц. Вторичные конечные точки - заживление язв через 2 месяца и динамические изменения в процессе эпителизации.

Результаты исследования. В основной группе по сравнению с контрольной выявлены статистически значимое улучшение суммарного показателя по клинической оценке тяжести заболевания VSCC, уменьшение маллеолярного объема, положительная динамика скоростных показателей венозного оттока и улучшение показателей качества жизни по опроснику SF-36. Через 30 дней эпителизация достигнута в 11 (33,5%) наблюдениях в основной и в 6 (19,4%) наблюдениях в контрольной группе (p



404. АРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

*Багдасаров В.В., Багдасарова Е.А.,
Карчевский Е.В.*

Москва

Первый московский государственный
медицинский университет им.И.М.Сеченова

Успехи эндоскопических методов гемостаза и интервенционной артериальной эмболизации привели за последнюю четверть века к значительному уменьшению количества неотложных хирургических вмешательств при гастродуоденальных кровотечениях как единственно возможного способа надежного гемостаза. Катетерная артериальная эмболизация (КАЭ) рассматривается как альтернатива хирургическому вмешательству, особенно у больных высокого хирургического риска, и стоит в первом ряду лечебных действий при эндоскопически не контролируемых кровотечениях. Частота рецидивов после первичного эндоскопического гемостаза составляет 14,1%, а в 15-25% кровотечение не контролируется эндоскопически. У пожилых мультиморбидных больных рецидив кровотечения является плохим прогностическим фактором с уровнем смертности в 44-60%. При хирургическом вмешательстве на высоте кровотечения смертность варьирует в пределах 20–40%. **Цель:** Оптимизировать лечебную тактику лечения и снизить летальность при желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК). Материал и методы исследования. За период 2011-2015г. в клинике госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (клиническая база ГКБ им.С.С. Юдина) наблюдались 242 больных с (ЖКК). По поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений оперировано 35(34,0%) с послеоперационной летальностью (15%). Сопутствующая патология по тяжести клинических проявлений у значительной части больных конкурировала с основным заболеванием. Для стратификации больных по степени риска рецидива кровотечения и летального исхода использовали прогностические шкалы (Rockall и Blatchford).

Результаты: Источники кровотечения: язва двенадцатиперстной кишки - (65,1%), язва желудка - (34,9%). До 2011г. хирургическая активность при ЖКК была более 30% . С 2012 г при гастродуоденальных кровотечениях использовали разработанный лечебный алгоритм: 1) эндоскопический гемостаз под наркозом с уточнением риска рецидива кровотечения; 2) при неуверенном или при безуспешном эндоскопическом гемостазе, а

также при рецидиве кровотечения катетерная артериальная эмболизация (КАЭ); 3) при отсутствии эффекта от КАЭ –хирургическое лечение. Эндоскопический гемостаз был первым в линии выбора лечебной тактики у больных с ЖКК. Повторные попытки эндоскопического гемостаза в контрольной группе предпринимали только при очень высоком риске оперативного вмешательства. В контрольной группе хирургическое лечение было вторым методом в линии выбора после эндоскопического гемостаза, что улучшало эффективность лечения у данных пациентов, однако в показателях летальности уменьшения не наблюдали. При первичном эндоскопическом вмешательстве устойчивый гемостаз наблюдали у 29 (13,7%) пациентов. Повторные эндоскопические вмешательства выполнены у 94 (49,2%) больных. У пациентов обеих групп после эндоскопического гемостаза, терапия высокими в/в дозами ингибиторов протонной помпы (нексиум 160мг болюсно и далее 8мг/ч) существенно снизило частоту рецидивов. У 32 (22,5%) больных основной группы рецидив кровотечения или его высокий риск являлись показанием к проведению КАЭ -в течение 12-36 ч с момента остановки кровотечения. В основной группе, особенно у пожилых пациентов, после эндоскопического лечения гемостаз достигнут у 89,0 %. Диагностированный у больного при остановившемся кровотечении рыхлый тромб, препятствующий осмотру стенок 12 п.к. кишки, является показанием к экстренной эмболизации, так как прогноз вероятности рецидива кровотечения при этом составляет 100%. Изменение хирургической тактики лечения при ЖКК из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (оптимизация эндоскопического гемостаза, широкое внедрение КАЭ и резкое снижение оперативной активности) привело к снижению в 2012-2015 г.общей летальности до 1,6% .

405. ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Насыров М.В., Мельников М.А., Каторкин С.Е.

Самара

ФГОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Введение. Трофические язвы являются тяжелым осложнением хронической венозной недостаточности, приводящим к выраженной функциональной недостаточности нижних конечностей,



значительному снижению качества жизни, длительной нетрудоспособности и последующей инвалидизации пациентов. Несмотря на многолетний опыт лечения венозных трофических язв, актуальность проблемы не только не снижается, а наоборот возрастает. С нашей точки зрения, разработка и внедрение инновационных методов лечения трофических язв, включение их в комплекс предоперационной подготовки и комбинирование с различными способами хирургической коррекции хронической венозной недостаточности является актуальным. В настоящее время постоянно отмечается возрастание интереса к возможностям применения фотодинамической терапии, являющейся одним из интенсивно развивающихся направлений лазерной медицины. В результате фотохимических реакций происходит взаимодействие непосредственно с молекулами биологического субстрата с образованием свободных радикалов, а также потенцирование перехода кислорода в активное, синглетное состояние, являющееся цитотоксическим благодаря своему свойству сильного окислителя биомолекул. Эффективность фотодинамического повреждения сенсibilизированной клетки определяется уровнем накопления сенсibilизатора, его локализацией в клетке и фотохимической активностью. Кроме прямого фототоксического воздействия на деструктивные ткани и микробные клетки, при фотодинамической терапии важную роль играют повреждающее действие на сосудистый эндотелий, гипертермический эффект, а также цитокиновые реакции, обусловленные стимуляцией продукции фактора некроза, активацией макрофагов, лейкоцитов и лимфоцитов. Поэтому применение фотодинамической терапии в комплексном лечении пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей, по нашему мнению, является актуальным и перспективным направлением. Цель. Оптимизировать местное лечение и предоперационную подготовку трофических язв у пациентов с хроническими заболеваниями вен С6 клинического класса путем применения фотодинамической терапии. Материал и методы. Обследовано 112 пациентов с хроническими заболеваниями вен С6 клинического класса. Всем пациентам выполнялась ультразвуковая доплерография и ангиосканирование на аппаратах Aloka 4 и Logic 7. Планиметрию трофических язв осуществляли при помощи стандартных контактных методик. У 67 (59,8%) пациентов I группы применялась фотодинамическая терапия, которую осуществляли полупроводниковым лазером с нанесением на поверхность трофической язвы фотосенсibilизатора «Радахларин» в форме 0,1% геля. Эффективность фотодинамической терапии контролировали с помощью классических микробиологического и ци-

тологического методов, контролирующих динамику микробного спектра, уровень обсемененности и регенеративных процессов в тканях. У 45 (40,2%) пациентов II группы лечение проводилось по стандартным методикам. Хирургическое лечение проведено 59 (88,1%) пациентам I и 43 (95,6%) II групп. Проводилась комбинированная флэбэктомия в сочетании со свободной аутодермопластикой рашепленным кожным лоскутом. Оценка отдаленных результатов комбинированного лечения проведена в сроки до 3 лет. Результаты исследования. В I группе на 4 сутки после применения фотодинамической терапии отмечено выраженное снижение роста микробной флоры и уровня микробной обсемененности, выявление воспалительно-регенераторного типа цитогрaмм в 73% наблюдений (р

406. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Бебия Н.В., Кучеренко А.Д., Кузнецов И.М.,
Смородский А.В.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова

Пациенты с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляют до 5% больных, поступающих в лечебные учреждения пенитенциарной системы и военные госпитали с острой хирургической патологией. К группам высокого риска попадания инородных тел в пищеварительный тракт относятся пациенты особых контингентов – больные психиатрических стационаров и заключённые, а также военнослужащие с неустойчивой психикой. Пациенты указанных категорий проглатывают различные инородные тела случайно или с целью членовредительства. В клинике за последние 10 лет на обследовании и лечении находились 3 военнослужащих с различными инородными телами верхних отделов ЖКТ. У 2 из них в желудке обнаружены по две металлических швейных иглы. У одного пациента при обследовании в просвете пищевода была обнаружена звёздочка для погона. Причины попадания инородных тел были различны – у 2 пациентов инородные тела попали в желудочно-кишечный тракт случайно, один пациент проглотил самодельную конструкцию из 2 скреплённых особым образом игл с целью членовредительства. Ведущим методом выявления инородных тел было рентгенологическое исследование. Крупные ме-



таллические инородные тела при рентгеноскопии выявляются хорошо, менее контрастные инородные тела (пластмассовые предметы, иглы) – тем труднее, чем меньше их размер. Рентгенологическое исследование с применением контрастного вещества позволило точно установить локализацию инородного тела, определить его соотношение с кишечной стенкой. Практически во всех случаях случайного или умышленного заглатывания остроконечных инородных тел, при которых велика опасность перфорации полого органа, показано срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое исследование. У одного из наших пациентов в ходе эндоскопии была удалена металлическая игла, фиксированная в стенке выходного отдела желудка; другая игла у этого же пациента вышла самостоятельно естественным путём. У одного нашего пациента для удаления скреплённых металлических швейных игл, фиксированных в пилорическом отделе желудка, потребовалось выполнение срочного оперативного вмешательства – лапаротомии, гастротомии - вследствие угрозы перфорации стенки органа. Для выявления инородных тел, уточнения их локализации и выяснения причин фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Выбор лечебной тактики у пациентов с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта осуществляется в зависимости от конкретной клинической ситуации и определяется прежде всего характером и локализацией инородных тел.

407. ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАНЕНИЙ ГРУДИ ИЗ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОРУЖИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

*Кучеренко А.Д., Кузнецов И.М., Грищенко А.С.,
Федоров К.С.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова

Интенсивное развитие нашего общества и появление новых идей в обеспечении защиты и безопасности граждан привели к возникновению и развитию концепции использования нелетального (или несмертельного) кинетического оружия (НКО). не только сотрудниками силовых ведомств, но и гражданским населением в целях самообороны. Разработан достаточно широкий спектр образцов НКО с различными поражающими травматическими элементами (ПТЭ) – резиновыми пулями, резиновой или пластиковой картечью и др. Одна-

ко анализ накопленных результатов показывает, что использование огнестрельного оружия ограниченного поражения не гарантирует нулевой вероятности летального исхода. Его применение лишь существенно уменьшает вероятность подобных случаев по сравнению с обычным оружием. Повседневная практика лечебных учреждений свидетельствует о высокой опасности ряда образцов нелетального кинетического оружия (НКО), непрогнозируемости их воздействия на организм человека, сложностях выявления повреждающих элементов. Проведен ретроспективный анализ результатов использования лучевых методов исследования (рентгенография груди в двух стандартных проекциях, компьютерная томография и ультразвуковое исследование) у 15 пострадавших с ранениями груди из НКО. Рентгенография груди выполнена всем пострадавшим. При наличии рентгеноконтрастных материалов или металлических сердечников в составе повреждающих элементов их локализация достоверно установлена у 11 раненых. У 4 раненых расположение повреждающего элемента уточнено по результатам компьютерной томографии. Формирование ограниченного фиброторакса после ушиба лёгкого (у 4), пролежней в области контакта инородного тела и бронхов (у 2) было выявлено только по результатам компьютерной томографии. Для исключения пролежня стенки лёгочной артерии, вызванного инородным телом, уточнения особенностей хода сосудов и их взаимоотношения с ранящим снарядом у 1 пациента дополнительно проведена компьютерно-томографическая ангиография груди с последующим построением 3D-реконструкций. Локализация, протяженность и структура гематом наиболее достоверно оценивалась с помощью ультразвукового исследования. При переломах костных структур и расположении гематом в непосредственной близости от париетальной плевры ведущее значение в их достоверной оценке имела компьютерная томография (у 9). Для уточнения локализации неконтрастных ранящих снарядов в средостении, выявления гемоперикарда или перикардита информативно сочетанное использование эхокардиографии и компьютерной томографии (у 3). Перечисленные методы исследования позволяют не только уточнить локализацию ранящих снарядов, но и наметить точки для пункции и дренирования плевральной полости, полости перикарда и средостения, оптимизировать вмешательство по их удалению. Полученные нами данные свидетельствуют, что наиболее информативным методом первичной лучевой диагностики ранений груди из НКО является рентгенография в двух проекциях. Для уточнения характера повреждений и их осложнений необходимо проведение компьютерной томографии. При ранениях пла-



стиковыми повреждающими элементами для их обнаружения в грудной стенке или в структурах средостения наиболее информативно сочетанное использование компьютерной томографии и ультрасонографии.

408. ПРИМЕНЕНИЕ 3D-РЕКОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Каторкин С.Е., Колсанов С.А., Быстров С.А., Андреев И.С., Зельтер П.М.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Альвеолярный эхинококкоз печени является одним из самых опасных зоонозов. Болезнь проявляет злокачественный рост ("паразитных раков печени") и медленно прогрессирует (≤ 10 лет). Альвеолярный эхинококкоз печени, в первую очередь, лечится хирургическим путем. Радикальная резекция печени на ранних и средних стадиях заболевания может привести к удовлетворительным результатам, но в тоже время частота рецидивов достаточно высока. На поздних стадиях заболевания, выраженное поражение печени приводит к серьезному повреждению нормальной структуры внутривнутрипеченочной сосудистой и желчной сети, что затрудняет и повышает риск выполнения радикального оперативного вмешательства. Поэтому точная анатомическая оценка и прецизионное оперативное вмешательство имеют решающее значение для лечения альвеолярного эхинококкоза. В последние годы системы 3D реконструкции на основе данных обычной визуализации стали важными инструментами для предоперационной оценки и планирования различных хирургических вмешательств. Ряд клинических исследований показали, что для сложных объемных поражений печени, применение предоперационной технологии 3D реконструкции может повысить успех и целесообразность процедур, а также снизить распространенность послеоперационных осложнений. Высокоточные 3D модели имеют необходимые приложения для хирургического планирования и медицинского образования. Цель исследования: оценить эффективность трехмерной (3D) реконструкции при резекции печени у пациентов с печеночным альвеолярным эхинококкозом. Материал и методы. Исследованы основные характеристики альвеолярного эхинококкоза печени с использованием 3D технологий. В настоящем исследовании, традиционная КТ и 3D система планирования

и реконструкции были использованы для предоперационного обследования и хирургического планирования. Проведена сравнительная оценка методов, а также и результатов хирургического лечения. Технология 3D реконструкции была использована для предоперационной оценки поражения печени альвеолярным эхинококкозом, по сравнению с результатами применения обычной 2D визуализации. Пациентам выполняли гепатэктомии. Клинические проявления включали различной интенсивности боли в верхних отделах и желтуху. Выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости на томографе TOSHIBA Aquilion 32 (Япония) с болюсным контрастированием, при котором через локтевой катетер вводилось 100 мл низкоосмолярного йодсодержащего контрастного вещества (Йогексол). В Центре прорывных исследований СамГМУ «IT в медицине» группой специалистов, включающей в себя хирургов, рентгенологов и программистов разработана и внедрена система «Автоплан» по предоперационному планированию с возможностью полуавтоматической сегментации. Технология получения виртуальной 3D-модели состоит из следующих этапов: выполнение КТ с болюсным контрастированием; загрузка данных в формате DICOM в систему «Автоплан»; сегментация паренхиматозных органов: печень, селезенка, поджелудочная железа; сегментация артерий и вен; получение объемной полигональной 3-D модели и ее анализ совместно с врачом-хирургом.

Результаты. Отмечено более короткое время оперативного вмешательства, менее выраженную интраоперационную кровопотерю, а следовательно и более низкую потребность в интраоперационной гемотрансфузии при выполнении предоперационного 3D моделирования. Предполагаемый объем резекции имел хорошую корреляцию с реальным весом удаленной части печеночной ткани. Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что 3D-технология реконструкции превосходит обычные методы 2D изображения в следующих аспектах. Система 3D реконструкции может обеспечить индивидуализированную модель печени для каждого пациента с комплексной анатомической информацией. 3D реконструкция поражения печени альвеолярным эхинококкозом дает возможность более полного понимания расположения и размеров очага поражения, а также прилегающих структур. Кроме того, 3D-реконструкция точно отражает структурные характеристики внутривнутрипеченочных желчных протоков и сосудистой сети, такие как позиционное соотношение между судами и их размеры, что обеспечивает достоверную предоперационную оценку и прецизионность хирургического вмешательства. Система 3D реконструкции проста и удобна в экс-



плуатации. Хирурги могут быстро получить анатомическую информацию о пациенте без необходимости быть опытными в сложных рабочих процессах в 2D-визуализации. Таким образом, система 3D реконструкция обеспечивает более высокую эффективность в предоперационной оценки по сравнению с традиционными 2D методами обследования, и более практична в клинической практике. Система 3D реконструкции позволяет хирургам выполнять виртуальную операцию на 3D-модели печени. Процесс является полезным для хирургов, позволяя полностью понять конкретные детали ключевых этапов операции. Возникновение интраоперационных осложнений, таких как желчная и сосудистая травма, кровотечение, а также желчеистечение, можно эффективно предотвратить путем разработки различных плоскостей резекции и оптимизации хирургической стратегии. Точная анатомическая оценка и хирургическое планирование способствует отбору лучших методов лечения альвеолярного эхинококкоза печени. Компьютеризированные системы планирования хирургических вмешательств могут быть полезными для принятия решений, и достойны дальнейшего изучения. Заключение. 3D-реконструкция обеспечивает всестороннюю и точную анатомическую информацию о структуре печени, а также повышает эффективность оперативных вмешательств и снижает риск послеоперационных осложнений. Трехмерная реконструкция является новым инструментом количественной системы анализа изображений в хирургической практике, позволяя в реальном времени интерактивно проводить предоперационную диагностику и планирование.

409. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Топурия Г.(1), Топузов Э.Э.(1), Абдулаев М.А.(1,2),
Авдеев А.М.(2).*

Санкт-Петербург

- 1) ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова».
- 2) СПб ГБУЗ «Александровская больница».

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с рецидивными паховыми грыжами.

Материалы и методы. Проведён анализ наблюдений пациентов, оперированных по поводу рецидива паховых грыж. Для проведения данного исследова-

ования было отобрано 150 пациентов, в период с 2000 по 2014 годы, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Александровская больница», ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова» и в хирургических отделениях кафедры госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова, города Санкт-Петербург. В качестве хирургического лечения изучались два метода сопровождающихся укреплением задней стенки пахового канала аллопластическим «сетчатым» трансплантатом: лапароскопическая герниопластика и традиционная герниопластика по методике Лихтенштейна. Сравнительный анализ результатов этих двух методик и положен в основу проведённого исследования. Для проведения статистически достоверного анализа двух хирургических методик, мы отобрали из общего количества пациентов две равнозначные группы. Группы формировались таким образом, что рассматриваемые больные подходили по своим показателям под обе изучаемые методики. В первую группу пациентов, которым выполнена лапароскопическая герниопластика было включено 55 человек в возрасте 28÷78 лет, средний возраст 55,8±1,4 лет. Из них мужчин 52(94,5%) в возрасте 28÷78 лет, средний возраст 55,8±1,4 лет и женщин 3(5,5%) в возрасте 48÷66 лет, средний возраст 55,7±4,0. Во вторую группу пациентов, которым выполнено грыжесечение с пластикой по Лихтенштейну было включено 39 человек в возрасте 21÷78 лет, средний возраст 59,3±1,6 лет. Мужчин 38(97,4%) в возрасте 21÷77 лет, средний возраст 58,8±1,6 лет. Женщин 1(2,6%) в возрасте 78 лет. Анализ проводился по возрасту пациентов, по предварительному прогнозу анестезиологического риска по ASA, баллам шкал APACHE-II и SAPS-II и по размеру/стадии грыжевого выпячивания (согласно классификации G.P. Campanelli et al. 2006). Важным критерием, определяющим доступность методики, является длительность оперативного вмешательства. Его статистический анализ показал, что герниопластика по Лихтенштейну в среднем выполняется быстрее на 10,1(15,9%) минуты, чем лапароскопическая герниопластика. В исследуемых нами группах, антибиотикотерапия была проведена только у 19(34,5%) больных оперированных лапароскопически и у 37(94,9%) оперированных по методике Лихтенштейна. Таким образом лапароскопическая методика позволяет снизить количество пациентов нуждающихся в антибиотикотерапии на 60,4%, или в 2,75 раза. В среднем же длительность антибиотикотерапии у нуждающихся пациентов снижается на 2,0 дня. Однократного введения антибиотиков, в качестве антибиотикопрофилактики перед операцией у пациентов 1 группы, оказалось достаточным у 16(84,2%) из 19 пациентов. А во 2 группе только 3(8,1%) из 37 больным. Разница более чем в 10



раз! Открытая герниопластика по Лихтенштейну требует более длительного назначения анальгетиков, в отличие от лапароскопической методики. На 2,0(90,1%) дня дольше (в 1,9 раза), почти в два раза больше! Анализ времени необходимого для активации пациента и перевода его с I на II режим, в группе пациентов оперированных лапароскопически, меньше в 1,6 раза, на 0,6(60,0%) дня. Один из самых основных критериев эффективности лечения, как с медицинской, так и экономической позиции является время проведенное пациентом после операции в стационаре - койка-день. Статистический анализ этого критерия в двух изучаемых группах показал эффективность лапароскопической методики, что сокращает время пребывания в стационаре на 2,6 койка-дня. Как показал статистический анализ, лапароскопическая герниопластика превосходит методику пластики пахового канала по Лихтенштейну, при лечении рецидивной паховой грыжи, практически по всем критериям. Но это заключение имеет силу только в случае лечения больных не осложнённых сопутствующей патологией и при исключении ряда осложняющих операцию факторов. Выводы: При выборе метода лечения рецидивной паховой грыжи у пациентов с анестезиологическим риском не более III по ASA, лапароскопическая герниопластика является преимущественной методикой. Это позволяет отказаться от антибиотикопрофилактики у 60,4% больных и снизить её длительность в среднем на 2,0 дня, сократить длительность послеоперационной анальгезии на 2,0 дня и длительность стационарного лечения на 2,6 койка-дня.

410. УЛЬТРАНИЗКАЯ ПЕРЕДНЯЯ VS PULL-THROUGH РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.

Черниковский И.Л., Смирнов А.А., Комяк К.Н., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В., Моисеенко М.В.

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Клинический Научно-практический Центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»

Введение: Выполнение лапароскопической (LS) ультранизкой передней резекции прямой кишки (УНПРПК) сопровождается тремя проблемами: необходимостью формирования превентивной стомы, невозможностью точно оценить в ходе миниинвазивного вмешательства дистальный край опухоли, а также необходимостью выполне-

ния минилапаротомного доступа для извлечения препарата. Кроме того, немаловажным являются большие финансовые затраты на расходные материалы, такие, как кассеты для сшивающих аппаратов и протекторы для защиты минилапаротомной раны от имплантационных метастазов. Лапароскопическая pull-through резекция прямой кишки с колоанальным hand-sewn анастомозом (брюшно-анальная резекция – БАР) не требует такого большого количества расходных материалов, как LS-УНПРПК. Кроме того, она обеспечивает визуальный и пальпаторный контроль дистального края опухоли, а также не нуждается в минилапаротомном доступе для извлечения препарата. Спорным остается приемлемость функциональных результатов колоанального анастомоза. В данном исследовании мы постарались ответить на этот вопрос.

Материалы и методы. Критериями включения являлись локализация нижнего края аденокарциномы cT1–3N0–2M0 на 2–5 см от зубчатой линии и отсутствие признаков инвазии в сфинктер и леваторы. 24 пациента перенесли LS-УНПРПК, 18 больным была произведена LS- pull-through резекция. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, шкале CR-POSSUM. Неоадьювантную химиолучевую терапию получили 32 пациента. Оценивались продолжительность хирургического вмешательства, интраоперационная кровопотеря, послеоперационные осложнения, качество ТМЭ по критериям P. Quirke, функциональные результаты по шкале Векснера (Fecal Incontinence Severity Index) и результатам сфинктерометрии через 12 месяцев после операции. Результаты. Средняя продолжительность операций в группах достоверно не отличалась: 206±46 мин против 216±24 мин (p = 0,72). По объему средней кровопотери различия также были не достоверны: 85 мл против 113 мл (p = 0,93). Во всех случаях циркулярный и дистальный края резекции были интактны. У 18 больных 1-й группы (75 %) и у 14 пациентов 2-й группы (77,8 %) качество тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) было оценено как grade 3 (p = 0,83). В 1-й группе осложнения, не потребовавшие повторного оперативного вмешательства, возникли в 5 случаях (20,8 %): 3 (12,5 %) – несостоятельность, 1 (4,2 %) – стриктура анастомоза и 1 (4,2 %) – задержка мочи. Количество послеоперационных осложнений во 2-й группе также составило 5 (27,8 %): некроз низведенной кишки – у 2 больных (11,1 %) и несостоятельность колоанального анастомоза – у 1 (5,6 %) потребовали повторной операции; 2 пациентам (11,1 %) выполнили бужирование в связи с установленной стриктурой анастомоза. По шкале Векснера отличия между группами были недостоверны (5,2 против 5,9), также не было различий между группами при сфинктерометрии (средняя амплитуда сокра-



щения составила 15,8 и 16,4 мм рт. ст.). Выводы. По продолжительности хирургического вмешательства, объему интраоперационной кровопотери, качеству мезоректумэктомии обе хирургические методики сопоставимы. Частота несостоятельности ручного колоанального анастомоза и аппаратного колоректального не отличается. Выполнение БАР требует значительно большей мобилизации низводимой кишки и более тщательной оценки кровоснабжения колотрансплантата. Функциональные результаты БАР и УНПРПК на сроках более 12 месяцев становятся идентичны и напрямую не зависят от формирования резервуаров. На выполнение БАР требуется значительно меньше расходных хирургических материалов.

411. МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Черниковский И.Л., Гельфонд В.М.,
Загрядских А.С., Савчук С.А., Гаврилюков А.В.*

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Клинический Научно-практический Центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», Санкт-Петербург.

Актуальность: Возраст является одним из основных факторов риска смерти от колоректального рака. В Санкт-Петербурге в 2013 году среди 2981 больного с впервые выявленным колоректальным раком 1178 - оказались старше 75 лет, что составило 39,5%. Средняя продолжительность жизни во всех развитых странах неуклонно растет, и сегодня достигает 76–80 лет. Предполагается, что доля европейцев, достигших 65 лет, к 2050 году будет превышать 30%. Имея в виду тот факт, что основным методом лечения больных КРР остается хирургический, практическим врачам приходится сталкиваться с проблемой адекватного выбора объема и типа хирургического вмешательства у таких пациентов. Известно, что у пациента старше 75 лет имеется в среднем 5 сопутствующих хронических заболеваний на момент диагностики КРР. Наиболее значимыми из них являются сердечно-сосудистая и легочная патология, особенно на фоне анемии и снижении функции печени или почек, что, как правило, бывает у пожилых пациентов. Кроме того, у таких больных часто встречаются неврологические, психологические расстройства и полипрагмазия. Поэтому в связи с высоким риском осложнений и фактором коморбидности нередко принято отказываться от соответствующего онкологическим принципам объема резекции, формирования межкишечных анастомозов, а иногда и вообще от радикальной операции. Следование современным принципам мультимодальной комбинированной анестезии позволяет существенно снизить риски указанных выше патологических состояний, однако следует учитывать и наличие хирургических возможностей для уменьшения неблагоприятного воздействия лапароскопии. К таковым относят карбоксиперитонеум низкого давления (8–12 мм рт. ст.), использование специальных систем эндолифтинга, а также уменьшение длительности лапароскопического этапа и самой операции (использование порта ручной ассистенции, формирование экстракорпоральных анастомозов, использование степлеров и т. д.). Помимо анестезиологических особенностей, частой причиной отказа от лапароскопии является высокий процент запущенных местнораспространенных и осложненных форм заболевания у пожилого контингента больных, при том, что эффективность и безопасность лапароскопических резекций в лечении Т4 опухолей кишечного тракта все еще являются предметом дискуссий. Однако отказ от миниинвазивных хирургических технологий при местнораспространенном КРР, по мнению ряда авторов, является необоснованным. Место лапароскопических радикальных вмешательств у больных КРР пожилого и старческого возраста до сих пор изучается. Есть основания полагать, что эндовидеохирургические резекции прямой и ободочной кишки при КРР могут стать оптимальной опцией для лиц преклонного возраста. Цель: Оценить собственный опыт хирургического лечения больных КРР старческого возраста, выявить преимущества и недостатки лапароскопического доступа у данного возрастного контингента. Оценить безопасность методики у пациентов данной возрастной группы.

Материалы и методы: Представлены результаты резекций прямой и ободочной кишки, которым подверглись 106 больных колоректальным раком, старше 75 лет, прооперированных в КНпЦСВМП(о) с 2013 – 2015 г. Пациенты были разделены на 2 группы: 66 больных, перенесших открытую хирургическую операцию лапаротомным доступом и 40 - эндовидеохирургическое вмешательство. Группы были сопоставимы по шкалам ASA, CR-POSSUM, индексу массы тела и возрасту. Распределение больных по стадии заболевания и виду хирургического вмешательства не имело статистически значимых различий.

Результаты: Достоверно меньшей оказалась средняя продолжительность операции в лапароскопической группе – 127 мин., при 146 мин. среди прооперированных открыто. Интраоперационная кровопотеря оказалась несколько выше при лапа-



ротомии, и составила 167 против 109, однако различия были не достоверны ($p=0,36$). По качеству лимфодиссекции и адекватному объему резекции группы не отличались. Средний койко-день в лапароскопической группе оказался несущественно меньшим ($p=0,43$). Осложнения встречались в обеих группах примерно с одинаковой частотой (13,6% против 15,0%), которая не превышала среднего показателя в других возрастных группах. Медиана наблюдения за больными составила 16 месяцев (6 – 30 мес). Среди пациентов, прооперированных открытым способом умерло в 2 раза больше больных. Тем не менее, различия не достигли статистической достоверности.

Выводы: Частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность среди больных КРР старческого возраста не превышает средние показатели и не зависит от возраста. По объему интраоперационной кровопотери, радикальности вмешательства, качеству лимфодиссекции обе группы сопоставимы. Достоверно меньшая продолжительность лапароскопических операций объясняется более быстрым оперативным доступом и окончанием операции, что, однако, не дает преимуществ в сокращении среднего койко-дня и снижении числа осложнений в лапароскопической группе. Выбор оперативного доступа не влияет на качество жизни больных после выписки. Полученные результаты свидетельствуют о безопасности применения миниинвазивных методик в лечении КРР у больных старческого возраста. Отмечена тенденция к увеличению доли смертей в отдаленном периоде от не связанных с КРР причин и, как следствие, снижению общей выживаемости среди пациентов, прооперированных открытым способом.

412. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ТРАДИЦИОННЫХ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

*Черниковский И.Л., Алиев И.И., Смирнов А.А.,
Саванович Н.В., Гаврилюков А.В., Моисеенко М.В.*

Санкт-Петербург

ГБУЗ «Клинический Научно-практический Центр
специализированных видов медицинской
помощи (онкологический)»

Введение: На современном этапе развития хирургии лапароскопические технологии с каждым днем становятся все популярнее и доступнее. Одним из

самых перспективных направлений в развитии малоинвазивных технологий является колоректальная хирургия, в частности, хирургия колоректального рака (КРР). Существует множество исследований, показывающих, что лапароскопическая хирургия КРР не уступает открытой по радикальности и, при этом, имеет ряд преимуществ. Однако вопрос о месте лапароскопической хирургии в лечении местнораспространенных форм рака толстой кишки остается открытым. При анализе множества статей и систематических обзоров, посвященных мультिवисцеральным резекциям (МВР) местнораспространенного КРР, можно увидеть, что главным критерием качества и главным прогностическим фактором таких операций является резекция в пределах R0. В рекомендациях NCCN от 02.2016 сказано, что лапароскопические операции при КРР не следует проводить при наличии местного распространения опухоли вследствие высокого риска положительных краев резекции. Американским обществом гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) рекомендуется выполнять МВР открытым способом, если лапароскопическая операция не может быть выполнена в пределах R0. Из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что главным критерием качества МВР являются негативные края резекции. Целью нашего исследования стало выяснить, являются ли лапароскопические мультिवисцеральные резекции при местнораспространенном колоректальном раке оправданными с онкологической точки зрения. Прежде всего, мы хотели сравнить частоту выполненных R0 резекций. Также анализу подлежали такие параметры как: среднее количество лимфоузлов в препарате, интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции, количество использованных наркотических анальгетиков, послеоперационный койко-день, частота послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В исследование включены 86 пациентов, имевших опухоли ободочной или прямой кишки со степенью инвазии T4b, оперированных за период 2013 по 2015 гг. Лапароскопические и традиционные операции при опухолях толстой кишки с инвазией в соседние органы были выполнены 42 и 44 больным соответственно.

Результаты: Лапароскопически выполнены следующие вмешательства: 10 пациентам (23,8%) выполнена лапароскопическая резекция кишки, комбинированная с экстирпацией матки с придатками, 5 (11,9%) – с резекцией печени, 5 (11,9%) – с аднексэктомией, 5 (11,9%) – с резекцией тонкой кишки, 2 (4,8%) – с спленэктомией, 3 (7,1%) – с атипичной резекцией желудка, 2 (4,8%) – с резекцией мочеочника, 2 (4,8%) – с нефрэктомией, 5 (11,9%)



) с резекцией мочевого пузыря. 3 (7,1%) пациентам выполнена лапароскопическая экзентерация таза. Конверсия доступа при лапароскопии производилась 4 (9,6%) раза. Средний объем кровопотери при лапароскопических операциях - 205мл, при традиционных - 480 мл. Средняя продолжительность операции составила 201 и 150 минут. RO резекции удалось добиться в 90% случаев в лапароскопической группе (38 больных) и в 84% в открытой (37 больных). Среднее количество исследованных лимфатических узлов в обеих группах составила 14. Средняя продолжительность нахождения больного в стационаре составила 15 койко-дней среди лапароскопически оперированных и 23 после традиционных вмешательств. Частота послеоперационных осложнений составила 22 % (8) и 13 % (6) соответственно. Достоверная инвазия по данным морфологического исследования в обеих группах составила 56% и 61%. В остальных случаях имели место инфильтрация или перифокальное воспаление, переходящее на соседний орган.

Выводы: Лапароскопические мультиорганные резекции при раке прямой и ободочной кишки являются эффективными с точки зрения онкологической радикальности, при этом объем кровопотери и продолжительность послеоперационного периода достоверно меньше, чем при традиционных вмешательствах.

413. ДИАГНОСТИКА И МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ПЛЕВРИТОВ

*Плаксин С.А., Котельникова Л.П.,
Фаршатова Л.И., Кудрявцев П.Л.*

Пермь

Пермский государственный медицинский университет им. ак.Е.А.Вагнера Минздрава РФ

Среди острых заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) занимает особое положение ввиду неуклонного роста частоты заболеваемости, поражения лиц молодого, трудоспособного возраста. Течение ОП может усугубляться присоединением легочно-плевральных осложнений. Возникновение реактивного плеврита при ОП и его последствиях наблюдается в 14-29%.

Цель работы – изучить диагностическую ценность и определить возможности мини-инвазивных вмешательств в лечении панкреатогенного плеврита (ПП).

Материалы и методы. Проанализированы ре-

зультаты лечения 156 пациентов, находившихся во втором хирургическом и торакальном отделениях ПМКБ по поводу острого панкреатита и его исходов с 2012 по 2016 годы. При подтвержденном диагнозе панкреатита для выявления плеврального выпота, определения показаний к плевральной пункции, дренированию плевральной полости, видеоторакоскопии (ВТС) использовали рентгенологическое и ультразвуковое исследование органов грудной клетки и плевральных полостей. Сроки поступления больных варьировали от одних суток до 15 месяцев с момента заболевания. Средний возраст составил $46,9 \pm 15,2$ лет. Результаты. У 57 (36,6%) пациентов был диагностирован легкий острый панкреатит (1 группа), у 43 (27,6%) - асептический панкреонекроз (2 группа), у 50 (32%) – инфицированный панкреонекроз (3 группа). В 4 группу вошли 6 (3,8%) пациентов с кистами поджелудочной железы (5) и наружным панкреатическим свищом (1) в исходе панкреонекроза. Легочно-плевральная симптоматика превалировала у 5 пациентов. Гидроторакс слева в пределах синуса, не требующий инвазивных методов лечения, был обнаружен у двух пациентов (3,5%) с легким течением ОП. Плевральный выпот был самостоятельно купирован за счет успешной консервативной терапии острого панкреатита. У 9 (21,4%) пациентов II группы выявили малый гидроторакс. У двух было обнаружено скопление жидкости в плевральной полости до 3-4 ребра. Им была проведена пункция плевральной полости, в дальнейшем в связи с рецидивирующим характером ПП этим пациентам выполнена видеоторакоскопия, во время которой в обоих случаях диагностирован фрагментированный плеврит. Произведены адгезиолизис, биопсия плевры и дренирование плевральной полости. У одного из этих пациентов экссудация не прекратилась, развилась эмпиема плевры, потребовавшая реторакоскопии, санации плевральной полости. Практически у четверти пациентов III группы (12) был диагностирован ПП. При наличии одышки, сепарации между листками плевры по данным УЗИ более 3 см плевральные пункции проведены пяти пациентам. ВТС с дренированием плевральных полостей выполнена трем пациентам. Активность амилазы в плевральном экссудате превышала уровень амилазы в сыворотке крови в 3-10 раз. В двух случаях при проведении ВТС удален фрагментированный плеврит. У одной пациентки пневмолиз привел к формированию свернувшегося гемоторакса. Ей была выполнена реторакоскопия с удалением сгустков. У всех пациентов IV группы в плевральных полостях обнаружено скопление жидкости до угла лопатки и выше, что сопровождалось дыхательной недостаточностью. Для удаления плеврального экссудата двум больным выполнена плевральная пункция, двум – ВТС



и дренирование плевральной полости. В одном случае при КТ органов грудной клетки обнаружено кистозное образование забрюшинного пространства и заднего средостения, сообщающееся с правой плевральной полостью, осумкованный фрагментированный гидроторакс справа, вирсунгоэктазия и киста хвоста и тела поджелудочной железы. Пациентке выполнена торакотомия справа, плеврэктомия, дренирование плевральной полости, а позднее цистопанкреатоюноанастомоз.

Выводы. Частота панкреатогенных плевритов зависит от длительности и тяжести заболевания, чаще встречаясь через 6 суток и более с момента заболевания, а также при инфицированных формах панкреонекроза. Мини-инвазивные вмешательства (пункция, дренирование, видеоторакскопия) с исследованием экссудата на содержание амилазы и биопсией плевры позволяют уточнить причины плеврита и эффективны в его устранении на фоне различных видов лечения панкреатита.

414. ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПАЙРА

*Кахаров М.А., Муминов Ф.Б., Акилов Х.Д.,
Камолов М.М.*

Худжанд, Республика Таджикистан

КАФЕДРА ХИРУРГИИ С КУРСОМ
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ
ХО ГОУ ИПОВСЗ РТ

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения больных с синдромом Пайра за счет индивидуального подхода к выбору объема оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры хирургии за период с 2013 по 2016 гг. оперировано 12 больных с синдромом Пайра. Среди них женщин было 9 (75%), мужчин – 3 (25%), в возрасте от 35 до 64 лет. Среди инструментальных методов исследования мы использовали УЗИ органов брюшной полости, ирригографию, колоноскопию, КТ с «виртуальной колоноскопией», рентгенографию брюшной полости с контролем за продвижением бария, чрескишечное измерение биопотенциалов толстой кишки и по показаниям дополнительные методы обследования.

Результаты и обсуждение. Основным диагностическим методом выявлением болезни Пайра является ирригография и КТ с «виртуальной колоноскопией» которые дают возможность оценить топографию, толщину стенки толстой кишки. Рентгенологическая картина при болезни Пайра

довольно специфична: селезеночный изгиб толстой кишки располагается высоко на уровне IX-X грудных позвонков, поперечная ободочная кишка провисает до уровня входа в малый таз. Вышележащие отделы толстой кишки гипертрофичны, гаустры сглажены, а диаметр нижележащих меньше. При КТ морфометрии стенок толстой кишки определяется гипертрофия селезеночного изгиба и поперечной ободочной кишки до 2,5+0,2 мм. в то время как толщина нижележащих отделов толстой кишки составляла в среднем 1,4+0,2 мм. на момент исследования. Показаниями к оперативному вмешательству при синдроме Пайра мы считаем сохраняющийся запор на фоне выраженности клинической симптоматики, безуспешность неоднократных курсов комплексной консервативной терапии в условии стационара в сочетании с лечебной физкультурой и физиотерапевтическими процедурами. Выбор объема оперативного вмешательства зависел от данных измерения биопотенциалов толстой кишки. При нормо – и гиперкинетическом типе биоэлектрической возбудимости с амплитудой биопотенциалов 0,2 мВ и выше мы отдавали предпочтение органосохраняющим методам операциям. При гипокинетическом типе, когда амплитуда биопотенциалов была ниже 0,2 мВ, что свидетельствовало о значительных нарушениях моторной функции толстой кишки нами выполнялась гемиколэктомия слева в стандартном или расширенном варианте. 8 (66,7%) из 12 больных выполнена левосторонняя гемиколэктомия, а 4 (33,3%) выполнено низведение селезеночного изгиба толстой кишки с фиксацией к большому сальнику, в том числе, 3 лапароскопическим способом. Необходимо отметить, что органосохраняющие операции мы выполнили в качестве симультантного вмешательства, когда основным показанием к операции послужили желчнокаменная болезнь (2), феохромоцитомы (1). В послеоперационном периоде у 1 больного после открытого вмешательства отмечалась гематома послеоперационной раны. В сроки наблюдения до 3 лет все оперированные чувствуют себя удовлетворительно, произошла нормализация частоты стула, жалоб связанных с операцией не предъявляют.

Выводы: 1. Показания к оперативному вмешательству при болезни Пайра зависят от стадии болезни, сопутствующих заболеваний и должны основываться на данных комплексного обследования, включающего объективные методы исследования моторики толстой кишки. 2. При удовлетворительном состоянии моторно-эвакуаторной деятельности толстой кишки оправдано выполнение органосохраняющих операций с использованием эндовидеохирургических технологий. При атонии толстой кишки предпочтительнее выполнении гемиколэктомии слева.



**415. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
РОБОТАССИСТИРОВАННЫХ
И ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
ГОЛОВЫ И ШЕИ.**

*Решетов И.В., Сукорцева Н.С., Насилевский П.А.,
Святославов Д.С., Шевалгин А.А.*

Москва

Клиника пластической хирургии,
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова

Современной тенденцией развития хирургии онкологических заболеваний головы и шеи является внедрение в практику роботассистированных минидоступов и эндовидеохирургических вмешательств. Высокий уровень точности, надежности функциональности роботических систем расширяет возможности хирургов и улучшает качество оказываемой медицинской помощи. В клинике пластической хирургии ПМГМУ имени И.М. Сеченова было разработано ряд способов лечения онкологических заболеваний головы и шеи у пациентов, находящихся на ранних стадиях развития онкологического заболевания (T1-T2) и не желающих иметь рубцов в видных местах. Применялись гибридные методики, сочетающие в себе роботассистированные и эндовидеохирургические доступы, обеспечивающие минимизацию риска кровопотери и прецензионность хирургических действий. Во всех случаях проводился безгазовый способ удаления опухолей с формированием подкожного тоннеля. С целью оптимизации визуализации новообразований пациенты проходили обследование на МСКТ 640. Успешно проведено 10 операций. Три операции были выполнены на щитовидной железе, из подмышечного доступа у женщин, не желающих иметь рубец на передней поверхности шеи. Две операции на лимфатических узлах шеи из заушного доступа у пациентов с метастазами опухолей различной локализации. Также было выполнено две резекции ротоглотки и 2 ларингоэктомии из переднего шейного доступа, микрохирургическая аутоотрансплантация 1 операция. Осложнения встретились у одного пациента в виду расхождения швов полого органа – в области передней стенки верхней трети пищевода. Особенностью течения послеоперационного периода была ранняя активация пациентов, сокращение сроков нахождения в стационаре, а также удовлетворительный косметический результат. Ранняя активация пациентов, а также сокращение сроков реабилитационного периода после хирургическо-

го лечения у данной группы больных позволяет в короткие сроки перейти к следующим этапам лечения (химиотерапия, лучевая терапия), улучшая качество жизни пациентов за счет комбинированного подхода в лечении опухолей головы и шеи. Внедрение в практику роботических технологий успешно продвигает хирургию вперед, позволяя комбинированно подойти к выполнению онкологического протокола в отношении пациентов, имеющих небольшие размеры новообразований в области головы и шеи.

**416. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

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

Самара

ФГБОУ ВО Самарский государственный
медицинский университет Минздрава РФ

Целью настоящей работы является повышение качества диагностики и лечения больных хронической лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей путём применения лазерных технологий. С целью изучения процессов микроциркуляции, состояния микро- и макрогемодинамики в диагностическом комплексе применялся лазерный биофотометр «Линсор». Помимо диагностической ценности, прибор позволяет подбирать лекарственные средства индивидуально каждому больному и контролировать процесс лечения. Для визуализации истинного или ложного заживления трофических язв нижних конечностей, а также для изучения термопрофиля конечностей использовался компьютерный термограф, с точностью определения температуры до 0,001°C. Комплексное обследование прошли более 500 пациентов. Для улучшения микроциркуляции в зоне трофического дефекта и ускорения сроков заживления длительно незаживающих ран широко внедрён в практику He-Ne лазер. Количество процедур варьирует от 7 до 10 за курс лечения. С целью купирования воспалительных процессов в мягких тканях, для улучшения микроциркуляции и лимфооттока в поражённой конечности успешно применяются полупроводниковые лазерные системы. Данные технологии применены 1350 пациентам. В НИИ «Неионизирующие излучения в медицине» была разработана уникальная лазерная физиотерапев-



тическая установка «Комбис» для лечения больных с вазатрофическими расстройствами нижних конечностей, сочетающая в себе одномоментное воздействие на рану лазерного излучения и лекарственного препарата в микродозах. Установка защищена Патентом РФ и готовится её промышленный выпуск. Лечение на установке «Комбис» получили более 500 пациентов сосудистого профиля. В настоящее время лечебные характеристики данного прибора активно используются в дерматологической практике. В последние 10 лет для лечения больных хронической лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей применяется метод фотодинамической терапии. Уже внедрён и защищён Патентом РФ способ эндолимфатической фотодинамической терапии в лечении 60 больных вторичным лимфостазом нижних конечностей на фоне рецидивирующих рожистых воспалений; внедрён и защищён Патентом РФ способ внутривенной фотодинамической терапии в лечении 30 больных острыми тромбозами магистральных вен конечностей; внедрён способ аппликационной фотодинамической терапии в лечении 55 больных с вазатрофическими расстройствами нижних конечностей. На основании нашего опыта применения лазерных технологий в комплексном лечении больных хронической лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей можно сделать вывод, что возможности использования лазерного излучения в хирургии безграничны. Требуется дальнейшего изучения метод фотодинамической терапии, для расширения его возможностей в хирургической практике. Лазерные технологии являются хорошей альтернативой хирургическим методам лечения больных хронической лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей при наличии абсолютных противопоказаний к оперативным вмешательствам.

**417. 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 8 лет в отделении сосудистой хирургии Клиник СамГМУ оперировано 120 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



стей 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.

418. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Самара

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Целью настоящего исследования является изучение эффективности комбинированного использования методов озонотерапии и лазерного излучения в лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами. Под нашим наблюдением и лечением находилось 66 пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей, осложненными трофическими язвами. Озонотерапия производилась в виде внутривенных инфузий (С%О₃=1500мкг/л, V=7мл/кг) и обработки язвенной поверхности озонкислородной смесью в пластиковом изоляторе (С%О₃=9000 мкг/л, T=30мин). Лазеротерапию трофических язв проводили в двух вариантах (высокоэнергетический - длина волны 0,89мкм, плотность мощности 0,5 - 3 Вт/см², низкоинтенсивное – длина волны 0,63мкм, мощность 5 – 20 мВт/см²). В клинике разработана оригинальная лазерная физиотерапевтическая установка (Патент РФ № 95262 от 27.06.2010 г.), сочетающая несколько положительных факторов: воздействие неионизирующего лазерного излучения длиной волны 0,63 мкм; микропневмомассаж поверхности трофической язвы; локальное введение лекарственного препарата в зону патологического очага; регулировка температуры воздушного потока. Результаты. В первую фазу раневого процесса удалось достигнуть раннего очищения язв, в среднем на 3-5-е сутки, по сравнению с контрольной группой (6-8-е сутки). Цитологическое исследование подтверждало быстрый (на 3-и сутки) переход дегенеративно-воспалительного в воспалительно-регенераторный тип цитограммы (в контрольной - 8-11 сутки). Сокращение доопе-

рационного периода до 5-7 дней, послеоперационного периода до 18 суток, по сравнению с контрольной группой (14 и 25 суток соответственно), позволило значительно сократить сроки нахождения пациентов в стационаре. Заключение. Применение методов озонотерапии в сочетании с лазерным излучением в комплексном лечении больных с язвенной формой хронических заболеваний вен нижних конечностей позволяет сократить предоперационную подготовку и улучшить результаты оперативного лечения в данной группе пациентов.

419. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И СОСУДОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.Л. Амбарцумян В.М., Шахбурдинов М.Ш.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ «Центральная городская клиническая больница» Великий Новгород

По литературным данным частота повреждений сосудов и желчных протоков, при выполнении открытой холецистэктомии составляет 0,1% -0,2%. При лапароскопической холецистэктомии частота этих повреждений увеличивается, составляя от 0,4 % до 2% и уменьшается по мере накопления опыта эндовидеохирургических вмешательств. По данным American Journal of Surgery на 77604 случаев лапароскопической холецистэктомии 1993 год, изолированное повреждение желчных протоков составляло до 88 %, изолированное повреждение артерий 8%. Повреждение воротной вены достигало 4 %. Сочетанные повреждения артерии и желчных протоков составляло 12 %. Однако данные цифры не являются истинными. Результаты специализированных центров выполняющих «рутинную» ангиографию у пациентов с повреждениями желчных протоков, перед реконструктивной операцией, показал, что более чем у половины пациентов имелось сочетанное повреждение протоков и сосудов печени. За 10-летний период с 2007 по 2016 годы оперировано 1979 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 100 лет, среди них лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 1645 (83,1 %), а 334 больных (16,9 %) оперированы открытым, с чревосечением, методом. Деструктивные формы воспаления желчного пузыря (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфиль-



трат или абсцесс) выявлены во время операции у 1322 больных (66,8%). Повреждение желчных протоков и сосудов гепатодуоденальной связки при выполнении лапароскопической холецистэктомии наблюдались у 6 больных, при этом повреждения гепатикохоледоха наблюдались у 3 (0,2 %) и травма сосудистых образований гепатодуоденальной связки отмечены у 3 больных (0,2 %). Следует отметить, что повреждения желчных протоков отмечены при выполнении лапароскопических вмешательств у больных с малым опытом эндовидеохирургических вмешательств. У всех больных имелись деструктивные формы воспаления желчного пузыря со значительными рубцово-склеротическими изменениями в подпеченочном пространстве. В двух случаях повреждения желчных путей были в виде полного пересечения общего желчного протока, которые были распознаны интраоперационно и после приглашения опытного хирурга произведена лапаротомия с наложением гепатикоюноанастомоза по Ру. У одного больного было краевое повреждение правого печеночного протока, в связи с чем, произведена лапаротомия, ушивание дефекта. Летальных исходов не отмечено. За последние два года повреждений желчных путей не наблюдалось. Повреждения сосудистых компонентов гепатодуоденальной связки при проведении лапароскопической холецистэктомии у больных с деструктивными формами воспаления желчного пузыря встретились у 3 больных. Во всех случаях это было изолированное повреждение сегментарных сосудов, кровоснабжающих 5 сегмент печени, обусловленное особенностями сосудистой архитектоники в области треугольника Кало, интраоперационно данная травма была распознана у одного пациента, по изменению окраски 5-го сегмента печени. Проведение курса интенсивной антибактериальной и сосудистой терапии, позволило избежать каких либо клинических проявлений, пациент выписан на 7-е сутки. В остальных случаях последствия поврежденных сегментарных сосудов проявилась в виде гнойно-септических осложнений со стороны печени и брюшной полости. У одного больного наблюдалось формирование абсцессов брюшной полости, что потребовало выполнения 3 санационных релапароскопий. У второй больной отмечено формирование абсцесса 5 сегмента печени, который вначале был дренирован под ультразвуковой навигацией, но затем в связи с сохранением лихорадки и гнойного отделяемого по дренажу выполнена релапароскопия, некрсеквестрэктомия и дренирование абсцесса 5-го сегмента печени. Во всех отмечено постепенное выздоровление больных. Выводы: лапароскопическая холецистэктомия при выполнении ее в условиях деструктивного холецистита, сопровождающегося выраженными изменениями

топографо-анатомических взаимоотношений, обусловленных воспалительно-инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря требует обязательного присутствия опытного хирурга, хорошо разбирающегося в вариантной анатомии билиарной и сосудистой систем гепатодуоденальной связки. Знание подобных вариантов, позволяет хирургу правильно ориентироваться в нестандартных анатомических ситуациях, идентифицировать атипично расположенные структуры и предотвратить их повреждение.

420. ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ХОЛАНГИТОМ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

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» Великий Новгород

За 10-летний период с 2007 по 2016 годы оперировано 1979 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 100 лет, среди них лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 1645 (83,1 %), а 334 больных (16,9 %) оперированы открытым, с чревосечением, методом. Среди оперированных больных старше 60 лет было 963 (48,7 %). Деструктивные формы воспаления желчного пузыря (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 1322 больных (66,8 %). Сочетание острого холецистита с подозрением на конкременты или наличием камней во внепеченочных желчных протоках выявлено у 169 (10,3 %) больных. Характер оперативных вмешательств у данной группы больных зависел от тяжести основного патологического процесса и сопутствующих заболеваний, выраженности механической желтухи, обструктивного холангита, данных ультразвукового исследования, интраоперационной холангиографии. В зависимости от клинико-инструментальных данных и показателей лабораторного обследования выделяли две группы больных: пациентов с острым холециститом и подозрением на холедохолитиаз, что проявлялось умеренным расширением общего желчного протока (не более 1,0-1,2 см по данным ультра-



вукового исследования), повышением показателей общего билирубина не более 50 мкмоль/л (56 больных) и пациентов острым холециститом с достоверными признаками холедохолитаза (113 больных), что проявлялось приступом желчной колики в анамнезе с последующей нарастающей желтухой, появлением темной мочи и обесцвечиванием кала, более 50 мкмоль/л, лихорадкой, расширением внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков с ультразвуковой визуализацией протоковых конкрементов). В первой группе у 26 больных была проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и при подтверждении холедохолитаза осуществлена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Вторым этапом через 2-3 суток выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). 30 больных были оперированы лапароскопическим способом и при выполнении мобилизации шейки желчного пузыря проводили интраоперационную холангиографию, при которой у 25 больных признаков холедохолитаза не было выявлено и операция завершена выполнением ЛХЭ. У 5 больных обнаружен холехолитиаз, в связи с чем, выполнена лапароскопическая холедохолитотомия под контролем холедохоскопа с последующей ЛХЭ. Во второй группе у 21 больных выполнялись ЭРХПГ, ЭПСТ с последующей ЛХЭ. 75 больных были оперированы открытым, с чревосечением, методом. Проведена открытая холецистэктомия с ревизией желчных протоков. У 20 больных предпринята ЛХЭ с лапароскопической холедохолитотомией и холедохоскопией. Показаниями в открытой или лапароскопической ревизии желчных протоков явились наличие крупных конкрементов и невозможность их удалить после ЭПСТ, либо техническая невозможность выполнения ЭРХПГ и ЭПСТ. Следует отметить, что в течение последних двух лет, при подозрении на холедохолитиаз или явных признаках холедохолитаза и холангита, мы предпочитаем лапароскопический метод с проведением интраоперационной холангиографии с последующей ревизией и литэкстрацией из желчных путей под контролем холедохоскопа. Всего лапароскопическая холедохолитотомия предпринята у 25 больных и у 20 пациентов (80 %) она успешно выполнена эндохирургическим методом. Переход на открытый доступ был осуществлен у 5 больных с наличием вклиненных в терминальном отделе конкрементов и невозможностью их извлечь в брюшную полость с помощью корзинки Дормиа или протолкнуть зондом в двенадцатиперстную кишку. У 4 больных выполнена лапаротомия, дуоденотомия, папиллосфинктеротомия, в одном случае операция завершена наложением холедоходуоденоанастомоза. Среди 47 больных, которым выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ осложнения отмечены у 3

больных (6,4 %) из них острый панкреатит у 2 (4,5 %) и перфорация двенадцатиперстной кишки у 1 больной (2,1 %). Умерла одна больная (2,1 %), 77 лет, у которой после проведения ЭРХПГ и ЭПСТ по поводу обострения хронического калькулезного холецистита, холедохолитаза с наличием 13 мм конкремента в дистальном отделе общего желчного протока сформировался панкреатогенный абсцесс в области головки поджелудочной железы, парапанкреатит с правосторонним параколитом и перитонитом, в связи с чем выполнена лапаротомия, санация брюшной полости, вскрытие и дренирование абсцесса, некрсеквестрэктомия. Послеоперационный период протекал крайне тяжело и смерть наступила на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности. В группе 25 больных, которым предпринята лапароскопическая холецистэктомия и холедохотомия послеоперационные осложнения в виде желчеистечения выявлены у 4 больных, в двух случаях они прекратились самостоятельно через 5-6 дней, у 2 больных выполнена релапароскопия, дополнительное наложение швов на холедохотомическое отверстие. У одной больной, оперированной по поводу синдром Мириizzi, 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 (холецисто-толстокишечный свищ?). 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. Умерла 1 больная (4 %), 92 лет, у которой после перехода на открытый доступ, в связи с наличием, неудаляемого, вклиненного в большом дуоденальном сосочке конкремента, был наложен холедеходуоденоанастомоз. Смерть наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Среди 75 больных, которым выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом с ревизией желчных путей у 68 операция завершена холедехостомией по Керу или Вишневскому, у 4 больных выполнена дуоденотомия, папиллосфинктеротомия и в 3 случаях операция завершена наложением билиодигестивного анастомоза. Послеоперационные осложнения отмечены у 8 больных (10,7 %) и после операции умерло 5 боль-



ных (6,7 %). Все умершие больные были старших возрастных групп и летальный исход был обусловлен экстраабдоминальными осложнениями со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Таким образом, у больных острым холециститом с подозрением на конкременты или наличием диагностированных камней в желчных протоках предпочтительно, при наличии технической возможности, выполнение эндоскопической или лапароскопической литэкстракции с последующей холецистэктомией. Открытые оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчных протоках следует выполнять при наличии противопоказаний или технической невозможности лапароскопического удаления желчных камней.

421. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГЭРБ И ГПОД

*Баулин А.А., Стародубцев В.А., Баулин В.А.,
Карманова Н.Н., Баулина О.А.*

Пенза

Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии
ПИУВ – филиал РМАНПО, ГКБ №6 им.Захарьина,
«Медиклиник»

В большинстве руководств по патологии пищевода-желудочного перехода, в частности ГЭРБ и ГПОД, перечисляются осложнения, которым как бы отдаётся первенство по частоте. Это кровотечения, стенозы, перфорации, а пищевод Барретта упоминается в последнюю очередь. Возможно, всё связано с более яркими проявлениями при других осложнениях и непосредственно более опасными для жизни. Пищевод Барретта – одно из осложнений ГЭРБ и ГПОД является довольно спорной и не до конца изученной проблемой. Уже меньше споров, что это рак или предрак. Последние годы всё больше сообщают о классификациях, которые выделяют до 18 форм пищевода Барретта, глубокие и поверхностные формы, короткий и ультракороткий сегменты и др. Многие внесли в изучение, понимание и диагностику процесса видеозендоскопия с возможностью интеллектуальной цифровой хромоскопии, эндоУЗИ и конфокальная лазерная томография. С учётом разной оснащённости ЛПУ, где в подавляющем большинстве ещё ведущим исследованием является фиброскопия значительно ограничивающая достоверное заключение, оптимально различать метапластический и диспластический процессы: метаплазия желудочная, тонкокишечная и толстокишечная и дисплазия лёгкой (А), средней (В) и тяжёлой степени (С). Согласно

современной интерпретации все виды метаплазии и дисплазии лёгкой и среднетяжёлые являются доброкачественными процессами, и только дисплазия тяжёлой или (С) степени трактуется как аденокарцинома. Анализируя нашу работу в период, когда эндокопию осуществляли фиброскопами (общее число 1645), то воспалительные изменения в нижней трети пищевода регистрировались у 379 обследуемых - 23,3%, а пищевод Барретта подозревался у 1-2%. С внедрением видеоэзофагогастро-дуоденоскопии изменения воспалительного характера - ГЭРБ в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита по Савари-Миллеру в модификации G.N.J.Tytgat et al. (1990 г) при наличии жалоб стал регистрироваться у 59,65% пациентов (у 3162 из 5301. По степеням рефлюкс-эзофагит распределился следующим образом: 1 ст. — 2821 пациент (89,22%), 2 ст. — 158 пациентов (5,00%), 3 ст. — 56 пациентов (1,77%), 4 ст. — 18 пациентов (0,57%), 5 ст. — 109 пациентов (3,45%), то есть из 200 у 7 можно выявить пищевод Барретта. Применяя технологии HRE и HDTV, нам удалось выявить следующие типы строения области пищевода-желудочного перехода: диффузная миграция железистого эпителия за границу папиллярных сосудов, миграция в виде язычков и островков, смазанность зубчатой линии, четкая зубчатая линия с формированием фиброзного кольца, гиперкератоз многослойного плоского эпителия (простая лейкоплакия). Таким образом ведущим осложнением ГЭРБ является рефлюксный эзофагит и в том числе пищевод Барретта, тогда как из других осложнений могли бы отметить только стенозы и хроническую анемию, которую ещё было нужно доказать по происхождению, да и то у отдельных больных. В 2014-2016гг. мы наблюдаем 86 пациентов с ГЭРБ и ГПОД, у которых видеозендоскопически с применением интеллектуального цветового преобразования выставлен диагноз пищевод Барретта, у 61 произведено подтверждение цитоморфологически, и данные полностью совпали с предположением при видеозендоскопии (остальные отказались от цитоморфологического исследования, поскольку исследования платные). Мужчин было - 50, женщин – 36, возраст варьировал от 26 до 78 лет. При видеозендоскопии с цифровой хромоскопией чётко видны очаги поражения разные по протяжённости по длиннику и по периметру. Цитоморфологическое исследование у 61 больного выявили: желудочную метаплазию у 21; кишечную метаплазию у 30 с дисплазией легкой степени у 4; дисплазии тяжелой степени - нет; патологии не выявлено (нормальный многослойный плоский неороговевающий эпителий, желудочный, покровнопочечный эпителий) у 10, но видеоскопические картины очень характерные, сегменты поражения короткие – мы не снимаем с учёта. Пи-



щевод Барретта мы рассматриваем и как стабильный, и как динамический процесс, но ни в коем случае как строго определённый и часто спорный в плане онкологического толкования. Нам больше импонирует, и это мы видим по результатам цитологического и гистологического исследований, что пищевод Барретта характеризуется гиперкератическими, метапластическими и диспластическими изменениями слизистой оболочки пищевода. Поэтому когда мы обнаруживаем гиперкератоз, желудочную, тонкокишечную и толстокишечную метаплазии, дисплазию лёгкой и средней тяжести, то речь ведём о доброкачественном процессе. И только при дисплазии тяжёлой степени или при обнаружении плоскоклеточного неороговевающего рака, ставим диагноз злокачественного процесса. Все пациенты получали консервативное лечение по стандартной схеме, получено улучшение у 77; 9 больных оперированы. Им произведены операции: по Дору - 2; по Черноусову - 2, лапароскопическая фиксация угла Гиса (ЛфуГ) по оригинальной методике - 5. Первые четверо больных оперированы в других клиниках, на контрольные исследования не явились, также как и трое, которым выполнялась ЛфуГ У двоих зафиксирован видеоэндоскопией полный регресс пищевода Барретта и восстановление плоского неороговевающего эпителия - подтверждено цитоморфологически, что признано как феноменальное явление, и даёт повод задуматься о необходимости агрессивной эрадикации перед антирефлюксными операциями.

422. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕПАРАЦИОННЫХ ПЛАСТИК ПРИ СРЕДИННЫХ ГРЫЖАХ.

Кулиев С.А., Егиев В.Н., Евсюкова И.В.

Москва

Кафедра хирургии и онкологии ФПК МР МИ РУДН

Введение. Послеоперационная вентральная грыжа является наиболее частым осложнением у пациентов, перенесших лапаротомию, и составляет по данным различных авторов от 2% до 25%. Использование сетчатого имплантата приводит к развитию послеоперационных осложнений от 9 до 50%, и к частоте рецидивов от 5% до 11%. Во всех работах авторы отмечают и выделяют основной фактор риска рецидива грыжи- инфекцию, риск заражения которой увеличивается у пациентов с сахарным диабетом, ожирением, сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями

ми, а также у пациентов принимающих стероиды. Когда ширина дефекта передней брюшной стенки превышает 10 см и более, встает вопрос о применении не только сетчатых имплантатов, но и вариантах сепарационной пластики.

Актуальность: В настоящее время, существует 2 метода сепарационной пластики: передняя сепарационная пластика (ACS) и задняя сепарационная пластика (PCS). Преимущества одного метода перед другим не определены. В этой связи, нами решено провести исследование и определить непосредственные и отдаленные результаты после сепарационных пластик.

Материалы и методы. В период с января 2014г по январь 2017г, в герниологическом центре ГКБ №1 был прооперирован 91 пациент с применением сепарационной пластики. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа - пациенты, которым выполнена ACS (40 пациентов) и 2 группа - пациенты, которым выполнена PCS (51 пациент). По возрасту, полу и сопутствующей патологии пациенты существенных различий не имели. Средний возраст в первой группе 58,4±11 лет, во второй группе 57±14,4 лет. ИМТ 40 ±13 / 34 ±14. Пациенты с Сахарным диабетом 2 типа - 5 пациентов в первой группе и 9 пациентов во второй группе. Пациенты, в анамнезе которых были операции по поводу онкологии - 1 пациент в первой группе, 4 пациента во 2 группе. У всех пациентов ширина грыжевых ворот составляла 10см и более. Длительность операции не отличалась в обеих группах. Интраоперационных осложнений в обеих группах нами не отмечено. В послеоперационном периоде проводилось мультимодальное обезболивание (эпидуральная аналгезия, наркотические анальгетики), антибиотикотерапия, профилактика ТЭЛА, ранняя активизация. Период наблюдения составил 12,3 мес (1 мес - 29мес).

Результаты. 1 группа (ACS), ранние осложнения: серома - 1 пациент, гематома - 1 пациент, тромбоз сосудов нижних конечностей -1 пациент. На 20 сутки после выписки, госпитализация потребовалась 1 пациенту с серомой, расхождением краев послеоперационной раны, некрозом участка кожи передней брюшной стенки. На 21 сутки госпитализация потребовалась 1 пациенту, и на 47 сутки 1 пациенту, по поводу серомы, проводились пункции жидкостного образования. Поздние осложнения: многократные пункции по поводу серомы, без госпитализации в стационар - 1 пациент, снижение чувствительности передней брюшной стенки -1 пациент. Летальный исход - 1 (2,5%) в связи с развитием абдоминального компартмент синдрома. 2 группа (PCS), ранние осложнения: тромбоз сосудов нижних конечностей - 3 пациента, ТЭЛА -1 пациент. Пневмония - 3 пациента. Повторное оперативное вмешательство потребовалось 3 па-



циентам: по поводу острой кишечной непроходимости – 2 пациента, разрыва внутренних косых мышц живота – 1 пациент. На 3 сутки после выписки, госпитализация потребовалась 1 пациенту с гематомой, проводились многократные пункции. На 7 сутки после выписки повторная госпитализация потребовалась 1 пациенту и на 11 сутки после выписки 1 пациенту, по поводу инфицированной гематомы. Выполнено вскрытие, дренирование гематомы. На 14 сутки госпитализирован пациент по поводу серомы, проводились многократные пункции жидкостного образования. Поздние осложнения: снижение чувствительности передней брюшной стенки – 3 пациента. Рецидив отмечен у 1 пациента через 6 месяцев (1,96%). Летальный исход – 1 (1,96%), в связи с развитием абдоминального компартмент-синдрома.

Заключение. По количеству осложнений, качеству жизни, летальных исходов, достоверных различий не получено. Однако, данная работа требует дальнейшего продолжения и анализа.

423. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Лукин П.С., М.Ф. Заривчацкий, А.Б. Виноградов, С.А. Денисов, С.А. Блинов

Пермь

- 1) ГБУЗ Пермского края «Городская клиническая поликлиника №5» 2) ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера»

Важной проблемой СДС остаются низкие показатели качества жизни (КЖ) пациентов. Для реабилитации после хирургического лечения СДС в ряде случаев необходимо участие психолога или психотерапевта. Цель работы: на основании анализа КЖ оценить результаты лечения больных с СДС. Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов с СДС. Длительность заболевания СД составила $11,52 \pm 4,41$ лет, наличие трофической язвы в течение $5,44 \pm 2,23$ лет. Пациенты обеих групп получали 10 внутривенных капельных инъекций тиоктовой кислоты 600 ЕД в дневном стационаре и продолжали амбулаторное лечение до полного заживления трофических язв. перевязки проводили адгезивными повязками через 3 дня в каждой группе. Для оценки КЖ больных с СДС нами был разработан анонимный опросник, (рац. пред. № 2673 от 28.04.2015). В основной группе для сохранения активности препарата применяли усовершен-

ствованной инфузионной системы (патент на полезную модель №133420 от 20.10.2013). Местное лечение дополнено, комбинацией адгезивных повязок Permafoam comfort и Atrauman Ag (рац. пред. №2671 от 12.02.2015). КЖ оценивали путем суммирования набранных баллов и расчетом интегрального показателя (ИП). Максимальное количество баллов 58, min — 12. Промежуток от 12 до 24 — психологическое состояние «плохое»(П); от 25 до 34 - «удовлетворительное»(У); от 35 до 46 - «хорошее»(Х); от 47 до 58 - «отличное»(О). Опрос проводили в первый день лечения, день эпителизации трофической язвы и через 5 месяцев после лечения. Всего проанализировано 120 анкет. Исходные данные в основной группе были следующие: 4 человека оценили КЖ как «О»; 7 - «Х»; 18 - «У»; 1 - «П». В группе сравнения: 5 - «О»; 9 - «Х»; 16 - «У». У 30% (9 человек) пациентов основной группы после лечения психологическое состояние изменилось с «У» на «Х», в группе сравнения изменения были незначительны в пределах числовых промежутков первого дня лечения. В основной группе у пациента, чье состояние было оценено как «П», изменений после лечения не произошло. При исследовании ИП КЖ у пациентов основной группы до начала лечения min значение составило 8,69%, max — 91,30%, наиболее часто встречаемый ИП КЖ на уровне 40-65%, после лечения этот показатель был в промежутке 45-70%, max значение составило 95,65%, min — 13,04%. У пациентов группы сравнения min значение составляет 30,43%, а max — 86,95%, у большинства пациентов ИП КЖ - на уровне 30-55%, после лечения существенно не изменились - 35-55%. Вывод: Предложенный нами метод лечения СДС сокращает сроки лечения и улучшает КЖ пациентов.

424. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ СО СТЕРИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Цеймах Е.А. (1), Бомбизо В.А. (2), Аверкина А.А. (1,2), Устинов Д.Н. (2), Булдаков П.Н. (2), Удовиченко А.В. (2), Бердинских А.Ю. (2)

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России
2) КГБУЗ "Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи"

Введение. Применение миниинвазивных методов в хирургических отделениях «Краевой клини-



ческой больницы скорой медицинской помощи» города Барнаула является приоритетным направлением в лечении некротического панкреатита.

Цель. Изучение эффективности применения миниинвазивных вмешательств у больных с острым стерильным панкреатитом при наличии жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинной клетчатке.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 202 пациентов с асептической формой острого панкреатита средней и тяжелой степени. Среди поступивших больных жидкостные скопления выявлены у 136 (67,3%), а плотные инфильтраты без жидкостного компонента у 66 (32,7%). У 70 (34,7%) пациентов с асептическим панкреонекрозом было достигнуто клиническое выздоровление на фоне консервативного лечения, а у 132 (65,3%) больных потребовалось оперативное вмешательство, общее количество которых составило 171 (100%). Чрескожных пункционно-дренирующих операций под УЗ-контролем выполнено 24 (14,0%) у пациентов со сформированными жидкостными скоплениями. После проведения 56 (32,8%) лапароскопий с дренированием брюшной полости у пациентов с острым панкреатитом был достигнут положительный эффект, в результате эвакуации ферментативного выпота. Наличие жидкостных скоплений размером более 5-8 см в сальниковой сумке без четких признаков отграничения в сочетании с отеком парапанкреальной клетчатки, являлось показанием к выполнению 31 (18,1%) оментобурсоскопий с абдоминализацией поджелудочной железы. Жидкостные скопления и отек в околоободочной клетчатке потребовали выполнения 8 (4,7%) ретроперитонеоскопий с дренированием забрюшинного пространства, а в 4 случаях ретроперитонеоскопия сочеталась с дренированием сальниковой сумки для создания «сквозного» дренажа забрюшинной клетчатки. Клинические признаки асептической секвестрации послужили показаниями к выполнению 9 (5,3%) санационных оментобурсоскопий с некрсеквестрэктомиями через ранее сформированную оментобурсостому. У 11 (8,3%) пациентов с тотальным поражением поджелудочной железы и асептической секвестрацией забрюшинной клетчатки проведено более 2 санаций. Для декомпрессии билиарного тракта при остром панкреатите выполнено 38 (22,2%) видеолапароскопических холецистэктомий с дренированием холедоха по Пиковскому. Наложение 5 (2,9%) чрескожных чреспеченочных холецистостом под УЗ контролем позволило устранить желтуху у больных острым билиарным панкреатитом. При выполнении оментобурсоскопии потребовалось 5 (2,8%) конверсий доступа (лапаротомия) по причине интраоперационного кровотечения - 2 (1,1%) и выраженного

инфильтративно-спаечного процесса - 3 (1,7%). Летальных исходов у пациентов прооперированных с использованием миниинвазивных методик зафиксировано не было.

Результаты: Применение миниинвазивных методов в лечении больных с острыми жидкостными скоплениями при стерильной форме острого панкреатита позволило успешно купировать патологический процесс в 97,2% случаев, в 2,8% - потребовалась конверсия доступа.

Выводы. Применение миниинвазивных методов в лечении больных с острыми жидкостными скоплениями при стерильной форме острого панкреатита в 97,2% случаев явилось окончательным методом лечения. Использование миниинвазивных технологий у больных некротическим панкреатитом с острыми жидкостными скоплениями позволило улучшить результаты лечения.

425. ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ХИРУРГА И АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

Пасечник И.Н.(1), Хрыков Г.Н.(2)

Москва, 2) Санкт-Петербург

ФГБУ ДПО «Центральная государственная
медицинская академия»

УД Президента РФ, Москва (1)

ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им.
С.М. Кирова, Санкт-Петербург (2)

Лечение хирургического больного нельзя сводить только к выполнению оперативного вмешательства и послеоперационному периоду. Значимым этапом является подготовка к операции, когда оценивается переносимость пациентом оперативного вмешательства и проводится коррекция сопутствующей патологии. Внедрение в клиническую практику программы ускоренного выздоровления (ПУВ) заложило основы для командного (мультидисциплинарного) подхода к ведению хирургических больных с участием врачей различных специальностей: хирургов, анестезиологов-реаниматологов, клинических фармакологов и др. При традиционном подходе хирург и анестезиолог-реаниматолог сосуществовали параллельно, каждый выполнял определенный объем работы. Их взаимодействие можно было описать, как вечный спор о том, кто из них важнее для пациента. Непонимание возникало на всех этапах периоперационного периода. Эти разногласия зачастую препятствовали конструктивному сотрудничеству



и точно не шли на пользу больного. Зарождение этих противоречий относится к моменту, когда для многих операций существовала дилемма: местное обезболивание или наркоз. Другая ситуация, при которой возникали конфликты, – подготовка пациента к операции. Хирург считал, что больной достаточно обследован и подготовлен, его можно оперировать. Анестезиолог-реаниматолог же по ряду причин придерживался другой точки зрения, или наоборот. В настоящее время оказание хирургической помощи претерпело существенные изменения, что связано с целым рядом факторов: совершенствованием подготовки больных к операции, технологий хирургических вмешательств и ведения больных в послеоперационном периоде. В немалой степени улучшению результатов хирургического лечения способствовало появление эндовидеохирургии. Времена, когда филигранное мастерство хирурга определяло результат операции, прошли. Появление симуляционных центров, новых шовных материалов, эндовидеохирургической аппаратуры и т.д. в известной мере уравнивает хирургов в их мастерстве. Активно развивается стандартизация подходов к хирургическим вмешательствам. Статистика неумолимо свидетельствует, что количество несостоятельности швов анастомоза, интраоперационных кровотечений и других осложнений снижается. Значит, качество оперирования в целом растет, и сейчас априори подразумевается, что квалификация хирурга находится на достаточном уровне, чтобы исключить ее влияние на исход операции. В противном случае теряется смысл далее обсуждать проблему оказания помощи хирургическим больным, и необходимо остановиться на образовании и подготовке кадров. В условиях безупречной хирургической техники оперативных вмешательств улучшение результатов стационарного лечения может быть достигнуто за счет командного (междисциплинарного) взаимодействия медицинских специалистов, особенно в российских медицинских реалиях. В ПУВ отдельные компоненты лечения теряют свою специфичность и фрагментарность относительно конкретных специалистов и приобретают черты единого лечебного процесса, в успехе которого заинтересована вся команда, а не отдельные ее участники. В качестве примера приведем отдельные составляющие периоперационного ведения: нутритивную подготовку до операции, использование мышечных релаксантов во время операции и послеоперационное обезболивание. До операции оценка нутритивного статуса больного позволяет вовремя корректировать имеющуюся белково-энергетическую недостаточность, что в свою очередь приводит к снижению количества послеоперационных осложнений и длительности госпитализации. Для выявления нутритивной

недостаточности, которая может быть проведена на догоспитальном этапе как хирургом, так и анестезиологом реаниматологом, целесообразно использовать скрининговый протокол Nutritional Risk Screening 2002 (NRS- 2002). Применение препаратов для сипинга позволяет осуществлять метаболическую поддержку и полноценно готовить пациентов к операции на догоспитальном этапе. Другой аспект, на который хочется обратить внимание, – это нейромышечная блокада (НМБ) во время операции, являющаяся неотъемлемым компонентом анестезии. На первый взгляд кажется, что это чисто анестезиологическая проблема. Однако при ближайшем рассмотрении – это не так. Значительная часть современных операций выполняется лапароскопическим доступом в условиях карбоксиперитонеума. Здесь мы сталкиваемся с двумя взаимоисключающими составляющими. С одной - стороны необходимо обеспечить хороший обзор операционного поля хирургу, для чего в брюшную полость вводится углекислый газ. С другой – желательна не превышать референсных значений внутрибрюшного давления (обычно не более 12-14 мм рт. ст.) и критического времени непрерывного карбоксиперитонеума (не более 6 часов). Возникает конфликт интересов хирурга и анестезиолога-реаниматолога. Для проведения искусственной вентиляции легких достаточен неглубокий НМБ. Но при такой релаксации передняя брюшная стенка пациента расслаблена недостаточно, что создает трудности при лапароскопических манипуляциях, увеличивает время вмешательства, повышает опасность неконтролируемых движений у больного и заставляет хирурга повышать внутрибрюшное давление (ВБД) карбоксиперитонеума. Вместе с тем создать комфортные условия для оперирования можно при низких цифрах ВБД, но в условиях глубокого НМБ. Однако его достижение сопровождается замедленным выходом пациента из наркоза и остаточными явлениями НМБ, которые могут приводить к дыхательным нарушениям в постнаркозном периоде, в том числе и фатальным. Для решения этой проблемы целесообразно проводить мониторинг нервно-мышечной проводимости, использовать управляемые мышечные релаксанты и применять в случае необходимости лекарственные средства для риверсии НМБ. В послеоперационном периоде важным компонентом ПУВ является послеоперационное обезболивание. Именно в этот момент болевые ощущения могут в значительной степени нивелировать успех оперативного вмешательства и создать проблемы для реабилитации. Кроме того, именно боль чаще всего остается в памяти пациента о пребывании в хирургической клинике. Общеизвестным является тот факт, что послеоперационный болевой синдром ухудшает ре-



зультаты лечения. Однако до сих пор эта проблема не решена. Значительная часть хирургических больных не получают должного обезболивания. При современном уровне развития фармакологии оптимальным становится использование мульти-модального подхода к послеоперационному обезболиванию, т.е. одновременному применению нескольких препаратов различных по механизму действия и точкам приложения, а также методов регионарной анестезии. Такие схемы обезбоживания разрабатывают с целью достижения максимального анальгетического эффекта при меньших дозировках отдельных лекарственных средств. Одновременно достигается снижаются частота и выраженность известных побочных эффектов препаратов. Классическая схема мультимодальной анальгезии, используемая в послеоперационном периоде для обезбоживания, включает опиоиды, нестероидные противовоспалительные средства, нефопам, парацетамол и адъювантные препараты. Использование мультимодальной анестезии позволяет добиться опиоидсберегающего эффекта и минимизировать побочные действия наркотических анальгетиков или вовсе отказаться от их применения, что соответствует концепции ПУВ. Таким образом широкое и эффективное внедрение ПУВ и повышение качества оказания помощи хирургическим больным во многом основано на тесном взаимодействии хирургов и анестезиологов-реаниматологов на всех этапах периоперационного периода. Формирование единой команды со специалистами смежных областей и средним медицинским персоналом помогает предотвратить фрагментацию лечебного процесса в зависимости от конкретного специалиста и выработать единые эффективные подходы лечения хирургических больных.

426. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Семенов Д.Ю., Борискова М.Е., Панкова П.А.,
Быков М.А., Волчков Г.В., Рамазанова Э.А.*

Санкт-Петербург

ФГБОУВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, кафедра общей хирургии,
НИИ хирургии и неотложной медицины. ФГБУ
«СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова»
Минздрава России.

Введение: Внедрение современных эндовидеохирургических и роботассистированных операций

в рутину хирургии щитовидной железы требует оценки преимуществ и недостатков этих методов. **Цель:** сравнить преимущества и недостатки при операциях на щитовидной железе традиционным, эндовидеоассистированным (ЭВА) доступом по Микколи и эндовидеохирургическим (ЭВХ), в том числе робот-ассистированным (РА), аксиллярным доступом. Материалы и методы: клиника общей хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова исторически занимается вопросами хирургии щитовидной железы. За более чем сорокалетнюю историю выполнено порядка 3000 операций на щитовидной железе. С 2011 года выполнено 113 ЭВА операций по технике Микколи, а с 2014 года выполнено 45 ЭВХ операций аксиллярным доступом, в том числе 14 РА операций аксиллярным доступом на базе ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова». Количество специфических осложнений при операциях на щитовидной железе соответствует мировому уровню. С целью проведения сравнительного исследования были проанализированы результаты выполнения гемитиреоидэктомии у 127 пациентов в возрасте от 20 до 69 лет, оперированных в период с июня 2014 по декабрь 2016 гг. Показаниями к операциям стали: фолликулярная опухоль щитовидной железы, одноузловой токсический зоб, узловой нетоксический зоб. Были выделены 3 группы в зависимости от применяемого доступа: 1 группа – 45 пациентов, оперированных через доступ по Кохеру, 2 группа – 37 пациентов, оперированных по методике Микколи, 3 группа – 45 пациентов, оперированных из аксиллярного доступа (из них 14 РА операции). Критериями сравнения стали: продолжительность операции, наличие интра- и послеоперационных осложнений, оценка болевого синдрома в раннем и позднем послеоперационном периоде и косметичность результата. Оценку болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), в отдаленном послеоперационном периоде – при помощи опросника «Pain DETECT» (R. Freynhagen, 2005- 2006). Для оценки косметичности операции выполнялось анкетирование с использованием шкалы POSAS (Patient and observed scar assessment scale, 2005). Результаты: Средняя продолжительность операции составила в 1 группе – 40+20 минут, во 2 группе - 40+24 минуты, в третьей – 123+47 минут. Замечена четкая корреляция продолжительности операций у пациентов как второй, так и третьей группы от размера доли железы, а также размера, плотности и локализации узла. При выполнении операции любым методом «ключом» операции считаем визуализацию возвратного гортанного нерва и паращитовидных желез. Послеоперационные осложнения в виде пареза гортани (во всех случаях транзиторного) возникли у одного



человека в каждой группе, паразитовидной недостаточности не было. Неспецифические осложнения в послеоперационном периоде распределились следующим образом: в первой группе – 1 случай гематомы послеоперационной раны; во второй группе - 2 случая гематомы области послеоперационной раны; в 3 группе - 2 случая гематомы по ходу раневого канала, у 3 пациентов транзиторно отмечался плечевой плексит, связанный с укладкой пациента во время операции. В раннем послеоперационном периоде болевой синдром при ЭВХ операциях из аксиллярного доступа был несколько выше, чем в группах сравнения – 2 балла против 4 по ВАШ. К моменту выписки из стационара уровень болевого синдрома в группах нивелировался. В отдаленном послеоперационном периоде болевой синдром не беспокоил. Согласно анкетированию пациентов с использованием шкалы POSAS, удовлетворенность косметическим результатом через 1 месяц после операции из аксиллярного доступа достоверно выше, чем после традиционной операции. Выводы: Традиционный доступ, ЭВА и ЭВХ методики сравнимы по количеству осложнений. ЭВХ аксиллярный доступ имеет косметическое преимущество.

427. РЕДКАЯ ПРИЧИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ - ОБТУРАЦИЯ БЕЗОАРАМИ, КИШЕЧНЫМИ И ЖЕЛЧНЫМИ КАМНЯМИ

*Давидов М.И., Субботин В.М., Бусырев Ю.Б.,
Никонова О.Е., Зинец С.И.*

Пермь

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

Цель исследования – изучение особенностей этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения обтурационной кишечной непроходимости, вызванной безоарами, кишечными и желчными камнями.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии на базе ГКБ №2 г. Перми за 20 лет наблюдали 37 больных острой кишечной непроходимостью (ОКН), развившейся в результате обтурации кишки безоарами, кишечными и желчными камнями. Это составило лишь 4,4% больных ОКН. Пациенты были в возрасте от 18 до 93 лет с преобладанием лиц преклонного возраста (20). Для диагностики использовали современные лучевые и эндоскопические методы.

Результаты и обсуждения. У 12 пациентов причиной ОКН явился фитобезоар – плотное образо-

вание из растительных продуктов. Преобладали диоспирозбеоары (образования из хурмы) – у 8 чел. У 4 пациентов безоары образовались после избыточного употребления орехов, винограда, апельсинов и черемухи. Образованию безоаров способствовали бесконтрольный прием, особенно натошак, указанных безоарогенных продуктов, резекция желудка и другие операции на ЖКТ в анамнезе. В 6 случаях отмечена обтурация безоаром тощей кишки, в 6 случаях - подвздошной. Всех больных беспокоили сильные схваткообразные боли в животе, неукротимая рвота. Безоары удалены путем энтеротомии с хорошими ближайшими и отдаленными результатами у всех больных. У 10 пациентов причиной ОКН явился кишечный камень, обтурировавший просвет кишки. Кишечные камни подразделяем на 2 группы: а) истинные (энтеролиты), б) ложные или каловые (копролиты). Консистенция всех кишечных камней достигала плотности природного камня. Энтеролиты, отмеченные у 4 чел., содержали в своем составе мел, сернокислый барий, соли магния и алюминия. Копролиты (у 6 больных) представляли собой чрезвычайно уплотненные каловые массы без минерального компонента. Кишечные камни удалены путем энтеро- или колонолитотомии с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Желчные камни, проникшие в просвет тонкой кишки через холецистодуоденальный свищ, наблюдали у 15 больных. Это были женщины в возрасте 62-93 года с длительностью течения желчнокаменной болезни от 6 до 40 лет. Исследование показало, что в диагностике желчнокаменной кишечной непроходимости решающую роль имели: 1. симптомы интермиттирующей кишечной непроходимости у женщин преклонного возраста с желчнокаменной болезнью в анамнезе; 2. рентгенологические признаки ОКН (чаши Клойбера, нарушение пассажа контрастного вещества по кишечнику); 3. рентгенологическое выявление газа в желчных протоках (аэрохолия); 4. наличие рефлюкса контрастного вещества из кишки в желчный пузырь через билиодигестивный свищ; 5. обнаружение устья билиодигестивного свища при дуоденоскопии; 6. расширенные кишечные петли и гиперэхогенное образование в просвете кишки при УЗИ. У 7 больных выполнена энтеролитотомия, у 5 – радикальная операция (разобщение свища, холецистэктомия, энтеролитотомия).

Заключение. Разработка и внедрение современных методов диагностики ОКН, обусловленной безоарами и кишечными камнями, позволили значительно улучшить результаты лечения. Летальный исход наблюдали лишь у 1 (2,7%) пациента, остальные больные имели хорошие ближайшие и отдаленные результаты.



428. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ НЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Расулов Р.И. (1), Дворниченко В.В. (1, 2), Муратов А.А. (1), Сонголов Г.И. (2)

Иркутск

- 1) Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
- 2) Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Основной причиной неудовлетворительных отдалённых результатов лечения неорганых забрюшинных опухолей (НЗО) является локорегионарное рецидивирование. Развитие рецидива обусловлено в первую очередь радикальностью проведённого хирургического лечения. В связи с этим, в настоящее время основным эффективным методом лечения местно-распространённых НЗО является радикальное хирургическое удаление опухоли единым блоком с поражёнными органами и анатомическими структурам.

Цель: изучить непосредственные результаты расширенно-комбинированных операций при НЗО с вовлечением органов и анатомических структур брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материалы и методы. За период с 1996-2016 г.г. в Иркутском областном онкологическом диспансере находилось на лечении 140 больных с НЗО, которым были выполнены расширенно-комбинированные операции. Возраст больных колебался от 17 до 76 лет, распределение по гендерному признаку: 41% мужчин и 59% женщин. Распределение по гистологическому строению опухоли было следующим: герминогенные опухоли - 6%, опухоли мезенхимы - 66,8%, MPNST - 16,2%, опухоли эндокринной системы - 4,5% и опухоли неопределённой дифференцировки - 6,5%. Средний размер НЗО составил 18,7±8,3 см (3,0-62,0 см).

Результаты. Всего выполнено 146 хирургических вмешательств в расширенно-комбинированном варианте. Резекция или удаление одного органа выполнено в 56%, вмешательства на двух органах выполнено в 24,6%, на трёх - 15%, на четырёх и более органах - 4,4%. Наиболее часто выполняли резекцию или удаление почки - 47,9%, ипсилатерального надпочечника - 42,4%, магистральных сосудов живота - 13,6%. В 5 случаях (3,4%) была выполнена реплантация удалённой почки в гетеротопическую позицию. Средняя продолжительность комбинированных операций составила 243±98,6

мин. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 910,0±550,0 мл. Интраоперационные осложнения возникли в 8,2% (12 наблюдений): повреждение магистральных сосудов живота / крестцового венозного сплетения - 5 / 2 наблюдениях, повреждение мочеточника - 1, повреждение селезёнки - 1, повреждение ободочной кишки - 2, повреждение прямой кишки - 1. Летальности из-за развития интраоперационных осложнений не было. Частота послеоперационных осложнений, послеоперационный койко-день при удалении НЗО в расширенно-комбинированном объёме соответственно составили 26% (36 наблюдений), 15,2±6,1 дней. Структура послеоперационных осложнений согласно классификации Clavien-Dindo: I степени - 50%, II степени - 25%, IIIa степени - 11,1%, IIIb степени - 8,3%, IVa степени - 2,7%, V степени - 2,7%. Один пациент умер в раннем послеоперационном периоде от прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне перитонита. Выводы. Расширенно-комбинированные операции предполагают максимально радикальный объём хирургического пособия. Расширение объёма операции не увеличило частоту послеоперационных осложнений и летальности.

429. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Магомедхайиров Ш.М.(1), Абдулаев М.А.(1,2), Апэрече Б.С.(2), Авдеев А.М.(")

Санкт-Петербург

- 1) СЗГМУ им. И.И.Мечникова,
- 2) Спб ГБУЗ "Александровская больница"

Материалы и методы. Эндоскопическое дренирование псевдокист поджелудочной железы произведено нами у 38 больных (24 мужчин и 14 женщин). Возраст больных составлял от 28 до 78 лет, средний возраст 47,8 лет. Генез панкреатита у 15 больных был билиарным, у 4 больных идиопатическим, у 19 больных алкогольным. У 24 больных были диагностированы острые кисты, у 14 - хронические.

Результаты. Во всех случаях на первом этапе пытались выполнить дуктографию с целью установить сообщение между протоками поджелудочной железы и полостью кисты. Выполнить дуктографию оказалось невозможным у 14, причём у 1 из них пришлось вообще отказаться от эндоскопического метода лечения. Связь кисты с протоками поджелудочной железы была выявлена у 24 пациентов. Во всех случаях в полость кисты или через участок



протока связанного с кистой устанавливали эндопротез либо назопанкреатический дренаж. Практически сразу после выполнения стентирования у всех пациентов отмечено купирование болевого синдрома. Наш опыт у 24 пациентов показал, что установленный эндопротез очень быстро забивался тканевым детритом и повторное вмешательство приходилось выполнять через 2-3 дня, поэтому всем последующим больным мы сразу устанавливали назопанкреатический дренаж. Резолюция кист была достигнута в сроки от 11 до 18 дней. В случаях, когда транспапиллярный доступ был неудачен либо невозможен выполняли трансмуральное дренирование кисты. Нами было наложено 10 эндоскопических цистогастростом и 4 цистодуоденостомы. В полость псевдокисты вводили канюлю для ЭРХПГ, визуально оценивали полученное содержимое кисты (получение жидкости с большим количеством детрита являлось показанием к установке цистоназального дренажа). Осложнения в виде кровотечения с кровопотерей легкой степени наблюдались у двух пациентов, после трансмуральной цистогастростомии и у одного пациента страдающего циррозом печени, после транспапиллярного доступа. И опираясь на опыт, проводимых нами ПСТ с РХПГ при другой панкреатобилиарной патологии, нам пришлось отказаться от выполнения данной манипуляции у подобных пациентов. Полная резолюция кист достигнута у 10 пациентов из 14. В одном случае пациент самостоятельно удалил себе цистоназальный дренаж и отказался от дальнейшего лечения, в другом эндоскопическое дренирование у пациента с гигантской многокамерной кистой являлось этапом подготовки пациента к другому хирургическому лечению. Заключение Наиболее перспективным и патоморфологически обоснованной является транспапиллярная методика. Но и эндоскопическое наложение цисто и гастростомы так же весьма привлекательна своей малоинвазивностью и сохранением анатомического расположения органов брюшной полости. Эндоскопия может использоваться как этап подготовки пациента к хирургическому лечению, либо как самостоятельный метод, в особенности у ослабленных больных.

430. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Самара

Самарский государственный медицинский университет

Проведено наблюдение 24 пациентов с лимфедемой нижних конечностей в возрасте от 19 до 64 лет, которым на фоне комплексной противоотечной терапии выполнено оперативное лечение. I стадия заболевания была выявлена у 2 пациентов, II стадия – у 17, III стадия – у 5. Всем пациентам в дооперационном периоде применяли перемежающуюся пневматическую компрессию, магнитотерапию, гравитационную терапию (патент РФ № 2441635 от 10.02.2012 г.). Операции лимфенозного шунтирования проведены у 5 пациентов с первичной лимфедемой с признаками проксимальной гипоплазии лимфатических сосудов и 19 пациентов с вторичной лимфедемой преимущественно посттравматического характера. Курс противоотечной терапии (5-7 сеансов) повторяли с 5-х суток послеоперационного периода. При комплексном лечении все больные ощущали исчезновение или уменьшение чувства тяжести и распирающего в пораженной конечности. Отмечено уменьшение периметров конечности на 12-15% у 13 пациентов с I и II стадиями заболевания. По данным ультразвукового сканирования мягких тканей конечности, наблюдалось изменение структуры в виде исчезновения или уменьшения гипоехогенных образований в подкожном слое. У пациентов с III стадией лимфедемы ультразвуковая картина изменялась незначительно, отмечено уменьшение периметров конечности на 5%. Улучшение резорбционной функции лимфооттока на 20-22% по результатам лимфотропной пробы и лимфосцинтиграфии отмечено у 9 пациентов с I и II стадиями заболевания. Таким образом, на эффективность гравитационной терапии в комплексном лечении больных с лимфедемой нижних конечностей при аналогичных показаниях к лимфенозному шунтированию, основное влияние оказывает стадия заболевания. При начальных, I и II стадиях лимфедемы, характеризующихся сохранением структуры лимфатических сосудов и мягких тканей, функциональными возможностями лимфангионов, стимулирующее воздействие на лимфообращение выше. С нарастанием диффузной фиброматозной перестройки мягких тканей конечности, уменьше-



нием площади функционирующих лимфатических сосудов в III стадию заболевания, стимуляция лимфооттока при гравитационной терапии менее эффективна.

431. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Акимов В.П., Творогов Д.А., Баталов И.Х.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»

Надежная остановка кровотечения при операциях на паренхиматозных органах и создание условий для хорошего заживления кишечного шва являются основными моментами в абдоминальной хирургии. Общепринятой методикой рассечения тканей и гемостаза при лапароскопической холецистэктомии является применение электрокоагуляционного гемостаза, при котором, в ряде случаев, происходит глубокое проникновение в ткани коагуляционной волны, что вызывает некрозы печеночной паренхимы и формирование коагуляционного струпа, являющего субстратом для вторичного кровотечения. С 1999 года на клинических базах кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского (СЗГМУ им. И.И. Мечникова) мы активно изучаем возможности использования биополимеров в целях гемостаза. Цель: - показать возможности новой методики эндоскопического гемостаза ложа желчного пузыря путем аппликации пластины новой формы Тахокомба «TachoSil» при лапароскопической холецистэктомии. Эффективность использования Тахокомба для адекватного интраоперационного гемостаза была доказана в многочисленных работах профессора В.А.Горского. С начала 1999 года мы использовали данный препарат у 245 пациентов с абдоминальной патологией. В 198 (80,8%) случаев это происходило при экстренных операциях на органах брюшной полости. В плановой хирургии он был применен в 47 (19,2%) случаях, причем в 42 (89,4%) случаях при операциях на паренхиматозных органах. При выполнении лапаротомии проблем с наложением пластины никогда не было. Однако, при лапароскопическом доступе в 2/3 случаях возникали технические проблемы с доставкой пластины через порт. Сложно выводить препарат из переходника и манипулировать в брюшной полости, чтобы не повредить кле-

ящую поверхность или даже «раскрошить» пластину. Трудно бывает даже определить клеящую поверхность, т.к. иногда нечеткая цветопередача не позволяет на экране монитора отличить желтый цвет от белого. Непросто правильно наложить и плотно фиксировать препарат к раневой поверхности. Аппликация больших пластин (9,5x4,5 см) при лапароскопической операции вообще невозможна без использования специальных инструментов (Эндодок, AMISA). Все это ограничивало его применение в лапароскопии, что приводило к конверсии и лишало больных преимуществ лапароскопического доступа. В 2016 году мы применили специально адаптированную для лапароскопической хирургии «скрученную» форму препарата Тахокомб (TachoSil) в 3 случаях. Для гемостаза при кровотечениях ложа желчного пузыря в ходе 2 плановых и 1 экстренной лапароскопической холецистэктомии. Во всех случаях не возникло проблем с доставкой препарата в брюшную полость, достигнут хороший гемостатический эффект, конверсии доступа не потребовалось, дренаж удален на следующие сутки, выписка из стационара на 3 сутки. Таким образом, при лапароскопических операциях, особенно в условиях неотложной хирургии, могут возникнуть проблемы локального гемостаза, когда применение коагуляции неэффективно для остановки возникшего кровотечения или невозможно из-за опасности повреждения крупных сосудов, протоковых систем и стенок полых органов. В подобных ситуациях методом выбора остановки кровотечения может служить аппликация биополимера TachoSil.

432. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.

Гатауллин И.Г.(1), Городнов С.В. (2), Жинов А.В (2)

Казань, 2.Ульяновск

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ Казань (1)ГБУЗ Ульяновский областной Онкологический диспансер Ульяновск (2),Россия

Актуальность. Осложнения после операций при колоректальном раке составляют от 3 до 30 % случаев, а летальность достигает 18%. Большинство патологических состояний начинаются с реологических нарушений микроциркуляции и ведет к гипоксии и метаболическим нарушениям.

Цель исследования: оценить влияние внутривенных инфузий озонированных кристаллоидов на



оксигенацию анастомозируемых тканей и коррекцию тканевой гипоксии.

Материалы и методы. В основу работы положены данные обследования и лечения 122 больных верифицированным колоректальным раком. Первая группа 62 больных, которым выполнено оперативное вмешательство без инфузии озонированных растворов (контрольная), вторая группа включала 60 больных, которым интраоперационно проводилась инфузия озонированных кристаллоидов. Для определения оксигенации в тканях кишки использовали неинвазивный спектрофотометрический комплекс «Спектротест». В обеих группах больных интраоперационно проводили измерение насыщенности кислорода в шовной полосе анастомозируемых участков кишки. В контрольной группе на фоне проводимой традиционной инфузионной терапии, в основной - до и после введения озонированных растворов.

Результаты. Исходные показатели оксигенации стенки кишки в основной группе больных до введения озонированных растворов составили $83.7 \pm 0.6\%$ а в контрольной группе $83.4 \pm 0.6\%$ и статистически не отличались ($p > 0.05$). После введения озонированных растворов уровень оксигенации стенки кишки повышался на 10.6%.

433. ОБОСНОВАНИЕ РАСШИРЕННЫХ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Гатауллин И.Г., Гатауллин Б.И.

Казань

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ, Казань

Актуальность. Выявление клинико-иммуноморфологических закономерностей регионарного метастазирования и разработка на основе них показаний к расширенной лимфодиссекции представляется весьма актуальной проблемой.

Цель исследования: Улучшение отдаленных результатов хирургического лечения больных раком прямой кишки.

Материалы и методы. Основную группу составили 148 больных, которым в объеме комбинированного лечения было выполнено оперативное вмешательство, дополненное расширенной лимфодиссекцией. Контрольную группу - 168 пациентов - составили больные, которым были выполнены стандартные оперативные вмешательства. Для изучения иммуногистохимических характеристик опухолевой ткани использовали широкий набор

моноклональных антител.

Результаты. На основании клинико-иммуноморфологических исследований разработаны показания к расширенной лимфодиссекции при раке прямой кишки. Показаниями при отсутствии поражения лимфатических узлов являются - локализация опухоли в средне- и нижеампулярных отделах прямой кишки, опухоли в стадии T3 и T4, эндофитный тип роста опухоли, низкодифференцированные и муцинозные аденокарциномы, размеры опухоли свыше 5 см², иммуноморфологический фенотип опухоли, характеризующийся положительной реакцией на цитокератин-7 и HER-2/neu, а так же низкой экспрессией bcl-2 и ki-67. Дополнение радикальных операций расширенной лимфодиссекцией не влияет на характер и число послеоперационных осложнений. У больных с опухолями T1-4NoM0 трехлетняя выживаемость в основной группе составила $76.9 \pm 3.8\%$, а в контрольной - $65.4 \pm 4.3\%$.

434. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЭЛА В УСЛОВИЯХ СОСУДИТОГО ЦЕНТРА

Руденко Н.А.

Курган

Курганская Областная Клиническая Больница

Актуальность: Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является третьей после инфаркта миокарда и инсульта причиной внезапной смерти больных. У большинства пациентов как непосредственный, так и отдаленный исход заболевания определяется своевременностью и адекватностью диагностики и лечения. ТЭЛА является причиной 10% смертей в стационарах, а показатели смертности в течение 3 лет после первого эпизода тромбоэмболии составляют от 19 до 30%. Чтобы сократить смертность, связанную с ТЭЛА, необходима быстрая диагностика и соответствующее лечение, т.к. 11% пациентов умирают в течение первого часа, другие 13% умирают позже. Среди тех пациентов, которые переживают первый инцидент ТЭЛА, 30% подвержены рецидивированию, из них 18% с летальным исходом. Вместе с тем даже массивное эмболическое поражение легочной артерии у 40-70% прижизненно не диагностируется. Данный факт объясняется трудностью клинической и инструментальной диагностики ТЭЛА. Мы разделяем «агрессивный» эндоваскулярный подход к диагностике, лечению и профилактике ТЭЛА: проведение ангиопульмонографии, при доказанной ТЭЛА проведение селективного тромболитика с



одномоментной имплантацией кавафилтра по показаниям.

Материал и методы: С января 2014 г. по декабрь 2014 год в ГБУ Курганской областной клинической больнице было проведено 66 случаев рентгенэндоваскулярного лечения ТЭЛА. Средний возраст пациентов $39,4 \pm 4,3$ лет. 36 женщин, 30 мужчин. Среднее давление в ЛА перед процедурой – $66,2 \pm 5,3$ мм. рт. ст. Селективный тромболитический проводился введением пулолазы-30 актилизе-36. 60 пациентам в ходе операции был имплантирован кава-фильтр в нижнюю полую вену для профилактики рецидива ТЭЛА по показаниям. Положительный результат лечения был достигнут у 63 больных. Положительный результат был оценен по клинической картине пациентов и по данным повторной ангиопульмонографии после проведения тромболитического. У 63 пациентов на 1-2 сутки проводимая методика позволила частично восстановить кровоток в ЛА, стабилизировать состояние больных. Среднее давление в ЛА после проведенной процедуры снизилось в среднем с 66 мм.рт.ст. до 35 мм.рт.ст. В ближайшие сроки (от 1 до 2 месяцев) обследовано 20 больных. Проходимость НПВ сохранена у всех больных, признаков рецидива ТЭЛА обнаружено не было. Заключение: В условиях сосудистого центра на базе Курганской Областной Клинической Больницы в круглосуточном режиме проводится лечение пациентов с ТЭЛА. Рентгенэндоваскулярная катетерная техника позволяет поставить точный диагноз и немедленно перейти от диагностической манипуляции к лечебной.

435. ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ ОПУХОЛЕВАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Лещинский А.Е., Кацыло А.Г.

Ст-ца Выселки, Краснодарский край,
Выселковский р-н

МБУЗ Выселковская ЦРБ, ст. Выселки

Цель исследования – проанализировать результаты лечения больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью и наметить пути улучшения ближайших результатов.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 66 больных с острой опухолевой обтурационной кишечной непроходимостью. Мужчин было 41 (62,1%), женщин – 25 (37,9%). Средний возраст был $62,9 \pm 7,8$ г, больные старше

60 лет составили 66,7%. Время от начала заболевания – до 24 час – 14 (21,2%), 24 – 72 час – 38 (57,2%), позже 3 сут – 14 (21,2%). Диагностический алгоритм подразделяли в зависимости от тяжести состояния и наличия осложнений. При наличии осложнений (распространенный перитонит, параканкротное абсцедирование, перфорация на уровне опухоли или диастатические разрывы) диагностический алгоритм включал (10) проведение общеклинических физикальных, лабораторных методов исследования, обзорную рентгенографию, УЗИ брюшной полости. При отсутствии осложнений (56 больных – 84,8%) дополнительно проводили КТ органов брюшной полости и фиброколоноскопию. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений и антибиотикопрофилактика проводилась в соответствии с национальными рекомендациями. В первой группе операцию проводили в экстренном порядке после предоперационной подготовки в течении 2 час. Во второй группе длительность предоперационного периода, в течении которого проводили дополнительные методы исследования и предоперационную подготовку, составила 4 - 6 час. Все больные оперированы. Объем операции: илеостомия - 1, проксимальная колостомия - 5, обходной анастомоз - 7, правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией – 11, резекция поперечно-ободочной кишки с формированием двухствольной колостомы - 5, левосторонняя гемиколэктомия с проксимальной колостомией - 10, резекция сигмовидной кишки с проксимальной колостомией - 27. У 38 (57,6%) больных операция была радикальной, дополнительно проведено удаление регионарных лимфатических коллекторов с высокой перевязкой питающих сосудов, отдаленных метастазов не обнаружено. Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 23 больных (34,8%); прогрессирующий перитонит, сепсис – 2, СПОН, сепсис – 3, внутрибрюшные абсцессы – 2, спаечная кишечная непроходимость – 1, эвентрация – 3, нагноение послеоперационной раны – 6, параколостомическое нагноение – 3, ретракция стомы – 1, ТЭЛА – 1, ОИМ – 1. Умерли в послеоперационном периоде – 10 пациентов, послеоперационная летальность – 15,2%. Средняя длительность стационарного лечения – $22,1 \pm 4,0$ койко-дня.

Заключение: Регламентация основных положений лечебно-диагностического алгоритма у больных с острой обтурационной толстокишечной опухолевой непроходимостью в соответствии с Национальными Рекомендациями позволяет добиться удовлетворительных ближайших результатов с выполнением радикального объема вмешательства на основе принципов абластичности у 57,6 % больных.



436. ТЭЛА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ ПО МАТЕРИАЛАМ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Бондарев Г.А., Пирогов В.Г., Башкатова И.П.

Курск

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является третьей по частоте причиной смерти населения от сердечно - сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда и инсульта. Патологоанатомы обнаруживают ТЭЛА в 4 - 33% вскрытий, а у больных старшего возраста - до 60%, при этом прижизненная диагностика не превышает 60% всех наблюдений. ТЭЛА как смертельное осложнение, вне зависимости от ее причины, лидирует по частоте расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, составляя до 26%. С другой стороны, гипердиагностика ТЭЛА имеет место в 65% случаев. Имеются данные о том, что ТЭЛА составляет около 16% от всей внутригоспитальной летальности, причем на хирургических больных приходится 18%, а 82% составляют больные с терапевтической патологией. Своевременная диагностика ТЭЛА и ТГВ не всегда проста. Среди пациентов с ТГВ до 50% обнаруживаются асимптомные тромбоэмболии, выявляемые при сканировании легких. При этом только около 70% ТГВ нижних конечностей выявляются доступными диагностическими методами. Таким образом, проблема своевременной диагностики риска ТЭЛА, ее предупреждения остается весьма актуальной. Целью исследования является изучение роли ТЭЛА как причины смерти больных терапевтического и хирургического профилей для поиска возможных путей ее профилактики и улучшения результатов лечения. Материалы и методы. Были изучены протоколы патологоанатомического вскрытия и истории болезни 22 больных, умерших в 11 отделениях различного профиля БМУ КОКБ за 2015 год по специально разработанной автором анкете. Полученные результаты. В анализируемой группе явно преобладали мужчины - 15(68,2%), женщин было 7(31,8%). Возраст умерших колебался от 41 до 77 лет, $M = 61,9 \pm 7,7$ года. Пациенты находились в следующих отделениях: региональный сосудистый неврологический центр - 7 чел. (31,8%), хирургическое - 3 чел. (13,6%), урологическое - 3 чел. (13,6%), гастроэнтерологическое - 2 чел. (9,1%) и по 1 чел. (4,5%) были в нейрохирургическом, проктологическом, пульмонологическом, нефрологическом, неврологическом отделениях, отделении

гнойной хирургии и РСЦ (кардиология). Основные клинические диагнозы соответствовали перечисленным профилям отделений. Сроки пребывания в стационаре варьировали от 1 сут. (6 чел.) до 49 сут. (1 чел.), составляя в среднем $10,8 \pm 2,3$ сут. При жизни ТЭЛА была диагностирована в 20 случаях (90,9%), лишь в двух случаях (у больного 60 лет с рецидивом рака области эзофагоэнтероанастомоза, стенозом этой зоны, множественными метастазами в печень и у пациента 59 лет с тяжелым инсультом) это осложнение не было обнаружено. Факторы риска ТЭЛА имелись у всех умерших. Из более чем 40 описанных в литературе факторов риска ТЭЛА в анализируемой группе больных отмечались следующие: 1) длительный постельный режим - 18 (81,8%); 2) хроническая сердечная недостаточность - 16 (72,7%); 3) артериальная гипертензия - 14 (63,6%); 4) инсульт - 9 (40,9%); 5) травматичные операции - 9 (40,9%); 6) катетер в центральной вене - 7 (31,8%); 7) наличие злокачественной опухоли - 5 (22,7%); 8) переливание крови - 5 (22,7%); 9) сахарный диабет - 5 (22,7%); 10) ожирение - 5 (22,7%); 11) повышение вязкости крови - 5 (22,7%); 12) тромбоз глубоких вен - 3 (13,6%); 13) тяжелые заболевания легких - 3 (13,6%); 14) сепсис - 2 (9,1%); 15) наличие в организме протезов, инородных тел - 2 (9,1%) 16) нефротический синдром - 2 (9,1%). Такие часто упоминаемые в литературе факторы риска ТЭЛА как острая травма, варикозное расширение вен нижних конечностей, тромбоз поверхностных вен, ТЭЛА в анамнезе, сдавление вен таза или нижних конечностей различными образованиями, гормонотерапия, химиотерапия, рентгенотерапия, острые воспалительные процессы в организме, прием оральных контрацептивов (эстрогенов), беременность, послеродовый период, острый инфаркт миокарда в настоящее время или в ближайшем (до 3 мес.) анамнезе, перелом нижней конечности, повреждение спинного мозга, острая инфекция, лапароскопическая операция, тромбофилия, аутоиммунные процессы в анализируемой нами группе не встретились ни разу. Ретроспективный анализ историй болезни показал, что в большинстве случаев осторожность врачей в отношении ТЭЛА была недостаточной, даже при наличии нескольких манифестных факторов риска ТЭЛА соответствующее обследование и профилактика проводились неполно. Так, осмотр и пальпация нижних конечностей отражены в историях болезни лишь в половине случаев. УЗИ сосудов нижних конечностей проведено лишь в 5 случаях (22,7%), ЭКГ не выполнено 2 больным (9,1%), рентгенография легких не проведена 3 чел. (13,6%), консультация ангиохирурга имела лишь в 10 случаях (45,5%). Медикаментозная профилактика ТЭЛА отражена лишь в 15 историях болезни (68,2%), при этом четкой отметки о бинтовании



ног не обнаружено ни в одной истории болезни. Реолитики, антиагреганты назначались лишь 9 чел. (40,9%). Инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды) не отражена в трех случаях (13,6%). Нефракционированный гепарин в минимальных (профилактических) дозах назначался 13 больным (59%), еще 1 больному был назначен фракционированный гепарин (фраксипарин) в минимальной дозе и 1 пациенту - в лечебной дозе. Таким образом, лишь 15 чел. (68,2%) получали гепарин в том или ином виде. Выводы: 1) В ряду других осложнений ТЭЛА остается важнейшей причиной смерти больных не только в отделениях хирургического, но и чаще - терапевтического профиля. 2) При наличии нескольких факторов риска ТЭЛА, настороженность врачей в отношении соответствующего дообследования пациентов и профилактики этого осложнения почти в трети случаев (31,8%) оказывается недостаточной. 3) Особое внимание на тщательную профилактику ТЭЛА следует обратить в отделениях: региональном сосудистом неврологическом центре, хирургическом, урологическом, проктологическом и гастроэнтерологическом. 4) Отсутствие среди умерших в связи с ТЭЛА больных из отделений травматологии - ортопедии, ожогового, торакальной хирургии и сердечно-сосудистой хирургии может свидетельствовать об адекватной профилактике венозных тромбоэмболических осложнений в этих подразделениях.

437. ДИАПЕВТИКА АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

*Лазаренко В.А., Григорьев С.Н., Кононенко К.В.,
Григорьев Н.Н.*

Курск

ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет»

Цель исследования. Обоснование эффективности применения диапевтических технологий в комплексном лечении абсцессов печени.

Материалы и методы исследования. Клинико-инструментальному обследованию и малоинвазивному лечению подвергнуто 316 пациентов с абсцессами печени. Среди всех больных мужчины составили 63,5%, женщины – 36,5%. Средний возраст пациентов 53,2±2,3 года. В результате УЗИ и КТ одиночные абсцессы выявлены у 67,3% больных, множественные – у 32,7%. Правая доля печени была поражена в 75,3% случаев с наибольшей частотой локализации воспалительного процесса в VII сегменте – 33,6%. Размеры гнойников варьировались от 0,3 до 16 см. Наиболее частыми этиоло-

гическими факторами в генезе абсцессов печени были: холангиогенные причины – 43,8%, пилефлебит – 14,1%, инфицированные гематомы – 12,5%, нагноившиеся кисты – 9,4%, идеопатические – 20,5%. Наиболее часто диагностировались: желчнокаменная болезнь (ЖКТ) – 25%, хронический дуоденит – 20,3%, хронический панкреатит – 12,5%, язвенная болезнь – 12,5%, другая патология билиарного тракта (аденома большого дуоденального сосочка (БДСК), цирроз печени, хронический холангит, хронический активный гепатит – 14,1%). Всем больным проводили антибактериальную и комплексную медикаментозную терапию по протоколам лечения абсцессов печени и абдоминального сепсиса. Перкутанное дренирование под сонографическим мониторингом выполнено у 94,3% больных. Используемый диаметр дренажей напрямую не зависел от объема полости деструкции, а определялся критериями адекватного дренирования полости и безопасностью проведения хирургического вмешательства. Абсцессы печени, обычно не содержат тканевые секвестры, что позволяет эффективно использовать дренажи №8 Fr. Количество абсцессов печени не является ограничивающим фактором в использовании диапевтических технологий под контролем УЗИ. Разноуровневая внутripеченочная желчная гипертензия выявлена у 40,3% пациентов. Мы считаем, что в этих случаях целесообразно не просто дренировать холедох, но и разгрузить сегментарные протоки, ответственные за формирование абсцессов. Оптимальным способом декомпрессии является комбинированная магистральная и сегментарная чреспеченочная холангистомия. При абсцедировании на фоне механической желтухи опухолевого генеза, после санации абсцессов и купирования холангита, предпочтение отдавали использованию чрезкожных наружно – внутренних холедоходуоденальных стентов перед внутренними, учитывая достаточно быструю их окклюзию, трудности последующего извлечения, замены, либо восстановления проходимости внутренних стентов. У всех больных проводили посев гноя, полученного из полости абсцесса. Высеялись кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка, энтерококки. Результаты. Во время дренирования эвакуировали от 10 до 700 мл гноя, при этом менее 50 мл – у 54,7% больных, от 50 до 100 мл – у 20,3%, более 100 мл – у 15,6%. По данным УЗИ в первые дни после установки дренажа полость абсцесса спадалась, а в последующем не лоцировалась. Всем больным проводили фистулографию 1-3 раза, что позволяло установить размеры, форму полостей, сообщение полостей с внутripеченочными желчными ходами (при холангиогенных абсцессах), наличие не дренируемых карманов и затеков и другие особенности. Больным проводили фракци-



онное промывание полости абсцесса растворами антисептиков малыми объемами 4-6 раз в день. Время стояния дренажей определялось динамикой репаративных процессов печени и варьировало от 5 до 50 дней, и в среднем составило 29,5±3,5 дня. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составило 20±1,3 дня.

Выводы. Использование диапневтических технологий у пациентов с абсцессами печени обеспечивает эффективное и малотравматическое лечение, ускоряет восстановление качества жизни пациентов.

438. РОЛЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Дибиров М.Д., Семенякин И.В., Исаев А. И.,
Домарев Л.В., Русских А.Е.*

Москва

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

Внутрипросветное стентирование при патологии ЖКТ является прогрессивным методом в этапном лечении тяжелых больных с опухолевой непроходимостью, с полиорганной дисфункцией, коморбидностью и канцероматозом. По экстренным и срочным показаниям в течение последних 4-х лет стентирование опухоли ободочной кишки выполнено у 58(36%) из 160 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. По классификации ASS II ст. риска была у 9, III – з 28. IV - 21. Органная или полиорганная дисфункция отмечена у 38 (65%). По степени расширения кишечника II степени была у 19, III – 32, IV – 7. По локализации опухоль располагалась в прямой кишке у 4, ректо-сигмовидном отделе – 5, сигмовидной – 30, нисходящей – 4, поперечно-ободочной – 4, правой половине – 5. Для разрешения непроходимости стентирование по экстренным показаниям выполнено у 30 (52%), срочным – 28 (48%), во всех случаях были использованы нитилоновые непокрытые стенты. Диаметр и длина стента выбирались индивидуально в зависимости от степени стеноза и протяженности опухоли. Через 2-3 суток больные выписывались на амбулаторное наблюдение. Из 58 больных вторым этапом оперированы 30. Выполнены радикальные резекции ободочной кишки с первичным анастомозом с никелид-титановыми кольцами или с механическим швом. Из остальных 28 больных 13 отказались от второго этапа, а 15 были направлены в онкологиче-

ские стационары. (n – 15). Было 2 осложнения (перфорация опухоли) на начальных этапах после стентирования. Таким образом, стентирование ободочной кишки позволяет быстро разрешить острую обтурационную кишечную непроходимость и подготовить больного и кишечник к выполнению радикальной операции на II –м этапе.

439. РЕЗУЛЬТАТЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЕЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Халидов О.Х.,
Рыбаков Г.С., Эльдерханов М.М.*

Москва

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

Цель исследования: уточнить эффективность малоинвазивных вмешательств в ускоренном выздоровлении больных пожилого и старческого возраста с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны. Проведен ретроспективный анализ лечения 570 больных, находившихся на лечении в ГКБ № 50 и ГКБ № 81 за последние 10 лет. Оценивалась эффективность хирургических миниинвазивных вмешательств при билиарном панкреонекрозе и осложнений желчнокаменной болезни. Возраст больных от 70 до 88 лет. Мужчин было 242, женщин - 328. Необходимо отметить что, почти у каждого из анализируемых больных имелись 5-6 сопутствующих заболеваний. Большинство больных (95%) госпитализированы по экстренным показаниям, с явлениями механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, острым калькулезным холециститом и острым билиарным панкреатитом. С ЖКБ было 385 (68%) больных и 185 больных с билиарным панкреатитом и холангитом. Алгоритм диагностики: лабораторные исследования мочи, формулы крови, биохимических изменений крови, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости, ЭГДС, компьютерная томография. В связи с выраженностью и степенью декомпенсации сопутствующих заболеваний у 56% больных с ЖКБ госпитализировано в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилось посиндромное лечение и предоперационная подготовка. По стабилизации гемодинамики, снижения органных дисфункций, первым этапом в первые 3-е суток у 400(70%) выполнили холецистостомию



под УЗ наведением. Положительная динамика отмечена у 85% больных. Внедрение этой методики в клинику позволило улучшить результаты лечения острого холецистита и снизить летальность в 2 раза - с 12% до 6,1%. Холангиостома наложена у 84(15%). Ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) и папилосфинктеротомия (ПСТ) выполнены в отсроченном периоде на 3 - 7 сутки у 82 больных с механической желтухой. Конкременты удалены у 175 (96%) больных. В остальных 7-ми случаях безуспешность малоинвазивных методов лечения была обусловлена из-за больших размеров камней - более 35 мм. и выполнена холедохолитотомия из мини-доступа под спинальной анестезией. Из 7 больных умер один. Основная группа больных 240 (79%), которым были выполнены этапные вмешательства, холецистэктомия выполнена в отсроченном периоде, после стихания острых явлений эндотоксикоза, а также снижения полиорганной недостаточности. Летальных исходов в этой группе больных не было. При остром билиарном панкреатите у 52 выполнено ЭПСТ, литэкстракция и стентирование главного панкреатического протока с положительным эффектом у 50 (96%). Умерло от инфицированного панкреонекроза 2 (4%). Таким образом миниинвазивные хирургические методы при лечении патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны позволяет значительно улучшить результаты и ускорить медицинскую реабилитацию у лиц с высоким риском.

440. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Шитиков Е.А., Рыбаков Г.С.

Москва

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

Спасокукоцкого

ЖКБ и ее осложнения составляют 30-40% среди причин билиарного панкреатита у которых гнойно-септические осложнения приводят к высокой летальности (40%) и инвалидизации 50-60% больных. Важнейшими принципами снижения летальности и осложнений являются своевременные эффективные меры для обрыва воспалительно-некротического процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Под наблюдением последние 10 лет находилось 360 больных с билиарным панкреатитом, причиной которого были длительный холедохолитиаз (n-52) – 14%,

холедохолитиаз (n-205) – 57%, ущемление камня в большом дуоденальном сосочке (n-80) – 22%, стеноз холедоха и БДС, дискинезия желчных путей (n-23) – 7%. Состояние легкой степени было у 104 (29%), средней тяжести – 138 (38%), тяжелое – 118 (33%). Пациентам легкой степени с интерстициальным отеком проводилась базисная терапия: включающая антибактериальную, противоферментную – октреотид 100мкг п/к х 3 р/д. При остром холецистите выполнялась холецистостомия под УЗИ контролем; при холедохолитиазе, билиарной гипертензии, патологии БДС – ЭПСТ, литоэкстракция и стентирование. При наличии холангита дополнительно проводится назобилиарное дренирование. При прогрессировании деструктивного холецистита и ферментативном перитоните и оментобурсите выполняется лапароскопическая холецистэктомия, санация и адекватное дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства. При среднетяжелом и тяжелом течении билиарного панкреатита, исходя из большого опыта и анализа результатов в клинике, к базисной терапии для обрыва воспалительно-некротического процесса и инфицирования добавляются: 1. Ингибирование ферментативной активности введением при легкой степени – 300 мкг/с октреотида, средней тяжести – 300 мкг/с октреотида в/в 2 р/д; а при тяжелом – 1200 мкг/с - 2 р/д в течение 5-7 суток; 2. Экстренная ЭГДС с назоэнтеральной интубацией для ранней энтеральной терапии (лаваж 500-1000 мл кристаллоидов в сутки), энтеросорбции и нутритивной поддержки, для эффективного снижения внутрипросветной гипертензии и паралитической кишечной непроходимости; 3. ЭПСТ со стентированием и адекватным дренированием главного панкреатического протока в течение первых 3 суток для профилактики внутрипротоковой гипертензии, внутреннего панкреатического свища и парапанкреатита; 4. Длительная перидуральная блокада с целью улучшения моторики ЖКТ; 5. При тяжести по APACHE-II больше 15-16 баллов экстракорпоральная детоксикация: плазмаферез или длительная вено-венозная гемофильтрация для профилактики и лечения полиорганной дисфункции; Из 256 больных средней и тяжелой степенями тяжести эта схема применена у 158 (62%) больных, остальные 98 отнесены к контрольной группе. В основной группе инфицирование наступило у 18(11%) больных, контрольной – 20(20%). Умерло в основной группе - 5(3%), контрольной – 9(9%). Таким образом, патогенетическое обоснование и своевременные терапевтические и хирургические мероприятия позволяют реально улучшить результаты лечения билиарного панкреатита.



441. ХИРУРГИЯ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА ПЕРЕДОВОМ РУБЕЖЕ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Анисимов А.Ю.

Казань

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»,
Министерство здравоохранения Республики Татарстан

В декабре 2016 года, в Москве, в Институте хирургии им. А.В. Вишневского, ведущие российские хирурги откликнулись на призыв Международной общественной организации «Врачи мира против терроризма» создать единый фронт непримиримой борьбы с терроризмом. В аспекте признания нахождения современного мира в периоде гражданского терроризма, что автоматически переносит центр тяжести оказания хирургической помощи с военно - полевой на гражданскую хирургию, были рассмотрены самые актуальные вопросы адаптации системы гражданского здравоохранения к возможным массовым поступлениям пострадавшего населения в чрезвычайных ситуациях (ЧС) мирного времени. С этих позиций в основу настоящего сообщения был положен опыт работы: а) ГАУЗ г. Казани «Больница скорой медицинской помощи № 1» за период с 1984 по 2013 годы; б) ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани (Центр экстренной медицины) за период с 2013 по 2016 годы; в) Республиканского центра медицины катастроф ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан за период с 1992 по 2016 годы; г) личного участия автора в ликвидации медицинских последствий катастрофы на железной дороге Уфа - Челябинск (1989) и в организации медицинского обеспечения пострадавших при крупных техногенных катастрофах на территории Республики Татарстан, в том числе, при крушении теплохода «Булгария» в Куйбышевском водохранилище в районе села Сюкеево Камско - Устьинского района Республики Татарстан (2011); при авиационной катастрофе самолета Boeing 737 в Международном аэропорту Казани (2013); при пожаре в Казанском торговом центре «Адмирал» (2015). Литературные данные и собственный опыт ликвидации медицинских последствий ряда ЧС мирного времени с преобладанием механических и термических поражающих факторов свидетельствуют о преимущественно хирургическом характере патологии при катаклизмах

такого рода с реальной угрозой для жизни 25% - 30% пострадавших. В то же время ретроспективный анализ и экспертная оценка хирургической помощи при катастрофах показывают, что и по организационным принципам, и по методам оказания она существенно отличается от традиционной хирургической помощи мирного времени, включая систему неотложной хирургической помощи. Вынужденную значительную перестройку работы здравоохранения в ЧС обуславливает ряд факторов оперативно - тактической и медицинской обстановки в зоне бедствия. К благоприятным факторам следует отнести: относительную ограниченность санитарных потерь в масштабах города, республики, государства в зависимости от уровня катастрофы; сохранность основной части инфраструктуры здравоохранения; высокий уровень развития современной науки в области хирургии повреждений. К неблагоприятным факторам относятся: внезапность и массовость поступления пострадавших; труднодоступность места катастрофы (удаленность от населенных пунктов и лечебных учреждений, отсутствие подъездных путей, неблагоприятное время года, суток и т.п.); большое количество среди пострадавших детей, женщин, лиц пожилого и старческого возраста; слабый уровень подготовки гражданских хирургов в вопросах военно - полевой хирургии и медицины катастроф; сложность структуры и тяжесть повреждений. При этом наблюдается преобладание закрытых повреждений над открытыми; более 70% составляют множественные, сочетанные и комбинированные повреждения, сопровождающиеся синдромами взаимного отягощения и несовместимости терапии; преобладает извращенная реакция организма на травму, а именно тяжелый торпидный шок, либо психогенные реакции в виде «травматического стресса». Совокупность этих факторов не позволяет в зоне ЧС оказать одномоментную хирургическую помощь в полном объеме и вынуждает разделять ее во времени на всех этапах эвакуации. Кроме того, к оказанию квалифицированной хирургической помощи привлекаются гражданские хирурги, недостаточно подготовленные в области экстренной медицины. Перемещение пораженных по этапам медицинской эвакуации приводит к тому, что с их лечением соприкасается огромная армия практических хирургов. В этой ситуации вполне реально несоблюдение последовательности и преемственности лечебных мероприятий, отказ от единых принципов тактики хирургического лечения. Особенности хирургической патологии в очагах массового поражения при стихийных бедствиях и технологических катастрофах, резкое несоответствие потребности в силах и средствах здравоохранения реальным возможностям своевременного оказания хирургической



помощи с учетом невозможности спасти жизнь всем пораженным диктуют необходимость разработки специальных лечебно - диагностических приемов и определяют специфику подходов к организации и осуществлению лечебно - диагностического процесса. Все это еще в 1994 году привело нас к решению о целесообразности выделения на современном этапе исторического развития самостоятельного клинического раздела хирургической науки и практики - хирургии медицины катастроф. Она разрабатывает стратегию и тактику оказания экстренной хирургической помощи большому количеству пораженных в экстремальных условиях при острой нехватке сил и средств хирургической службы. Область приложения хирургии медицины катастроф представляет весьма обширный круг научных и практических интересов, выходящих далеко за рамки частных разделов хирургии и травматологии. На наш взгляд, приоритетными направлениями развития хирургии медицины катастроф на сегодня являются изучение патогенеза травматической болезни, организация хирургической помощи населению при ЧС мирного времени, разработка и внедрение в практику таких методов терапии повреждений, которые оказались бы пригодными в самых трудных условиях. Конечно, было бы неправильно выделять хирургическую помощь из всего комплекса мероприятий по ликвидации медицинских последствий ЧС. Однако, главная роль при катастрофах с преобладанием механических и термических поражающих факторов принадлежит все-таки ей. В основе хирургии медицины катастроф должны лежать краеугольные принципы военно - полевой хирургии с медицинской сортировкой, системой лечебно - эвакуационных мероприятий и своевременным оказанием всех видов хирургической помощи, адаптированные, однако, к особенностям ЧС мирного времени. В этом смысле для нее, также как и для военно-полевой хирургии, справедливо крылатое определение Н.И. Пирогова – «хорошая хирургия в плохих условиях», имея в виду максимальное использование в чрезвычайной обстановке достижений клинической медицины мирного времени и необходимость взаимодействия военных и гражданских хирургов в отработке единых лечебных подходов при оказании помощи раненым и пострадавшим в экстремальных ситуациях агрессии, террористических актов, катастроф. По мнению, П.Г. Брюсова, для того, чтобы правильно встроиться в новую парадигму икратно увеличить количество спасенных жизней, необходимы новые знания и компетенции. Именно поэтому, сегодня курс хирургии медицины катастроф должен быть включен в программу непрерывного медицинского образования врачей хирургических специальностей. Специалисты же хирургических

бригад экстренной специализированной медицинской помощи обязаны периодически проходить обучение на циклах тематического усовершенствования по проблемам хирургии медицины катастроф. Таким образом, актуальность хирургии медицины катастроф как самостоятельной клинической дисциплины и передового рубежа хирургии повреждений сегодня не вызывает сомнений. Ее дальнейший прогресс, как в научном, так и в практическом направлениях требует проведения разносторонних исследований.

442. ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ В АСПЕКТЕ АППАРАТНОЙ КОРРЕКЦИИ ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА

*Анисимов А.Ю.1,2, Мустафин Р.Р.5,
Андреев А.И.3, Ибрагимов Р.А.4*

Казань

1Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Актуальность. Одним из незаслуженно обойденных вниманием и не менее актуальных, чем в военно-полевой хирургии, направлений успешного решения проблемы механических повреждений печени в ургентной абдоминальной хирургии, следует признать операционный доступ. Ни в коей мере не умаляя достоинств широкой срединной лапаротомии, следует, однако, признать, что она далеко не всегда обеспечивает достаточное обнажение всех функционально важных анатомических отделов печени. В работах М.З. Сигала и его учеников были подробно разработаны частные вопросы аппаратной коррекции операционного доступа применительно к плановой хирургии и онкологии кардиоэзофагеальной зоны. В то же время поиски оптимальных вариантов коррекции операционного доступа при повреждениях печени вполне актуальны и закономерны. Цель работы - клинико-морфо-экспериментальное исследование по сравнительной оценке различных вариантов коррекции срединного абдоминального доступа при травмах печени. Материал и методы. Анатомические эксперименты выполнены на 20 небальзамированных трупах взрослых людей обоего пола. Коррекцию доступа выполняли последовательно двумя большими пластинчатыми крючками Фарабефа, речным ранорасширителем Финишиетто и четырьмя ретракторами Сигала - Кабанова (РСК-10). Объектами исследования



в операционном поле явились: правый купол диафрагмы (самая глубокая его точка), диафрагмальная поверхность VII-го сегмента печени, устье печеночных вен, гепатодуоденальная связка. Для оценки качества доступа использовали объективные математические критерии, предложенные А.Ю. Созон-Ярошевичем и М.З. Сигалом. Учитывая однородность сравниваемых групп по антропометрическим данным, мы сочли возможным разницу в полученных результатах отнести за счет варианта коррекции. За период с 1995 по 2015 годы из 2283 пострадавших с механическими травмами различных органов брюшной полости, повреждения печени различного генеза встретились у 477 (20,9%). Среди последних мужчин было 383 (80,3%), женщин – 94 (19,7%). В возрасте от 15 до 39 лет было 339 (71%), от 40 до 59 лет – 108 (22,6%), от 60 и старше – 30 (6,4%) пациентов. У 241 (50,5%) пациента повреждения печени были нанесены холодным, у 25 (5,3%) – огнестрельным оружием, у 211 (44,2%) – в результате закрытой травмы живота. Изолированные повреждения органа отмечены у 134 (28,1%), множественные у 161 (33,8%), сочетанные у 182 (38,1%) пострадавших. Степень анестезиологического и хирургического риска увеличивалась наличием у 279 (58,5%) человек травматического шока. Наиболее часто повреждения локализовались в III, IV, V и VI сегментах печени. На диафрагмальной поверхности органа повреждения обнаружены у 347 (72,7%), на висцеральной – у 130 (27,3%) человек. Сочетание нескольких видов повреждений выявлено у 242 (50,7%) пострадавших. У 132 (62,6%) пациентов с закрытой травмой печени имели место разрывы паренхимы с повреждением капсулы органа, у 54 (25,6%) – одиночные и множественные трещины, у 25 (11,8%) – размоложение участков печени. Во всех 241 (100%) случаях повреждений печени холодным оружием раневые каналы были ровными и зияющими. При огнестрельных травмах у 17 (68%) пострадавших мы наблюдали сквозные повреждения, у 8 (32%) – множественные разрывы, располагающиеся в области входного отверстия и распространяющиеся по диафрагмальной и висцеральной поверхностям печени. У 14 (2,9%) человек имело место одновременное повреждение печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. Для обоснования выводов, полученных в эксперименте, был проведен анализ параметров срединного лапаротомного доступа у 38 пострадавших с механическими травмами печени во время операций с использованием РСК-10. Мужчин было 29, женщин – 9. Результаты. При ручной коррекции доступа крючками Фарабефа подавляющее большинство участков печени, повреждения которых жизненно опасны, плохо или совсем недоступны для манипуляций хирурга. Этот вариант требует

обязательного присутствия дополнительного ассистента, практически выключая его из активной помощи оператору. Условия операционного доступа к вышеперечисленным труднодоступным зонам печени при коррекции реечным ранорасширителем Финишиетто еще более ухудшились. Очевидно, это связано с тем, что бранши последнего сообщаются между собой и прикрепляются к краям раны. В результате, форма и положение дефекта в передней брюшной стенке были неуправляемыми. Преобразование раны методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала-Кабанова значительно изменяет в лучшую сторону условия доступа к подавляющему большинству ранее недоступных или плохо доступных отделов печени. Однако, и в этом случае манипуляции на диафрагмальной поверхности правой доли печени, правом куполе диафрагмы затруднены. В связи с этим мы дополнили аппаратную коррекцию мобилизацией правой доли печени, пересечением ее серповидной и правой треугольной связок. При этом обнаружено, что параметры доступа практически не отличались от величин, полученных в исследованиях на аутопсийных объектах. Аппаратная коррекция и в этом случае создавала наиболее благоприятные условия для выполнения операций практически на всех отделах печени. Еще одним преимуществом метода является длительная стабильная фиксация кожного «окна». Это освобождает ассистента для активной помощи хирургу. Из методов хирургического лечения повреждений печени применяли гемостатический (узловой или «П»-образный) шов у 375 (78,6%), атипичную резекцию печени у 23 (4,8%), тампонаду раны прядью большого сальника «на ножке» у 12 (2,5%) пациентов. Кроме того, у части пострадавших выполнили симультанные операции: спленэктомию у 31 (6,5%), шов или резекцию тонкой или толстой кишки у 41 (8,6%), нефрэктомия у 9 (1,9%), шов мочевого пузыря с наложением надлобкового внебрюшинного свища у 6 (1,3%), торакотомия у 18 (3,8%), холецистэктомия у 14 (2,9%), сосудистый шов нижней полой или воротной вен у 4 (0,8%), выключение 12-перстной кишки у 3 (0,6%). Из 477 пострадавших умерло 64 (13,4%). При закрытых травмах печени летальность составила 12,3%, при повреждениях холодным оружием – 9,5%, при огнестрельных ранениях – 60%. У всех умерших были множественные или сочетанные травмы печени, массивная кровопотеря и глубокие степени шока. Вывод. Таким образом, наш клинический опыт дает нам право говорить о том, что механические повреждения печени входят в группу наиболее опасных для жизни травм. Пострадавшие с травмами печени требуют скорейшего проведения оперативного вмешательства как главного элемента противошокового реанимационного пособия. Для обеспече-



ния у пострадавших с механическими травмами печени качественной ревизии брюшной полости и радикальной ликвидации патологического очага, необходимо выполнение аппаратной коррекции широкой срединной абдоминальной раны четырьмя ретракторами РСК-10 по предлагаемой методике.

443. АВТОДОРОЖНАЯ СОЧЕТАННАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРАВМА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Анисимов А.Ю.1,2, Мустафин Р.Р.4,
Исаева И.В.1,3*

Казань

1Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Актуальность. В Республике Татарстан с числом населения 3 868 537 человек удельный вес дорожно-транспортного травматизма в общей структуре смертности от травм и других внешних причин составляет 23%. В 2015 году было зарегистрировано 4957 дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в которых пострадало 6590 и погибло 492 человека. Доля сочетанных травм при ДТП достигает 70%, частота осложнений при них -80% и более; уровень инвалидизации - 33%, летальности - от 33% до 89%. Цель исследования - улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанными механическими травмами в ДТП путем разработки новых организационно-тактических принципов и оптимального лечебно-диагностического алгоритма хирургической помощи, предусматривающего дифференцированное применение хирургической тактики «damage control». Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели проведено комплексное организационное и клиническое исследование. В основу организационного раздела были положены ретроспективное изучение 744 актов судебно-медицинских вскрытий погибших от сочетанных механических травм в ДТП на территории Республики Татарстан в 2006-2008 годах и анализ ресурсообеспечения в 2007-2010 годах учреждений здравоохранения зон риска, расположенных вдоль участка ФАД М-7 «Волга», проходящего по территории Республики Татарстан. Объектом клинического исследо-

вания явились 85 пострадавших с сочетанными механическими травмами различной локализации в ДТП на автодорогах Республики Татарстан, лечившихся в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казань с 2006 по 2015 годы. Мужчин было 63 (74%), женщин – 22 (26%). В возрасте от 18 до 39 лет было 64 (75,2%), от 40 до 59 лет – 15 (17,6%), от 60 и старше – 6 (7,2%), то есть повреждения встречались во всех возрастных группах, но самую большую составили лица молодого и наиболее работоспособного возраста. Общая тяжесть повреждений у наблюдаемых нами пациентов составила $10,3 \pm 2,5$ баллов по шкале ВПХ – П (МТ), а тяжесть состояния при поступлении в приемное отделение – $29,1 \pm 3,3$ баллов по шкале ВПХ СП. Две области тела были повреждены у 21 (24,7%), три – у 28 (32,9%), четыре – у 23 (27,1%), пять – у 10 (11,8%), шесть – у 3 (3,5%) пострадавших. Травмы черепа встретились у 61 (71,8%) пострадавшего. В 39 (63,9%) случаях была диагностирована закрытая, в 22 (36,1%) – открытая черепно-мозговая травма, в 49 (80,3%) – переломы костей черепа. У 4 (6,6%) пациентов травма головы сопровождалась сотрясением, у 57 (93,4%) – ушибом головного мозга. С повреждениями груди поступило 40 (47,1%) пострадавших. Из них пневмоторакс был диагностирован у 19 (47,5%), гемоторакс – у 21 (52,5%), ушиб легкого у 16 (40,0%), ушиб сердца – у 5 (12,5%) пациентов. У 44 (51,8%) из 85 пострадавших были выявлены повреждения живота, у 14 (16,5%) – таза. Во всех 44 (100%) наблюдениях имели место закрытые травмы живота. При этом чаще всего были повреждены селезенка – у 18 (41%), печень – у 16 (36,6%), толстая кишка – у 11 (25,0%), тонкая кишка – у 8 (18,2%) и желудок – у 6 (13,6%) пациентов. У 3 (6,8%) пострадавших наряду с повреждением органов брюшной полости были отмечены повреждения крупных сосудов. У 35 (79,5%) из 44 пострадавших с травмами живота были повреждены два органа брюшной полости и более. У 64 (75,3%), пострадавших были установлены повреждения опорно-двигательного аппарата. Из них у 39 (60,9%) были выявлены переломы костей нижних, у 25 (39,1%) – верхних конечностей. Повреждения магистральных сосудов конечностей были диагностированы в 10 (15,6%) случаях. В наших клинических наблюдениях чаще встречали повреждение бедренной артерии – 8 (12,5%) пациентов. В зависимости от характера использованной хирургической тактики мы разделили всех наблюдаемых пациентов на две группы. Опираясь на оценку тяжести состояния и тяжести повреждений у 50 (58,8%) пострадавших группы сравнения мы применили традиционную тактику одномоментного устранения всех повреждений в ходе хирургической операции, а у 35 (41,2%) человек основной группы – тактику этапного устране-



ния повреждений «Damage control». Тактику этапного устранения повреждений применили при ведущих повреждениях органов живота и таза у 11 (31,4%), конечностей – у 9 (25,7%), головы – у 9 (25,7%), груди – у 6 (17,1%) пострадавших.

Результаты. Проведенный анализ возможностей учреждений здравоохранения, расположенных вдоль трассы М-7 «Волга» в оказании хирургической помощи пострадавшим с сочетанными механическими травмами в ДТП, по состоянию на 1 января 2007 года показал, что они не отвечали современным требованиям по кадровому составу, обеспеченности санитарным транспортом, медико-технической обеспеченности. Закономерным следствием этого явились неудовлетворительные показатели летальности в 2007 году у пострадавших с сочетанными механическими травмами в ДТП. На догоспитальном этапе летальность составила 74,0%, на госпитальном этапе – 26%. В связи с этим за период с 2009 по 2011 годы, с целью совершенствования оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанными механическими травмами в ДТП на догоспитальном этапе были разработаны и внедрены: 1. Алгоритм взаимодействия Службы медицины катастроф, скорой медицинской помощи и травмацентров по диспетчеризации и мониторингу кратчайших маршрутов транспортировки пострадавших в ДТП с учетом «золотого часа». 2. Единая диспетчерская служба экстренного реагирования «112» на всей территории республики, для сокращения времени доезда бригад скорой помощи к месту ДТП. 3. Оперативный контроль диспетчерского отдела Республиканского центра медицины катастроф маршрутизации; перераспределения бригад скорой помощи для максимально быстрого доезда к месту ДТП; одновременного выезда специализированных бригад из стационаров к месту аварии по типу «рандеву»; немедленного направления к месту ДТП близко находящихся бригад скорой помощи независимо от территориальных границ районов обслуживания; своевременного оповещения сотрудников приемных отделений травмацентров о степени тяжести пострадавших. 4. Шкала оценки степени тяжести пострадавших с сочетанными механическими травмами в ДТП на догоспитальном этапе. С целью совершенствования оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанными механическими травмами на госпитальном этапе была внедрена технология работы травмацентров I, II и III уровней с маршрутизацией пострадавших. В травмацентрах I уровня было организовано круглосуточное оказание высокотехнологичной хирургической помощи, а в травмацентрах II уровня – специализированной хирургической помощи. В травмацентрах III уровня была организована работа выездных вра-

чебных бригад СМП и оказание паллиативной симптоматической помощи агонирующим пострадавшим. Предложенная система экстренной хирургической помощи пострадавшим с сочетанными механическими травмами в ДТП, явилась основой расширения объема хирургической помощи в рамках административных территорий Республики Татарстан и позволила сократить время доезда бригад СМП к месту аварии с 20,0 до 14,5 минут, уменьшить число погибших на догоспитальном этапе с 9% до 7,8%, сократить летальность на госпитальном этапе с 26% до 19%. Использование разработанных организационных принципов оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанными механическими травмами, в том числе обеспечение взаимодействия между догоспитальным и госпитальным этапами медицинской эвакуации, разделение потоков на уровне приемного отделения «по тяжести» поступающих пациентов, внедрение информатизационных технологий позволило нам сократить время начала диагностического поиска в стационаре с $15,3 \pm 3,4$ до $4,8 \pm 2,6$ минут, а продолжительность предоперационной подготовки после частичной санитарной обработки, регистрации, лабораторных и лучевых и методов диагностики с $68,3 \pm 5,8$ до $40,1 \pm 3,6$ минут. Применение тактики «Damage control» позволило уменьшить продолжительность первичных хирургических операций с $125 \pm 6,5$ до $65 \pm 3,1$ минут. При этом рост послеоперационной летальности в наших клинических наблюдениях находился в прямой зависимости от длительности первичных неотложных хирургических операций. Тяжесть состояния пострадавших с сочетанными механическими травмами на момент поступления в приемное отделение многопрофильного скорпомощного стационара (травмацентра второго уровня) составила по шкале ВПХ СП $26,3 \pm 3,2$ баллов в группе с одномоментным устранением повреждений (сравнения) и $31,8 \pm 3,3$ баллов в группе «Damage control» (основная). Через четыре часа после поступления в стационар тяжесть состояния в группе сравнения за счет снижения системного АД и увеличения ЧСС в результате кровотечения и кровопотери возросла до $30,3 \pm 2,1$ баллов. В основной группе в этот же временной промежуток тяжесть состояния снизилась до $24,1 \pm 2,0$ баллов. Мы связываем этот факт с тем, что к этому моменту времени в основной группе уже были закончены первичные неотложные оперативные вмешательства, направленные на остановку кровотечения, гемостаз был достигнут, и на этом фоне проводили мероприятия по устранению кровопотери. Напротив, в группе сравнения к этому временному промежутку неотложные операции, направленные на стабилизацию состояния, еще продолжались и коррекцию кровопотери прово-



дили на фоне недостигнутого или нестабильного гемостаза. Оценка тяжести состояния пострадавших по шкале ВПХ СП свидетельствует о том, через 24 часа после поступления из-за нарастания системного воспалительного ответа, интоксикации и полиорганной недостаточности состояние начинало прогрессивно ухудшаться до $33,1 \pm 1,8$ баллов в группе сравнения и $27,3 \pm 2,1$ в основной группе. При этом если в основной группе с применением тактики «Damage control» хирургические проблемы к этому временному рубежу были решены и пострадавшие получали интенсивную дезинтоксикационную терапию, то в группе сравнения в связи с прогрессированием перитонита, рецидивами внутренних кровотечений к этому времени возникла необходимость в проведении повторных операций «по требованию». Это в свою очередь еще более ухудшало тяжесть состояния пострадавших с $33,1 \pm 1,8$ до $35,3 \pm 2,4$ баллов. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 53 (62,3%) человек. В том числе у 14 (40,0%) – после этапного и у 39 (78,0%) – после одномоментного устранения повреждений. В раннем послеоперационном периоде умерло 16 (18,8%) пострадавших. Из них у 5 (14,3%) была применена тактика этапного устранения повреждений и у 11 (22,0%) – тактика одноэтапного устранения повреждений. Таким образом, на госпитальном этапе медицинской эвакуации, в травмацентре первого уровня использование у пострадавших в ДТП тактики этапного устранения сочетанных механических повреждений, в том числе в терминальном состоянии, позволило повысить вероятность благоприятного исхода за счет сокращения продолжительности предоперационной подготовки с $68,3 \pm 5,8$ минут до $40,1 \pm 3,6$ минут, длительности первичных неотложных хирургических операций с $125 \pm 6,5$ минут до $65 \pm 3,1$ минут, уменьшения числа осложнений в раннем послеоперационном периоде с 78,0% до 40,0%, летальности с 22,0% до 14,3%. Вывод. Использование усовершенствованной хирургической тактики этапного лечения пострадавших в ДТП с сочетанными механическими травмами, предусматривающей соблюдение разработанных организационных принципов преемственности и последовательности на догоспитальном этапе и применение тактики «damage control» на госпитальном этапе эффективно в комплексном лечении пострадавших в ДТП с сочетанными механическими травмами.

444. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Анисимов А.Ю.1,2, Мустафин Р.Р.5,
Андреев А.И.3, Ибрагимов Р.А.4*

Казань

1Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Актуальность. Вторичный распространенный гнойный перитонит (ВРГП) был и остается нестареющей проблемой urgentной абдоминальной хирургии. Со времен Wegner G, воспитанного «в страхе перед богом и брюшиной», и по сей день этот «зловещий призрак уносит одну жертву за другой». Правда, периодически можно встретить публикации, в которых приводятся удивительные результаты лечения этого состояния со снижением летальности до 4% - 8%. Чаще всего эти успехи авторы связывают с эффективностью какого-либо нового лечебного метода. Однако жизнь и клинический опыт со временем вносят коррекцию в такие данные. Подобное снижение летальности зачастую представляет собой чисто статистический эффект, достигаемый включением в анализ относительно ранних, более легких форм перитонита, не составляющих клинической проблемы при условии своевременного адекватного хирургического пособия. Средние показатели летальности при ВРГП удерживаются на уровне 30%, а при наиболее тяжелых его формах, например, послеоперационном перитоните - достигают 40% - 50%. Снижение летальности при ВРГП до 20% в настоящее время рассматривается как существенное достижение в решении проблемы. Больные же, выписанные после перенесенного перитонита, несмотря на восстановительное лечение, продолжительное время остаются нетрудоспособными и пополняют число инвалидов. Ежегодно дни нетрудоспособности у больных с ВРГП составляют около 20% общего количества дней временной нетрудоспособности от всех гнойных заболеваний. Цель исследования – улучшение результатов лечения больных ВРГП на основе комплексного применения методов активного воздействия на эндотоксикоз.

Материал и методы исследования. Из 27 954 операций на органах брюшной полости 2 358 (8,5%) было выполнено по поводу ВРГП различной этиологии. У 1,7 % больных сумма баллов по шкале APACHE II не превышала 15, у 88,1 % она составила



от 15 до 29, у 10,2% – свыше 29. По показателю Мангеймского индекса перитонита у 85,6 % наблюдаемых нами больных диагностирована вторая, у 14,4% – третья степень тяжести заболевания. У 1960 (82,2%) наблюдаемых нами больных имел место диффузный распространенный, а у 425 (17,8%) – диффузный общий перитонит. У 281 пациента, состояние которых характеризовалось особой тяжестью, распространенностью процесса по брюшине и степенью ее загрязнения (сумма баллов по шкале APACHE II не менее 20, Мангеймский индекс перитонита от 20 и выше), в комплекс лечебных мероприятий включили открытый метод – перитонеостомию с плановыми этапными санациями брюшины в послеоперационном периоде. Результаты. Говоря о предоперационной подготовке, считаем, что лучше отложить операцию на 2–3 часа для целенаправленной коррекции, чем начинать её у неподготовленного больного. Наряду с общими гигиеническими мероприятиями, опорожнением желудка с помощью зонда и катетеризацией мочевого пузыря для контроля за почасовым диурезом предоперационная подготовка при ВРГП в нашем исполнении предусматривает решение трех основных задач. Первая - устранение тканевой дегидратации, гиповолемии и электролитных нарушений. Это достигается инфузией изотонических полиионных растворов из расчета 30-50 мл на 1 кг массы тела. Темп инфузии и общий ее объем корректируются в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы. На завершающем этапе вводятся растворы глюкозы, белковых и коллоидных препаратов. Вторая - медикаментозная коррекция расстройств, обусловленных эндогенной интоксикацией и сопутствующими заболеваниями. Третья - дооперационное начало адекватной антибактериальной терапии с упреждающим созданием терапевтической концентрации антибиотиков в тканях, пока еще не пораженных инфекционным процессом. Предпочтение отдаем введению цефалоспоринов третьего поколения с препаратами метронидазолового ряда. На поздних стадиях ВРГП для превентивной антимикробной терапии применяем имепенем циластатин натрия. Однако осуществить полную коррекцию нарушений гомеостаза до операции у больного ВРГП практически невозможно. Достаточно добиться лишь относительной стабилизации АД, ЦВД и увеличения диуреза. В качестве основного метода обезболивания при операциях по поводу ВРГП используем многокомпонентную сбалансированную анестезию с применением мышечных релаксантов и ИВЛ. При любом варианте анестезии считаем целесообразным выполнение интраоперационной новокаиновой блокады рефлексогенных зон корня брыжейки тонкой и толстой кишок. Если попытаться

определить направления местного хирургического лечебного воздействия применительно к эндотоксикозу, обусловленному ВРГП, то следует сказать, что оперативное лечение при перитоните не может быть стандартизовано из-за разнообразия причин, вызывающих его. Именно поэтому, объектом нашего пристального внимания являются различные элементы хирургического вмешательства. 1. Операционный доступ. Считаем широкую срединную лапаротомию основным доступом при ВРГП. Если распространенный перитонит выявлен в процессе операции, выполняемой из другого разреза, следует немедленно перейти на срединный разрез. В клинике выполнено клинко-анатомическое обоснование целесообразности использования аппаратной коррекции срединного абдоминального доступа ретракторами Сигала - Кабанова при ВРГП. Она позволяет быстро, технически просто и малотравматично подойти к любому органу брюшной полости, обеспечивая доступность объекта операции, мобильность, длительную стабильную фиксацию кожного «окна», освобождение ассистента для оказания активной помощи хирургу. 2. Устранение или изоляция источника перитонита. Это наиболее ответственный этап вмешательства. Производим его, соизмеряя тяжесть операции с функциональными возможностями больного. Объем хирургической агрессии должен быть минимальным. Это устранение источника перитонита: аппендэктомия, ушивание перфоративного отверстия, резекция некротизированного участка ЖКТ и т.п. или отграничение очага от свободной брюшной полости: выведение колостомы и т.п. Все реконструктивные операции переносим на второй этап и выполняем их в более благоприятных для пациента условиях. Особое внимание уделяем определению показаний к резекции полых органов живота при ВРГП и адекватному выбору объема резекции. Если показания к резекции кишки вследствие угрозы ее жизнеспособности оцениваем как сомнительные, то опускаем кишку в брюшную полость и решаем вопрос о жизнедеятельности кишки в ходе запланированной релапаротомии («second look») через 12 – 24 ч. В случае значительной выраженности воспалительных изменений стенки тонкой кишки наложение анастомоза откладываем до устранения перитонита. «Заглушенные» концы пересеченной кишки опускаем в брюшную полость с обязательным наружным дренированием приводящей кишечной петли. Обоснованием такой тактики считаем повышение в условиях ВРГП риска несостоятельности наложенных после резекции кишечных анастомозов. Вопрос о наложении первичного анастомоза после резекции правой половины ободочной кишки в условиях ВРГП решаем индивидуально в зависимости от выра-



женности воспаления брюшины и сроков его развития. Резекцию левой половины ободочной кишки при ВРГП как правило завершаем наложением одностольного противоестественного заднего прохода с «заглушением» периферического отрезка кишки, по типу операции Гартмана. Важным элементом такого вмешательства считаем декомпрессию отводящего отдела введенной ретроградно per ani хлорвиниловой трубкой для предотвращения несостоятельности швов на ушитом конце толстой кишки. 3. Перитонизация. При ушивании дефектов брюшины тщательно перитонизируем участки, лишенные брюшинного покрова, так как десерозированные поверхности малоустойчивы к инфекции, являются источником образования спаек, а швы, наложенные на ткани без последующей перитонизации последних, могут прорезываться. Это может привести к дегерметизации и прогрессированию перитонита. 4. Интраоперационная санация брюшной полости. Считаем неприемлимым удаление гноя протиранием марлевыми салфетками из-за травматизации серозных оболочек. Качественный состав промывной жидкости не имеет принципиального значения, так как кратковременный контакт с брюшиной вряд ли может оказать должное бактерицидное действие на перитонеальную флору. Однако при ВРГП, вызванном анаэробной флорой, используем 0,3% электрохимически активированный раствор калия хлорида, поскольку он содержит активированный хлор и кислород. Нами изучено воздействие на гомеостаз при ВРГП растворов, предварительно охлажденных до температуры +4 . +6 °С. Анализ полученных в эксперименте и клинике результатов позволяет говорить о том, что интраоперационная гипотермическая санация снижает интенсивность обменных процессов, подавляет резорбтивную функцию брюшины, вызывает сосудосуживающий эффект с повышением системного АД, стимулирует моторику тонкой кишки. 5. Интубация кишечника. В клинике предложена оригинальная методика тотальной декомпрессии тонкой кишки в сочетании с зондовой коррекцией энтеральной среды. 6. Завершение операции. Открытый метод, то есть оставление на завершающем этапе операции брюшной полости полностью открытой для того, чтобы в послеоперационном периоде можно было проводить ее систематические ревизии и лаваж является серьезной травматической агрессией, а потому показания к нему должны быть строгими и абсолютно аргументированными. К ним мы относим: а) ВРГП с массивным каловым загрязнением брюшины (сумма баллов по шкале APACHE II не менее 20); б) ВРГП с клиническими и интраоперационными признаками анаэробной неклостридиальной инфекции; в) нагноение послеоперационной раны по типу

неклостридиальной флегмоны с эвентрацией или высоким риске ее развития. 7. Дренирование брюшной полости. Следует заметить, что попытка полноценной санации брюшной полости при ВРГП через несколько трубчатых дренажей, введенных в различные ее отделы, малоэффективна. Область санации при этом уже через 3-4 ч отграничивается вследствие спаечного процесса объемом в 4-6 куб. см. вокруг конечной части дренажной трубки. В клинике обоснованию использования дренажа из полупроницаемой гидратцеллюлозной мембраны «ВЛ – 100» при ВРГП. При этом убедительно показано, что такой дренаж дает хороший лечебный эффект благодаря его большой суммарной поверхности, высокой степени смачиваемости, капиллярным свойствам. Интенсивную терапию в послеоперационном периоде осуществляем в соответствии с принципами лечения тяжелого сепсиса. Она сочетает рациональную комплексную индивидуальную программу инфузионной терапии, парентеральной нутриционной поддержки в режиме гипералиментации, рациональной респираторной терапии, этиотропной антибактериальной терапии до устранения признаков системной воспалительной реакции и подавления инфекционного процесса. Из 2385 больных РП умерло 440 (18,4%). За период с 1987 по 1993 годы, когда не применяли вышеперечисленный алгоритм методов активного воздействия на эндотоксикоз, из 495 больных ВРГП умерло 139 (28,1%). За период с 1993 по 2015 годы, благодаря внедрению комплекса современных методов хирургического лечения, удалось снизить летальность до 15,9 % (301 из 1890 больных ВРГП). Включение в комплекс хирургических мероприятий перитонеостомии с плановыми этапными санациями брюшины в послеоперационном периоде позволило ускорить темпы регрессии эндогенной интоксикации, уменьшить количество осложнений, снизить летальность с 68,3% до 32,4%, сократить сроки пребывания на койке с 53,4 + 3,9 суток до 39,7 + 2,1 суток. Вывод. Таким образом, пессимизм в оценке перспектив решения проблемы ВРГП сегодня не уместен. На наш взгляд, успех лечения зависит от комплексного подхода, в котором развитие каждого из направлений воздействия на эндогенную интоксикацию требует проведения дальнейших разносторонних исследований.



445. ТЕРМОГРАФИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В АСПЕКТЕ ДИАГНОСТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Аббасзаде Т.Н.З, Анисимов А.Ю.1,2

Казань, 2) Баку

1Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Актуальность. Многолетняя практика герниологии убедительно свидетельствует о том, что частота местных послеоперационных раневых осложнений при герниопластике вентральных грыж больших размеров достигает 4,6% -11,8%, в том числе сером - 11,8%, инфильтратов - 17,5%, гематом - 8.6%. В отдельности или в комбинации вышеперечисленные осложнения приводят к развитию рецидива заболевания у 5% - 69% больных. На современном этапе развития клинической герниологии большие надежды в аспекте диагностики ранних послеоперационных раневых осложнений связывают с термографией передней брюшной стенки.

Цель исследования: Изучить возможности использования тепловизионного исследования для диагностики ранних послеоперационных раневых осложнений у больных большими вентральными грыжами.

Материал и методы. Проведен клинический анализ хирургического лечения 52 больных большими вентральными грыжами (БВГ). Мужчин было 11 (21,2%), женщин – 41 (78,8%). Возраст пациентов варьировал от 32 до 76 лет. Средний возраст составил $55,7 \pm 1,8$ лет. Для оценки размеров грыжевых выпячиваний использовали классификацию вентральных грыж J.P. Chevrel and A.M. Rath (SWR-classification). Большие грыжи (w3) наблюдали – у 44 (84,6%), гигантские (w4) - у 8 (15,4%) пациентов. Рецидивные грыжи в основной группе были у 31 (59,6%) больного, а первичные грыжи – у 21 (40,4%). Больным применяли различные методы герниопластики. Способ пластики «Inlay» применили у 14 (26,9%), комбинированный способ [2] - у 10 (19,2%), способ пластики «Sublay» - у 28 (53,8%) пациентов. Учитывая реальную возможность скопления какого-то количества экстравазата в ране после герниопластики, возможность его инфицирования, а также для контроля гемостаза, операции заканчивали различными способами дренирования остаточной полости в подкожной

жировой клетчатке. В 38 случаях (73,1%) дренировали раны низко вакуумной системой UnoVac (Uno Medical, Дания). В 14 (26,9%) - однопросветными поливинилхлоридными дренажами. С целью совершенствования диагностики ранних послеоперационных раневых осложнений мы применили изучение теплового баланса тела с помощью инфракрасной цветной термографии с возможностью комбинирования тепловизионной картины с новейшими компьютерными программами. Термографию передней брюшной стенки проводили с помощью инфракрасной камеры. Всего выполнено 52 исследования у больных и 31 – у здоровых добровольцев. Исследование проводили в положении стоя. Пациент освобождал от одежды переднюю поверхность туловища. Аппарат располагали на специальной стойке в двух метрах от исследуемого. Наводили видеоискатель тепловизора на переднюю брюшную стенку. После этого фиксировали показания температуры тела человека. Тепловизионную картину высвечивали на дисплее аппарата. Длительность исследования составляла от 3 до 5 минут. Результат записывали в память аппарата, затем его переписывали на персональный компьютер и обрабатывали с помощью прилагаемого программного обеспечения ThermaCAM Quick View. При изучении термографической семиотики в качестве основных критериев выбирали минимальные и максимальные значения температуры поверхности тела на передней брюшной стенке. При этом полученную тепловизионную картину интерпретировали следующим образом: белый спектр цвета соответствовал участку тела с наивысшей отдачей тепла, красный – участку тела со средним уровнем отдачи тепла, желтый - с еще более меньшим, синий - с минимальным уровнем отдачи тепла. При анализе и обработке термограмм использовали несколько видов термографических признаков: а) форма, размеры, характер температурных контуров; б) локализация, структура и площадь очагов гипер- или гипотермии. Важнейшим термокритерием из всего многообразия вышеперечисленных признаков для тепловизионной диагностики различных патологий считали величину или степень температурной асимметрии у человека в норме и при патологии. Статистическая обработка результатов исследования выполнена с помощью пакета программ Microsoft Office Excel 2003 и Statistica 6.0. Использовали корреляционный анализ, метод регрессии, описательной статистики с расчетом относительных показателей, средних арифметических, средних ошибок средних арифметических и относительных величин, параметрический анализ (оценка достоверности средних и относительных величин по t-критерию Стьюдента). Результаты. На начальном этапе исследования



мы выполнили термографию передней брюшной стенки у 31 здорового добровольца, в том числе у 20 (64,5%) мужчин и 11 (35,5%) женщин. Мужчин в возрасте до 60 лет было 14 (70,0%), старше 60 лет – 6 (30,0%) человек. Женщин соответственно 7 (63,6%) и 4 (36,4%). Среди добровольцев 5 (16,1%) человек были астенического, 13 (41,9%) нормостенического и 13 (41,9%) гиперстенического телосложения. Проведенный анализ термотопографических картин передней брюшной стенки у здоровых добровольцев позволил сделать вывод о том, что на них определяются характерные тепловые рисунки с разными спектрами цвета (от белого до синего) с преобладанием температуры кожи в эпигастральной области с наличием мелких очагов гипер или гипотермии, с диффузными перепадами температуры между ними. Отмечено плавное понижение температуры общего теплового фона в гипогастральном области, для которой характерен более однородный «холодный» тепловой рисунок. На термограммах хорошо видны пупок, паховые складки и нижний край молочных желез в виде очагов или тяжей повышенной светимости, которые служат естественными анатомическими термоориентирами. У исследуемых разных типов конституциональных телосложений определенной четкой локализации тепловых рисунков с участками спектра цвета на передней брюшной стенке не наблюдали. Минимальная температура тела в области передней брюшной стенки составила 30,9 °С, максимальная температура – 35,7 °С. Далее термографию передней брюшной стенки выполнили у 52 больных БВГ, на 3, 7 и 14 сутки после операции. Мужчин было 11(21,2%), женщин - 41 (78,8%). Проведенный анализ термограмм позволил выделить две группы: пациенты с гладким послеоперационным течением (29 человек (55,8%)) и пациенты с ранними послеоперационными раневыми осложнениями (23 человека (44,2%)). У больных с гладким послеоперационным течением на термограмме передней брюшной стенки белый спектр цвета занимал преимущественно область послеоперационной раны. Минимальная температура тела – 36,0 °С, максимальная – 36,9 °С. Послеоперационные осложнения в области послеоперационной раны наблюдали у 23 больных (44,2%), том числе: серомы у 18 (78,3%), гематомы у 2 (8,7%), инфильтрат у 3 (13,0%) пациентов. Проведенный анализ позволил выявить достоверную разницу температур передней брюшной стенки у пациентов с гладким и осложненным течением послеоперационных ран (р

446. МЕХАНИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ НИТИНОЛОВЫМИ СТЕНТАМИ В АСПЕКТЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОДНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Логинов А.В.2, Анисимов А.Ю.1,2

Казань

1Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» 2 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Актуальность. В современной научной литературе все чаще появляются оригинальные статьи, свидетельствующие о том, что разумной альтернативой баллонной тампонаде зондом - обтуратором Сенгстакена - Блэкмора в лечении острого пищевода - желудочного кровотечения на начальном этапе может стать эндоскопический гемостаз саморасширяющимися нитиноловыми стентами. Однако широкое использование последних в настоящее время ограничивается отсутствием хорошо продуманных, рандомизированных контролируемых исследований, чтобы определить их место в лечебной программе варикозного кровотечения. **Цель исследования.** Определить роль и место механического гемостаза саморасширяющимися нитиноловыми стентами в качестве альтернативы баллонной тампонаде зондом - обтуратором Сенгстакена - Блэкмора, в комплексной лечебной программе больных портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно - расширенных вен пищевода.

Материал и методы. У 21 больного с кровотечениями из варикозно - расширенных вен пищевода различного генеза был выполнен механический гемостаз саморасширяющимися нитиноловыми стентами Даниша производства ELLA – CS (Чешская республика). У 20 (95,2%) пациентов причиной портальной гипертензии был цирроз печени, в том числе у 2 - в сочетании с тромбозом воротной вены. У 1 (4,8%) имела место внепеченочная портальная гипертензия. Стенты Даниша устанавливали на срок от 3 до 16 суток, на высоте пищевода - желудочно - кишечного кровотечения у 5 (23,8%), при высоком риске рецидива последнего – у 16 (76,2%) больных. **Результаты.** Из 21 установленного по инструкции производителя стента 7 (33,3%) мигрировали в желудок. В том числе, 1 не раскрылся вообще, а 6 мигрировали в расправленном виде. 14 (67,7%) стентов были успешно установлены, без каких либо осложнений, в стандартную позицию в пищевод. Из 5 клинических наблюдений, когда стенты Дани-



ша были установлены на высоте пищеводного кровотечения, в 3 случаях был достигнут надежный механический гемостаз. У четвертого пациента стент в нераскрытом виде мигрировал в желудок. У пятого больного даже при стандартном раскрытии стента в пищеводе добиться гемостаза не удалось. В обоих наблюдениях это потребовало повторной, сразу же после попытки стентирования, тампонады зондом - обтуратором Сенгстакена - Блэкмора. У одной больной с источником кровотечения в пищеводе, на 8-ые сутки пребывания стента возник рецидив кровотечения, но уже из варикозно - расширенных вен дна желудка. Последние во время установки стента не определялись. У 17 пациентов, на 3 - 16 сутки после установки, стенты были успешно извлечены. При этом в 13 (76,5%) наблюдениях для извлечения использовали стандартный ELLA экстрактор, а в 4 (23,5%), в связи с отсутствием последнего, - эндоскоп. После удаления стента Даниша у 5 (29,4%) больных мы наблюдали геморрагическое пропитывание слизистой пищевода по месту стояния стента. У 2 (11,8%) человек на уровне верхнего края стента было обнаружено циркулярное уплотнение слизистой в виде ригидного кольца белесоватого цвета с возможным риском развития стриктуры. Из 21 пациента 6 (28,6%) скончались, не смотря на достигнутый эндоскопический гемостаз, на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности. Вывод. Наш скромный клинический опыт позволяет говорить о том, что на сегодняшний день нет окончательной ясности насколько прочное место в алгоритме лечения больных с варикозными кровотечениями займет механический гемостаз саморасширяющимися нитиноловыми стенами Даниша. С одной стороны, его можно рассматривать в качестве привлекательной альтернативы баллонной тампонаде зондами - обтураторами Сенгстакена - Блэкмора. Однако значительное количество осложнений в виде миграции в желудок (33,3%), неэффективности гемостаза (40,0%), рецидивов портального кровотечения (4,8%), геморрагического пропитывания слизистой пищевода по месту стояния стента (29,4%), риска возникновения стриктуры пищевода (11,8%) свидетельствует о достаточно узком круге показаний к его применению и необходимости подтверждения первоначальных положительных клинических результатов в дальнейших сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях.

447. МЕТОД ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ПЕРЕМЕННОГО ДАВЛЕНИЯ В АСПЕКТЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОГЕННЫМ СЕПСИСОМ

Якубов Р.А.2, Бекетов Д. А.2, Халтурин И. В.2, Анисимов А.Ю.1

Казань, 2) Набережные Челны

1 Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны

Актуальность. С хирургической точки зрения поиск оптимальных методов дренирования сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости при инфицированных формах панкреонекроза, осложнённых сепсисом, позволяющих уменьшить экссудацию в ране, ускорить формирование и отторжение секвестров, не вызывает сомнений на всех этапах развития ургентной абдоминальной хирургии. В этом аспекте мы обратили свое внимание на метод терапии отрицательным давлением (Negative pressure wound treatment - NPWT), который является одним из относительно новых и достаточно дискутабельных с позиции его применения при абдоминальной хирургической инфекции.

Цель работы - критический клинический анализ первых собственных результатов лечения больных панкреатогенным сепсисом (ПС) путем включения в комплексную лечебную программу метода отрицательного переменного давления с оценкой возможности его использования в качестве альтернативы традиционным методам дренирования. **Материалы и методы.** Мы обладаем клиническим опытом лечения 8 больных ПС (основная группа), у которых для обеспечения активного удаления избыточного раневого отделяемого, уменьшения локального интерстициального отека и снижения бактериальной обсемененности в периперационных тканях в комплексную лечебную программу был включен метод NPWT. Среди наблюдаемых нами больных мужчин было 5 (62,5%), женщин - 3 (37,5%). В возрасте от 15 до 39 лет было 3 (37,5%), от 40 до 59 лет - 3 (37,5%), от 60 и старше - 2 (25%) человека. В первые 24 часа от начала заболевания в хирургический стационар поступили 4 (50%), от 24 до 72 часов - 2 (25%), в более поздние сроки - 2 (25%) пациента. Степень тяжести состояния по шкале APACHE II у 6 (75%) больных составила до 20 баллов, у 2 (25%) - более 20 баллов. Степень тяжести состояния по шкале Balthazar у 1 (12,5%) пациента была расценена как



С, у 5 (62,5 %) - D, у 2 (25 %) - E. Клинические признаки сепсиса по классификации Bone R.C. имели место у всех 8 (100%) человек. Концентрация прокальцитонина в сыворотке крови при поступлении в стационар у 1 (12,5%) больного составила 0,5 нг/мл, у 1 (12,5%) - от 0,5 до 2 нг/мл, у 6 (62,5 %) - от 10 нг/мл и выше. Концентрация пресепсина в сыворотке крови у 2 (25%) пациентов была в диапазоне от 400 до 999 пг/мл, у 6 (75%) - от 1000 пг/мл и выше. Группу сравнения составили 14 человек, в комплексной лечебной программе которых использовали традиционную оментобурсостомию. Все больные получали комплексную интенсивную терапию в соответствии с международными и российскими протоколами лечения ПС. Всем больным выполняли оперативное вмешательство в объеме лапаротомии в сочетании с люмботомией или без нее, некрсеквестрэктомии, оментобурсостомию. В послеоперационном периоде, в условиях операционной, проводили этапные программные некрсеквестрэктомии с интервалом между процедурами 72 часа, до появления отчётливых грануляций. Результаты и обсуждение. В наших клинических наблюдениях включение в комплексную лечебную программу ПС метода NPWT позволило перевести лечение открытой абдоминальной раны в контролируемый, управляемый процесс во временно закрытой среде. Это способствовало более раннему купированию синдрома системной воспалительной реакции, о чем свидетельствует анализ динамики маркеров сепсиса. Отрицательное давление обеспечивало более эффективную, непрерывную эвакуацию экссудата. В основной группе среднее количество эвакуируемого экссудата по дренажам составило 640 + 186 мл/сут. Кроме того, высокий темп эвакуации сохранялся на протяжении всего периода лечения. В итоге к 10-м суткам послеоперационного периода дебит отделяемого уменьшился до 430 + 107 мл/сут. В группе сравнения количество эвакуированного экссудата было гораздо меньше и составило в 1-е сутки 360 + 132 мл/сут., постепенно уменьшаясь до 230+100 мл/сут к 10-м суткам. С нашей точки зрения, это свидетельствует о более эффективном очищении раневой полости. Положительная динамика внутрибрюшного давления, по нашему мнению, в основной группе позволила всех 4 (100%) выживших пациентов, в послеоперационном периоде перевести с ИВЛ на самостоятельное дыхание. В тоже время в группе сравнения из 5 выживших лишь 2 (40,0%) пациентов удалось перевести на самостоятельное дыхание. Длительность стационарного этапа лечения для выживших пациентов в основной группе составила 43,3 + 13,6 суток, в группе сравнения: 37,0 + 15,8 суток. Таким образом, достоверного сокращения сроков стационарного лечения под влиянием NPWT мы не наблюдали. В то же вре-

мя летальность в основной группе составила 50% (4 из 8 больных) против 64,3% (9 из 14 больных) в группе сравнения. Хотя, с нашей точки зрения, метод NPWT не лишен недостатков и осложнений, однако в наших клинических наблюдениях, они не были часты. Так возникновение петехиальных и арозивных кровотечений мы отметили лишь у 1(12,5%) пациента. Так же у 1 (12,5%) больного послеоперационный период осложнился развитием кишечного свища. В то же время мы не установили статистически значимых различий в частоте развития вышеперечисленных осложнений и уровнем летальности с использованием NPWT и без него. **Вывод.** Наш скромный клинический опыт позволяет говорить о том, на сегодняшний день нет окончательной ясности, насколько прочное место в алгоритме лечения больных панкреатогенным сепсисом займет методика NPWT – терапии. Данные, полученные в ходе проведенного литературного поиска и анализа первых собственных результатов использования метода терапии отрицательным давлением, указывают на необходимость проведения дальнейших сравнительных рандомизированных контролируемых исследований в этом направлении.

448. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

*Демин Д.Б., Савин Д.В., Федоров К.С.,
Фуныгин М.С.*

Оренбург

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

Актуальность проблемы. Широкое внедрение в повседневную клиническую практику современных методов неинвазивной визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) обусловило увеличение количества больных с диагностированными объемными образованиями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе поджелудочной железы. Данная группа пациентов попадает в сферу деятельности общехирургических стационаров. Оперативные вмешательства на поджелудочной железе традиционно считаются технически трудными в связи со сложностью этой анатомической зоны и «хрупкостью» оперируемого органа. В рамках внедряемой нами концепции минимизации операционной травмы мы начали выполнять резекционные вмешательства на поджелудочной железе лапароскопическим доступом. Данный вид оперативных вмешательств является высоко-



технологичным.

Цель работы: оценить эффективность лапароскопических резекций поджелудочной железы.

Материал и методы. В 2014-2016 г.г. в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены лапароскопическим доступом дистальные резекции поджелудочной железы у 5 пациентов. В процессе вмешательств мы применяли энергетические установки ультразвуковой диссекции и биполярной коагуляции, для пересечения железы в ряде случаев использовали линейные сшивающие аппараты.

Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного обследования, включающего в обязательном порядке КТ-исследование. У 3 пациентов были серозные цистаденомы хвоста поджелудочной железы от 4 до 10 см в диаметре, у 1 пациента солидное образование (аденома по послеоперационному гистологическому заключению) той же локализации диаметром 3 см, у 1 пациента большая аневризма дистальной трети селезеночной артерии. Всем пациентам периоперационно и в послеоперационном периоде вводили октреотид и омепразол с целью профилактики острого панкреатита. В 3 случаях выполнена дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки, в том числе в 2 случаях были сохранены селезеночные сосуды за счет щадящей диссекции, в 1 случае селезеночные сосуды были резецированы вместе с тканью железы и цистаденомой, однако кровоснабжение селезенки сохранилось за счет системы коротких сосудов, что позволило избежать спленэктомии. В 2 случаях произведена типичная дистальная панкреатоспленэктомия. В 2 случаях тело железы было пересечено линейным сшивающим аппаратом, в 3 случаях – ультразвуковым диссектором, причем срез главного панкреатического протока не был визуализирован в массе ткани железы. Традиционно считается целесообразной именно механическая герметизация среза Вирсунгова протока, а пересечение при помощи энергии создает риск возникновения панкреатической фистулы, однако в наших случаях зона резекции поджелудочной железы осталась герметичной. Конверсия осуществлена в 1 случае в связи с возникновением неконтролируемого лапароскопическими приемами кровотечения из селезеночной вены. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде развился острый панкреатит с формированием парапанкреатических жидкостных скоплений (панкреонекроз), что потребовало дополнительной хирургической агрессии. В одном случае произведено пункционное дренирование жидкостного образования под интраоперационной УЗ-навигацией, в другом случае выполнено дренирование

аналогичного образования из минилапаротомного доступа также под интраоперационным УЗ-контролем. Лечение этих пациентов проводилось в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по лечению острого панкреатита. У остальных пациентов послеоперационный период гладкий. Во всех случаях пациенты выздоровели, они находятся под нашим наблюдением. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность резекционной лапароскопической хирургии поджелудочной железы и открывает перспективы для расширения объема вмешательств у данной категории больных.

449. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Груба Л.Н., Магомедов М.С., Василенко К.В., Егиев В.Н., Лебедев И.С., Сажин А.В., Иванов В.В., Селиверстов Е.И.

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель: оценка роли интраоперационной эндоскопии в раннем выявлении и предотвращении осложнений анастомозов после операций на левой половине толстой кишки.

Методы: С июня 2015 года по январь 2017 года в ГКБ №1 имени Н.И. Пирогова 65 пациентам (34 мужчины, 31 женщина) в возрасте от 38 до 87 лет (среднее значение 65) была выполнена плановая операция на левой половине толстой кишки с формированием колоректального анастомоза и его интраоперационной эндоскопической оценкой: передняя резекция прямой кишки в 17 случаях (26,2%), резекция сигмовидной кишки в 37 случаях (56,9%), левосторонняя гемиколэктомия в 3 случаях (4,6%), ликвидация колостомы в 7 случаях (10,8%), резекция анастомоза с рецидивом опухоли в 1 случае (1,5%). Показанием для операции явились: рак толстой кишки у 53 пациентов (81,5%), колостома у 7 пациентов (10,8%), долихосигма у 2 пациентов (3,1%), свищи (мочепузырно-кишечный и толстокишечно-влагалищный) вследствие осложнения дивертикулярной болезни у 2 пациентов (3,1%), параколический абсцесс у 1 пациента с дивертикулярной болезнью (1,5%). В 24 случаях (36,9%) выполнена лапаротомия (конверсий 10), в 41 случае (63,1%) лапароскопическая операция. Аппаратный анастомоз был сформирован у 60 пациентов (92,3%), ручной шов при формировании



анастомоза использовался у 5 пациентов (7,7%). Разгрузочная илеостома сформирована у 7 пациентов (10,8%) с низким уровнем анастомоза (ниже 7 см от ануса), среди них у 1 пациента был сформирован J-rouch резервуар. Всем пациентам после формирования анастомоза была выполнена интраоперационная эндоскопическая его оценка на предмет герметичности, проходимости, отсутствия кровотечения.

Результаты: В ходе интраоперационной эндоскопии в 1 случае (1,5 %) была отмечена положительная пневмопроба, что потребовало наложения дополнительных швов на область выявленного дефекта, в 1 случае (1,5 %) было выявлено кровотечение из линии шва анастомоза, что потребовало эндоскопического гемостаза (клипирование). Послеоперационный период в обоих случаях протекал без осложнений. Ни у одного из 65 пациентов послеоперационный период не осложнился несостоятельностью анастомоза. Таким образом в 3% случаев нам удалось предотвратить развитие послеоперационных осложнений колоректального анастомоза, выполнив интраоперационно его эндоскопическую оценку.

Выводы: Интраоперационная эндоскопия после операций на левой половине толстой кишки является безопасным и полезным методом, позволяющим выявить и тотчас скорректировать такие осложнения анастомоза как негерметичность и кровотечение из линии шва, предотвратив развитие их клинических проявлений в послеоперационном периоде. Ключевые слова: интраоперационная эндоскопия, колоректальная хирургия, осложнения анастомоза.

450. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ДО ОПЕРАЦИИ И В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Тургунов Е.М., Койшибаева Л.М.,
Баймуратова М.Г., Саханова А.А.*

Караганда, Казахстан

Карагандинский государственный
медицинский университет

Актуальность. Результаты хирургического лечения чаще изучают с помощью таких статистических показателей, как летальность, число послеоперационных осложнений, продолжительность пребывания в стационаре, динамика показателей лабораторных и инструментальных исследований. При этом редко учитывается тот факт, что для конкрет-

ного пациента большое значение имеет факт улучшения самочувствия и чувство удовлетворенности жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах. Поэтому в последнее время исследователи уделяют все большее значение оценке показателей качества жизни (КЖ) в аспекте изучения эффективности тех или иных методов лечения. **Цель настоящего исследования** – оценка индекса качества жизни и факторов, значимо влияющих на него у пациентов с калькулезным холециститом до и после холецистэктомии (ХЭ).

Материал и методы. Ранее в 2016 году нами был осуществлен перевод на казахский и русский язык и последующая валидация специализированного опросника GIQLI для оценки качества жизни пациентов на территории Казахстана. Получено официальное разрешение от MAPI Research Trust – международной организации по координации научных исследований в области пациент-ориентированной оценки клинических результатов. Специализированный опросник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) был разработан еще в 1993 году в Германии под руководством профессора Ernst Eypasch [1]. Оценка КЖ производится путем подсчета баллов (от 0 до 4) по 36 вопросам. Возможное значение суммарного (Overall) индекса находится в пределах от 0 до 144. Выделяются 5 компонентов GIQLI, показывающие уровень качества в разных аспектах жизнедеятельности: выраженность гастроинтестинальных симптомов (Symptom), эмоциональный компонент (Emotion), физическая функция (Physical Function), социальная функция (Social Function), реакция на лечение (Medical Treatment). Изучены результаты оценки качества жизни 373 пациентов с калькулезным холециститом, из них до операции (группа 1) – 196 пациентов, после операции (группа 2) – 177 пациентов. Обе выборки независимые, статистически сопоставимые по таким показателям, как пол, возраст, диагноз, тип госпитализации, семейное положение. Анкетирование у пациентов до операции проводилось в день госпитализации, в группе 2 – ретроспективно, при этом сроки от момента операции до анкетирования составили от 0,7 до 4,1 лет. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы SPSS Statistics 20.0 (IBM). Для каждого показателя рассчитывали среднее значение, стандартное отклонение (SD), 95% доверительный интервал (CI). Оценка различий в группах проводилась с помощью дисперсионного анализа ANOVA. Корреляционный анализ – с помощью расчета коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Результаты и обсуждение. Среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) составило в группе 1 - 99,6 (SD=19,8; CI= 96,8-102,4), а во второй группе - 118,1 (SD=21,5; CI=114,9-121,2). То есть, уровень КЖ пациентов до



ХЭ составил 69,2% от максимально возможного, а после ХЭ – 82,0%, разница на 12,8% статистически значима ($F=74,3$; p

вития перитонита), так как позволяют сохранить жизнеспособность ишемизированного участка кишки или значительно уменьшить границы ре-секции.

451. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Багдасаров В.В., Багдасарова Е.А., Чернооков А.И., Ярков С.А., Атаян А.А., Симонян О.А.

Москва

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Цель: улучшить диагностику острого нарушения мезентериального кровообращения и снизить летальность при острой артериальной кишечной ишемии.

Материалы и методы: Материалом исследования являются результаты лечения 43 больных с острым нарушением мезентериального кровообращения, в период с 2011 по 2015 г. на кафедре госпитальной хирургии №2, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (клиническая база ГКБ им. С.С. Юдина)). Возраст больных колебался от 42 до 90 лет. Средний возраст составил $68,5 \pm 6,32$. Из них мужчин было 19 (44,1%) и 24 женщины (55,9%). Диагностический алгоритм представлял: 1) Обзорная рентгенография брюшной полости 2) КТ брюшной полости с болюсным контрастированием 3) Целиакография с мезентерикографией. **РЕЗУЛЬТАТЫ:** Из 43 больных у 31 (72,0%) - диагностирована окклюзия в системе верхней брыжеечной артерии (ВБА), окклюзия проксимального (1) сегмента установлена у 12 (38,7%), среднего (2) у 8 (25,8%) и дистального сегмента (3) у 13 (41,9%) больных. У 12 (27,9%) больных диагностирован критический стеноз ВБА. Антеградная механическая реканализация проводниками выполнена 29 (93,5%) больным, аспирационная тромбэкстракция выполнена 27 (87,0%) больным. Баллонная ангиопластика у 20 (64,5%) больных, при этом у 6-х (19,3%) из них с последующей имплантацией стента. В 8 (66,7%) наблюдениях больным с неокклюзионной ишемией и критическим стенозом ВБА выполнена баллонная дилатация и имплантация стента. В 3 (6,9%) случаях отмечена дистальная эмболизация после проведенной ангиопластики. Технический успех рентгенэндоваскулярных вмешательств у пациентов с нарушением кровотока в ВБА был достигнут в 88,2% случаев. В стадии инфаркта кишки умерли 8 больных.

Выводы. Эндovasкулярные технологии высоко эффективны только в стадии ишемии кишки. (до раз-

452. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖИВОТА

Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В., Симонян О.А., Тавадов А.В.

Москва

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Тяжелое состояние пострадавших, нестандартные ситуации, разнообразие вариантов сочетанных повреждений груди и живота, сопровождающихся кровотечением, определяют высокий процент диагностических, тактических, интраоперационных ошибок и сочетание их, допускаемых во время операции. По нашим данным у пострадавших с тяжелыми и крайне тяжелыми сочетанными повреждениями груди и живота (СПГЖ), наличие нескольких источников активного кровотечения, нарушения целостности паренхиматозных и полых органов и отсутствие навыков сосудистой хирургии у дежурных хирургов определяют очень высокий процент ошибок. У 248 (59,6%) пострадавших СПГЖ допущены ошибки. Из них тактические – в 56%, диагностические – в 10%, технические – в 28,8% и сочетание приведенных ошибок – в 32,2% наблюдений. Анализ данных интраоперационной кровопотери показал, что последняя возникает в результате: нарушений последовательности хирургических действий, когда главной задачей операции является выявление и остановка кровотечения (23-27,4%); рецидива профузного кровотечения из-за неадекватного осмотра забрюшинных гематом (14 пострадавших – 16,7%); отсутствия опыта у абдоминальных хирургов при повреждении сосудистых магистралей (57 пострадавших – 67,9%); некорректное использование марлевых тампонов в качестве временного гемостаза при профузных кровотечениях, так как нередко даже тугое тампонирование не обеспечивает остановку продолжающегося профузного кровотечения (17 пострадавших – 20,2%). В наших наблюдениях у 59 (70,2%) из 84 пострадавших в сравниваемых по хирургической тактике группах были допущены ошибки. Из них тактические ошибки у 31 (36,9%), диагностические у 6 (7,1%), технические у 11 (13,0%) и сочетание приведенных ошибок у



11(13,0%) пострадавших. Тактические ошибки допускаются как до, так и во время операции. По нашим данным они встретились у 31(36,9%) наблюдений. Анализ клинических наблюдений выявил следующие тактические ошибки, допускаемые во время операции: 1) субъективная и неадекватная оценка степени тяжести пострадавшего и прогноза вероятности летального исхода в первые сутки; 2) некорректный выбор объема хирургического вмешательства; 3) несоблюдение и нарушение последовательности действий при выполнении операции; 4) некорректное применение марлевых тампонов в целях временного гемостаза при профузном кровотечении 5) ушивание лапаротомной раны наглухо без превентивной декомпрессии брюшной полости (профилактика развития интраабдоминальной гипертензии) при обширных повреждениях органов живота. При анализе причин тактических ошибок обнаружили, что даже своевременно начатая операция не гарантирует благополучный исход операции. Ретроспективный анализ клинических наблюдений показал, что как во время операции, так и к моменту окончания отмечается значительное нарастание тяжести состояния у пострадавших. Полученные данные позволили заключить о наличии зависимости между динамикой тяжести состояния от объема хирургического вмешательства. Невыполнение и нарушение последовательности действий во время операции происходит в результате некорректной ревизии повреждений и отсутствии навыков при выполнении остановки кровотечения. Главная ошибка во время операции – радикальное устранение всех имеющихся повреждений в условиях декомпенсированного шока.

453. АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ

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

Казань

1) КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России 2) ГАУЗ РКОД МЗ РТ

Актуальность. Эффективность лапароскопических фундопликаций (ЛФ) в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), по данным большинства отечественных и зарубежных авторов достигает 90%. Однако средние цифры рецидива заболевания достигают 10-15%. В большинстве

случаев неудовлетворительные результаты хирургического лечения данной патологии вынуждают хирургов выполнять реконструктивные операции. **Цель.** Оценить результаты качества жизни у пациентов с ГПОД после реконструктивных операций. **Материалы и методы.** В 1996-2016 гг. в онкологическом отделении №2 (отделение хирургии пищевода) Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ находилось на лечении 1107 больных с диагнозом ГПОД Мужчин - 608, женщин - 499. В возрасте от 15 лет до 78 лет. Были выполнены следующие виды ЛФ: Ниссена-Розетти 863 (78%), Ниссена 232 (21%), Тупе 6 (0,5%); Дора 6 (0,5%). 56 (5,0%) пациентам выполнены повторные операции.

Показаниями явились: внутрибрюшное кровотечение 3 (0,27%), стойкая дисфагия 1 (0,1%), недиагностируемая перфорация желудка 2 (0,18%), рецидив гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) 47 (4,26%), вторичная параэзофагеальная ГПОД 2 (0,18%), герниопластика троакарной грыжи 1 (0,1%).

Результаты. Рецидив ГЭР явился основным показанием для выполнения повторной, в частности реконструктивной операции. Данная патология диагностирована у 87(7,8%) пациента, 47 (4,2%) больных согласились на повторную операцию. В раннем послеоперационном периоде рецидив ГЭР диагностирован у 13 (1,2%) пациентов, в позднем послеоперационном периоде у 78 (7%) больных из 1101 больных. Всего 47 больным выполнены реконструктивные операции. 10 из них перенесли два оперативных вмешательства, а трое больных по три повторные операции. Из 47 оперированных пациентов, у 28(59%) больных первые реконструктивные операции выполнены успешно, а у 19(41%) диагностирован рецидив заболевания, 10 из них отказались от второй реконструкции, а 9 согласились на операцию. Из 9 повторно прооперированных пациентов у 3(33%) рецидив ГПОД не выявлен, у 6(67%) снова возобновились прежние жалобы, 5(56%) из них отказались от операции, а 1(11%) больной согласился на третью реконструктивную операцию, результат оказался неудовлетворительным. 41 (87%) пациентам операции выполнены лапароскопическим доступом, а 6 (13%) лапаротомным подходом. Показанием конверсии к лапаротомии являлся выраженный спаечный процесс. Были выявлены следующие интраоперационные находки: деструкция фундопликационной манжетки 22 (48%); деструкция с одновременной миграцией манжетки через пищеводное отверстие диафрагмы (ПОД) в средостение 11 (24%); миграция манжетки с болевым синдромом 5 (10%); феномен «телескопа» 6 (12%); ротация манжетки вокруг пищевода 1 (2%); «песочные часы» 1 (2%); рецидив параэзо-



фагеальной ГПОД 1 (2%) Виды реконструктивных вмешательств: рефундопликация по Ниссену-Розетти 24 (51,5%), из которых одна выполнена с использованием У-образного аллотрансплантата на ПОД; рефундопликация по Ниссену 18 (37,5%); по Дору 3 (7,5%). Задняя крурорафия 1 (2,5%). Одному пациенту с рецидивом параэзофагеальной ГПОД выполнено иссечение грыжевого мешка- 1 (2,5%) В послеоперационном периоде отличный результат реконструктивных операций наблюдался у 2 (4%) пациентов, хороший 18 (38%), удовлетворительный 11 (24%) и неудовлетворительный в 16 (34%) случаях.

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

454.ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*Ганков В.А., Оскретков В.И., Климов А.Г.,
Гурьянов А.А., Андреасян А.Р.*

Барнаул

ФГБОУ ВПО "Алтайский государственный
медицинский университет" МЗ России

Провели анализ интра- и послеоперационных осложнений видеолaparоскопических эзофагофундопликаций по поводу ГЭРБ с момента их внедрения за 20 лет. Оперировано 692 чел. В большинстве наблюдений были больные ГПОД и другими заболеваниями органов брюшной полости: хроническая язва желудка и ДПК, желчно-каменная болезнь и прочие. Метод операции был разработан в открытой хирургии («Способ лечения рефлюкс-эзофагита». Авторское свидетельство на изобретение №1835265 от 13.10.1992г. Оскретков В.И., Ганков В.А.), который мы внедрили видеолaparоскопическим доступом в 1996 году. Сущность его заключается в мобилизации пищевода и кардиального отдела желудка на 2-3 см. ниже пищеводно-желудочного перехода по типу селективной минипроксимальной ваготомии с освобождением задней стенки дна желудка и пересечением части коротких желудочных сосудов. Далее создается конгруэнтная фундопликационная манжетка на

калибровочном (манометрическом) зонде начиная со скелетированной малой кривизны желудка. За указанный период летальных исходов не было, но возникли следующие осложнения: Интраоперационное кровотечение, потребовавшее конверсии (1 чел., 0,1%). В то время имели возможность применять только монополярную коагуляцию. Перфорация нижней трети пищевода во время проведения желудочного зонда через рот у больной с субтотальной желудочной ГПОД (1 чел., 0,1%). Осложнение было распознано интраоперационно и ушито видеолaparотрансхиатальным доступом. У 2 больных (0,3%) в раннем послеоперационном периоде возник некроз дна и проксимальной части желудка, потребовавшие проксимальной резекции ½ желудка с эзофагогастроанастомозом. Наиболее вероятной причиной грозного осложнения явилась чрезмерная деваскуляризация проксимальной части желудка, которая была обусловлена селективной проксимальной ваготомией у больных, страдающих осложненной язвой ДПК и пересечением 3-4 коротких желудочных артерий для более подвижного дна желудка с целью создания фундопликации. После операции у одной пациентки (0,1%) диагностирована перфорация пищевода выше манжеты, спровоцированная язвенным эзофагитом. После релапароскопии и зашивания дефекта - выздоровление. У 2 чел. (0,3%) в послеоперационном периоде возникло внутрибрюшное кровотечение. При релапароскопии у 1-го из них кровотечение произошло из троакарной раны, у другого источник кровотечения не обнаружен. Эмфизема средостения, подкожной клетчатки шеи и верхней части грудной клетки имело место у 4 больных (0,6%). У 3-х чел. при выделении грыжевого мешка из средостения вскрылась левая плевральная полость. В одном наблюдении было краевое повреждение капсулы селезенки. Последние осложнения не явились угрозой для последующего выздоровления и удлинения сроков госпитализации. В отдаленном периоде выполнено 15 реконструктивных вмешательств (2,2%). У 3-х чел. показанием была грубая деформация желудка в виде «песочных часов» и формированием «малого желудка». Остальные больные были оперированы по поводу рецидива ГЭРБ и ГПОД. В большинстве наблюдений рецидивы возникли по причине смещения, соскальзывания или сползания задней либо передней стенки дна желудка с пищевода и 1 больной оставлением грыжевого мешка в средостении. Отдаленные результаты свидетельствуют об эффективности оперативного лечения. В среднем 70% пациентов забывают о перенесенной болезни. Около 25% больных отмечают умеренные жалобы на тяжесть в желудке после еды, режидиарею, т.е. в основном связанные с элементами



ваготомии. 3-5% - страдают от различных жалоб, регулярно проходят лечение у гастроэнтерологов, хирургов и часть из них повторно оперированы. Послеоперационную дисфагию в легкой степени на грубую пищу выявили у четверти пациентов. Наряду с этим, в отдаленном периоде, в среднем на 5-летнем рубеже, отмечается тенденция к ослаблению антирефлюксного действия манжетки, что проявляется полным исчезновением дисфагии, либо частичным возвратом симптомов ГЭРБ. Однако, больные довольны результатом операции, а качество жизни значительно лучше дооперационного состояния. Таким образом, приобретенный опыт позволил разработать ряд рекомендаций, которые нам помогли значительно сократить осложнения за последние 5 лет. 1. Не следует пересекать более 2-3 коротких желудочных артерий в сочетании с селективной проксимальной желудочной ваготомией 2. Формировать полную фундопликационную манжетку на 3 см выше кардии с захватом в шов правого ребра пищевода, а «воротничок» манжетки фиксировать еще на 1 см выше по передней и задней стенке пищевода (неполная фундопликация «по типу Тупе») 3. Оптимально создавать фундопликационную манжетку на желудочном (калибровочном) зонде диаметром 1 см 4. Осторожно устанавливать желудочный зонд у больных с большими и гигантскими ГПОД под контролем видеолапароскопии.

455. ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ТЕХНИЧЕСКИ СЛОЖНЫХ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВОМОШОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ

Борота А.В., Енгенов Н.М., Кухто А.П., Диденко М.В.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет

Лечение грыж пахово-мошоночной локализации с использованием лапароскопической техники в последние десятилетия приобрело большую популярность. Подавляющее число исследователей отмечает, что лапароскопическая герниоаллопластика по сравнению с традиционной сопровождается снижением числа интра- и послеоперационных осложнений, незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением к труду. Однако технические сложности во время операции при пахово-мошоночных грыжах нередко интраоперационно приводят

к высокой травматизации элементов семенного канатика, кровотечениям, а так же к конверсии. В послеоперационном периоде как следствие – развитие гематом и скопление в паховой области серозной жидкости, отек семенного канатика и яичка, послеоперационные невралгии и парестезии.

Материалы и методы. Нами изучены результаты лечения 180 оперированных больных с пахово-мошоночными грыжами за период с 2005 по 2016 годы. Из них 86 пациентам (47,8%) операция выполнялась лапароскопическим методом. Во всех случаях выполнялась трансабдоминальная предбрюшинная герниоаллопластика с использованием полипропиленового сетчатого протеза. Основываясь на представлениях о причинах развития осложнений, мы разработали ряд технических приемов, позволяющих их избежать. Выделение грыжевого мешка по травматичности, времени и трудоемкости уступает способам открытой хирургии. В течение последних 10 лет мы с успехом используем определенную методику устранения пахово-мошоночных грыж. Лапароскопическим доступом мы не выделяем грыжевой мешок, а циркулярно его отсекаем после вскрытия брюшины над грыжевыми воротами. После этого устанавливаем и фиксируем сетку стандартным образом. К месту фиксации сетки предбрюшинно через троакарную рану вводим дренаж и выполняем перитонизацию. Дренаж устанавливаем на активную аспирацию. Это обстоятельство значительно облегчает идентификацию элементов семенного канатика и, соответственно, уменьшает травматичность данного этапа. Во всех случаях использовалась полипропиленовая сетка. Возраст больных колебался от 17 до 85 лет. Наименьшее время операции - 37 минут, наибольшее - 145 минут, среднее значение -58,21 минут. Продолжительность стационарного лечения была от 24 часов до 96 часов. Пациенты осматривались на момент снятия швов, через 1, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. Возраст больных колебался от 17 до 85 лет. Наименьшее время операции - 37 минут, наибольшее - 145 минут, среднее значение -58,21 минут. Продолжительность стационарного лечения была от 24 часов до 96 часов. Пациенты осматривались на момент снятия швов, через 1, 6 и 12 месяцев после операции. Из интраоперационных осложнений чаще всего встретились кровотечения. Наибольшие технические сложности возникали при повреждении элементов семенного канатика, нижних эпигастральных сосудов у ранее оперированных больных. При предложенной методике подобные осложнения были сведены к минимуму. У 2-х больных отмечено было кровотечение из нижних эпигастральных сосудов. Средняя кровопотеря составила 100,0-150,0 мл. Гемостаз во всех случаях достигнут ла-



пароскопически. В послеоперационном периоде наиболее часто встречались гематомы паховой области, отек семенного канатика у мужчин, невралгии и парестезии. При предложенной методике только у одного больного была гематома и скопления серозной жидкости, которую ликвидировали пункционно. Выводы Лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика с циркулярным рассечением брюшины (грыжевого мешка) без его выделения - эффективный и малотравматичный способ оперативного лечения пахово-мошоночной грыжи, что приводит к снижению интраоперационных и послеоперационных осложнений, сокращению времени операции. Несмотря на высокую эффективность лапароскопической трансабдоминальной герниопластики окончательную разработку ее методики нельзя считать состоявшимся фактом.

456. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗНАТЯЖНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ.

*Борота А.В., Енгенов Н.М., Диденко М.В.,
Темниченко Д.П., Косарев А.В.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет

Возможность совмещения протезирующей безнатяжной герниопластики с малотравматичным эндовидеохирургическим (ЭВХ) подходом к зоне оперативного вмешательства, т. е. к задней стенке пахового канала, открыла новые перспективы хирургического лечения паховых грыж. Несмотря на большое количество способов герниопластики паховых грыж рецидивы достигают 10-35% при использовании классических методик и 3-5% при применении ненапряжных методов с использованием синтетических протезов. После лапароскопических способов пластики первичных грыж частота рецидивов колеблется от 1 до 3%. Материалы и методы. В клинике общей хирургии на базе ДоКТМО в период с 2001-2016гг. выполнена эндовидеохирургическая герниоаллопластика 157 больным, которые ранее оперированы безнатяжными технологиями с применением синтетических протезов как ЭВХ способом, так и по Лихтенштейну. Результаты и обсуждение: В случаях рецидива грыжи после нелапароскопических вмешательств (Лихтенштейна) мы встречались с наличием рубцового процесса в зоне задней

стенки пахового канала, изменение анатомии паховой области, развитие спаечного процесса. В этих наблюдениях мы сталкивались с трудностями при отделении париетальной брюшины с целью формирования площадки для протеза. Наиболее выраженные рубцовые изменения встречались непосредственно в паховом канале, где мы сталкивались с ними в случаях кривой паховой грыжи. Выделение грыжевого мешка из пахового канала и его отделение от семенного канатика выполняли острым путем с использованием электрокоагуляции под постоянным визуальным контролем элементов семенного канатика. Эти два этапа были наиболее трудоемкими и сложными, тогда как последующие расположение протеза и его фиксация не вызывали затруднений. Технические сложности возникали также при перитонизации полипропиленового протеза, что мы считаем обязательным. Удобнее всего оказалось использование неизменной брюшины медиальной паховой складки, которая расправлялась и укладывалась над протезом, с последующей фиксацией. Случаи истинных рецидивов прямых грыж затруднений не вызывали, и особенных технических приемов мы не использовали, выполняя вмешательство по описанной ранее методике с тщательной фиксацией медиальной части протеза. Следует отметить особенности оперативного лечения рецидивных паховых грыж после перенесенной эндовидеохирургической герниопластики. В этих наблюдениях смещение и деформация анатомических структур были менее значимы, вместе с тем рубцовые изменения брюшины над мигрировавшим протезом были настолько выражены, что практически не позволяли мобилизовать брюшину в этой области. Кроме того, не представляется возможным удаление ранее уложенного, проросшего собственными тканями протеза, а так же мы считаем нецелесообразным удаление ранее уложенного протеза. В связи с этим лечение заключалось в установке и фиксации второго имплантата, причем фиксация осуществлялась и к участку ранее установленного протеза, который не мигрировал от грыжевых ворот. Перитонизация представляла собой большую техническую проблему - использовались все доступные для мобилизации участки брюшины. Выводы: Таким образом, основываясь на полученных результатах выполненной работы, мы можем сделать следующее заключение. Эндовидеохирургическую герниопластику у больных с рецидивами, ранее оперированных безнатяжными технологиями следует считать методом выбора, обеспечивающим малую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран. Методика основана на протезирующей безнатяжной пластике задней стенки пахового канала. Разработанные технические приемы позволяют уменьшить трав-



матичность, сократить время операции. Эндовидеохирургическая герниопластика обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, короткие сроки стационарного лечения, скорейшую трудовую и социальную реабилитацию.

457. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.

Абдурахманов А.А., Фатхутдинов И.М.

Казань

ГБОУ ВО "Казанский ГМУ"

Актуальность. Запоры представляют собой серьезную медико-социальную проблему из-за широкой распространенности данного состояния. В России распространенность рассматриваемой патологии составляет 20%, возрастая параллельно увеличению возраста пациентов.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с хроническими запорами в условиях городской поликлиники.

Задачи. Разработать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий в условиях поликлиники.

Материал и методы. Представлены результаты диагностики и лечения 100 больных в ГАУЗ "Городская поликлиника №6" г.Казани в период с июля 2016 г. по декабрь 2016 г. обратившихся с жалобами на запор в поликлинику по месту жительства. Мужчин 27 %, женщин 73 %. Средний возраст 48 (+/- 1,6 лет). Диагностическая программа включала в себя общеклинические, биохимические, эндоскопические (ректороманоскопия, колоноскопия), рентгенологические (ирригоскопия, пассаж бариевой взвеси) методы. Пациентам без органической патологии толстой кишки назначалась консервативная терапия. При обнаружении объемных образований толстой и прямой кишки, больные направлялись на консультацию к онкологу в первичный онкологический кабинет поликлиники.

Результаты. При обследовании у 61% больного выявлен кологенный колостаз, в 14% случаях обнаружен проктогенный колостаз, в 12% наблюдений диагностирована злокачественная патология толстой и прямой кишки, у 13 % пациентов доброкачественные образования ободочной кишки. В группе больных с кологенным запором была назначена консервативная терапия включающая в себя диетические рекомендации, пшеничные отруби, нормализация моторной функции тол-

стой кишки (прокинетики при гипокинезии или спазмолитики при гиперкинезии толстой кишки), стимулирующие слабительные. Из них 30 (49,2%) отмечали хороший результат лечения, 21 (34,4%) удовлетворительный результат и 10 (16,3%) неудовлетворительный. Группу больных с проктогенными запорами направлялись в отделения колопроктологии для хирургической коррекции. Пациентам в группе с доброкачественными образованиями ободочной кишки произведено эндоскопическое лечение. В случаях злокачественных заболеваний толстой и прямой кишки выполнялась консультация онколога с последующим лечением в специализированном учреждении.

Заключение. В условиях поликлиники у больных с хроническим колостазом необходимо выполнять выше упомянутый диагностический алгоритм, позволяющий детализировать причины запоров, выявлять органическую патологию ободочной кишки. Комплексная терапия кологенных запоров в 83,6 % случаев позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения.

458. 15-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Захарченко А.А. (1), Винник Ю.С. (1),
Путилин А.В. (2), Полевец К.О. (1),
Маркелова Н.М. (1), Кузнецов М.Н. (1)

Красноярск

- 1) ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России
- 2) ФГБУЗ "Сибирский клинический центр" ФМБА России

Цель исследования. Оценить 15-летние результаты эндоваскулярной дезартеризации (ЭДЗА/ Emborrhoid Technique) внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) при I-III стадии геморроидальной болезни.

Пациенты и методы. Анализированы результаты эндоваскулярного лечения 272 пациентов с I-III стадиями хронического геморроя (ХГ). ЭДЗА ВГУ выполнили: 56 (20,6%) пациентам с I стадией, 192 (70,6%) – со II стадией, 24 (8,8%) – с III стадией. Доминирующий симптом – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности.

Методы исследования: морфология и морфометрия слизистой дистального отдела ПК, сфинкте-



рометрия и электрическая активность мышц жома, морфологическая картина каверной ткани ВГУ, микроциркуляция в ВГУ и межузловом пространстве, динамика изменения размеров ВГУ (ретрофлекссионная проктоскопия), сроки купирования симптомов геморроя (кровотечение, выпадение), клиническая оценка результатов лечения. Операционный доступ – трансфеморальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Клинические результаты оценены в сроки от 1 года до 15 лет у 241 (88,6%) больных.

Результаты. Морфометрические и морфологические результаты: толщина слизистой – $0,68 \pm 0,1$ мм, диаметр просвета крипты – $0,031 \pm 0,001$ мм, диаметр бокаловидных клеток – $26,1 \pm 0,8$ мкм, количество крипт на 1 мм – $11,0 \pm 0,5$. Эпителий на всем протяжении сохранен, крипты расположены правильно, цилиндрической формы, ядра эпителия крипт расположены базально. Воспалительных, дистрофических / атрофических изменений не выявлено. Функциональные результаты (сфинктерный аппарат ПК): при I-III стадии – степень дисфункции внутреннего сфинктера зависела от степени гипертрофии узлов – стадии заболевания. ЭДЗА приводила к нормализации тонического напряжения внутреннего сфинктера, не оказывала отрицательного влияния на фоновую и произвольную электрическую активность наружного жома, его сократительную способность. Микроциркуляция в ВГУ и межузловом пространстве: после ЭДЗА скорость внутритканевого кровотока в кавернозной ткани уменьшалась почти в 2 раза (с $109,5 \pm 9,5$ до $60,2 \pm 4,4$ мл/мин/100 г) и не отличалась от показателей в межузловом пространстве ($58,4 \pm 4,1$ – $59,1 \pm 4,3$ мл/мин/100 г). Явлений ишемии слизистой не зарегистрировано. Морфология ВГУ: в течение 1,5-2 месяцев развивался (морфологически подтвержденный) постэмболизационный склероз – купировались симптомы заболевания. Динамика уменьшения размеров ВГУ: через 1 месяц после ЭДЗА узлы уменьшались в размерах (в среднем на 43 %), больше при I и II стадии (в 1,8 и в 1,75 раза соответственно), чем при III (в 1,6 раза). Сроки купирования симптомов: у всех пациентов с I-II стадией в сроки до 2 месяцев симптомы заболевания купированы полностью (отличный результат – 100%). При III стадии кровотечения прекратились у всех больных, а выпадение ВГУ полностью купировано – у 16 (66,7 %) (хороший результат – 83,3 %). У 8 (33,3 %) пациентов с III стадией – эпизодические выпадения ВГУ (удовлетворительный результат). Негативные явления со стороны заднего прохода после ЭДЗА, в принципе, невозможны – отсутствие трансанальной инвазии.

Длительность госпитализации – $1,6 \pm 0,4$ дня. Сроки нетрудоспособности – $5,3 \pm 0,7$. Отдаленный благоприятный результат – 230/241 (95,4%). Возврат заболевания – 11/241 (4,6%). Вид дополнительного лечения: консервативная терапия – 2/11 (18,2%), HAL-RAR – 5/11 (45,4%), геморроидэктомия – 4/11 (36,4%). Субъективное удовлетворение процедурой – 236/241 (97,9%). Осложнения: критическая ишемия ректосигмоидного отдела ОК у 1/272 (0,4%) пациента (на стадии разработки метода). У 3/272 (1,1%) больных – подкожная гематома в месте пункции бедренной артерии (клинически незначимая). Летальных исходов не было.

Заключение эдза. (Emborrhoid technique) – современный патогенетически обоснованный, достаточно эффективный и безопасный метод лечения геморроидальной болезни на ранних стадиях (I-II) при доминирующем симптоме – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности. При III стадии – возможность использования ЭДЗА регламентирована мотивацией пациентов (боязнь негативных последствий любых трансанальных вмешательств) и отсутствием систематического выпадения ВГУ. Метод не является панацеей. Эффективность и безопасность метода зависит от обоснованности показаний (определяет колопроктолог), квалификации рентгенохирурга, наличия современного ангиографического оборудования и расходных материалов (контрастов, эмболов и микрокатетеров).

459. 5-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

*Захарченко А.А. (1), Винник Ю.С. (1),
Путилин А.В. (2), Маркелова Н.М. (1),
Попов А.В. (1)*

Красноярск

- 1) ФГБОУ ВО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого” Минздрава России
- 2) ФГБУЗ “Сибирский клинический центр” ФМБА России

Цель исследования. Оценить 5-летние результаты комбинированного лечения рака прямой кишки (РПК) при использовании в предоперационном периоде масляной химиоэмболизации ректальных артерий (МХЭ РА-процедура RACHEL).



Пациенты и методы. Анализированы результаты комбинированного метода лечения у 40 больных резектабельным РПК II и III стадии. В предоперационном периоде выполняли МХЭ РА 5-фторурацилом (5-ФУ, 1000-2000 мг) на липиодоле (8-10 мл). Операционный доступ – трансфеморальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Химиоэмболизацию проводили в бассейне верхней ректальной артерии (ВРА) – при локализации опухоли в верхней ампуле. При локализации в средней и нижней ампуле – одновременно в бассейне ВРА и внутренних подвздошных артерий (ВПА). Оперировали пациентов через 72 часа после эндоваскулярной процедуры. До операции оценивали течение постэмболизационного периода. Изучали интраоперационную микроскопическую диссеминацию раковых комплексов, результаты лечебного патоморфоза в аденокарциномах. Факт присутствия 5-ФУ в ткани опухоли, его концентрацию и скорость элиминации определяли методом флуоресцентной микроскопии и спектрофотометрии. Исследовали степень апоптоза и экспрессии пролиферации (иммуногистохимия), частоту послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ), показатели летальности. Сфинктеро-сохраняющие операции (ВБР ПК / БАР ПК) выполнены у 31/40 (77,5%) пациента. Функционально-сохраняющие вмешательства – БПЭ ПК / интерсфинктерная БАР ПК с формированием неоректум, неосфинктера, промежностного неоануса – у 9/40 (22,5%) больных. Все операции – по технологии ТМЕ. Отдаленные результаты прослежены у всех больных (100%) – частота местных рецидивов (в течение 3-х лет), общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость. Группа клинического сравнения (ГКС) – хирургическое лечение. РЕЗУЛЬТАТЫ Постэмболизационный период: системных осложнений и реакций при МХЭ РА не зарегистрировано. Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали. Местных осложнений (некроз ПК, парапроктит, перитонит, перфорация артерии, аневризма) не было. Гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/40 случаев (2,5%). Флуоресцентная микроскопия и спектрофотометрия: средняя концентрация 5-ФУ в ткани опухоли через 72 часа составила 218,7 мкг/г. При визуализации клеточной фракции опухоли выявлено активное включение 5-ФУ как в цитоплазме, так и в структурах ядра и ДНК – признак разрушения ее структуры и летального или сублетального повреждения клеток опухоли. Быстрой элиминации химиопрепарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липиодол. Микроскопическая диссеминация и морфология

опухоли: частота интраоперационной микроскопической диссеминации составила 15,0% (в ГКС – 27,5%, $p < 0,05$). Послеоперационная летальность – 1/40 (2,5%) случаев (в ГКС – 2,5%, $p > 0,05$). Частота местного рецидивирования (в течение 3-х лет) – у 1/40 (2,5%) пациента (в ГКС – 13,2%).

460. 3-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Захарченко А.А. (1), Винник Ю.С. (1),
Маркелова Н.М. (1), Кузнецов М.Н. (1),
Путилин А.В. (2)*

Красноярск

- 1) ФГБОУ ВО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого” Минздрава России
- 2) ФГБУЗ “Сибирский клинический центр” ФМБА России

Цель исследования. Оценить результаты комплексного лечения больных с метастазами колоректального рака в печень (мКРР) при использовании радиочастотных (РЧ) резекций печени в сочетании с региональной и системной химиотерапией (ХТ).

Пациенты и методы. Анализированы результаты комплексного лечения 85 пациентов с мКРР в печень. Общее состояние по шкале ECOG – 0-II. Стадии мКРР по Gennari – H2-H3. Синхронное поражение печени – у 47/85 (55,3%) больных, метакронное – у 38/85 (44,7%). Билобарное – у 54 (63,5%), унилобарное – 31 (36,5%). Наиболее частый вариант по количеству МТС: от 2 до 4 – 65,9%. Размеры МТС: от 0,5 до 5,0 см в диаметре. РЧ вмешательства выполнены у 58/85 (68,2%) пациентов: РЧ аблации МТС – у 19/58 (32,8%), РЧ резекции печени – у 39/58 (67,2%). РЧ резекции печени: сегментарная – 6 (15,4%) случаев, бисегментарная – 11 (28,2%), трисегментарная – 10 (25,6%), резекция печени+аблация МТС – 12 (30,8%). При синхронных мКРР, унилобарном поражении, $V \leq 50\%$: удаление первичной опухоли+РЧ резекция печени – у 12/39 (30,8%) больных. При билобарном поражении ($V \leq 50\%$) – удаление первичной опухоли+РЧ резекция МТС – у 9/39 (23,1%). При метакронных мКРР, унилобарное поражение, $V \leq 50\%$: неоадьювантная химиоэмболизация (региональная ХТ) печеночных артерий (ХЭМ ПА, 5-ФУ, 2000 мг)+системная ХТ (Кселода, 2000 мг/м², 2 цикла)+РЧ резекция печени – у 18/39 (46,1%) пациентов. У всех больных (39)



после РЧ резекции печени – адьювантная системная ХТ в режиме XELOX (до 8 циклов). РЧ резекции печени (генератор “Cool-tip® RF Ablation System”) – атипичная, по методике Milicevic. Непосредственные и отдаленные результаты (3-летние) изучены у всех 39 пациентов после РЧ резекций печени.

Результаты. Среднее время удаления первичной опухоли ТК составило 135 мин (90-180), время резекции печени – 115 мин (50-200), лигирование сегментарных сосудов – 0 случаев, лигирование долевых сосудов – 1, временное пережатие ГДС (в воротах печени) – 0, холецистэктомия – 11/39 (28,2%), объем кровопотери – $74,5 \pm 23,4$ мл. Ранние послеоперационные осложнения после РЧ резекции печени зарегистрированы у 4/39 (10,3%) пациентов. При синхронных МТС осложнения развились в 3/21 случаях (14,3%): поддиафрагмальный абсцесс после резекции доли (2), профузное кровотечение из пострезекционной поверхности (1). В последнем случае – летальный исход. При метасинхронных МТС с проведением неоадьювантной ХЭМ ПА 5-ФУ и последующей системной ХТ кселодой+атипичной РЧ резекцией печени – эмпиема плевральной полости 1/18 (5,6%). Летальных исходов не было. Общая трехлетняя выживаемость составила 47,2%. При синхронных мКРР (без проведения неоадьювантной ХТ) – трехлетний рубеж пережили 8/21 больных (38,1%), при метасинхронных мКРР (неоадьювантная регионарная+системная ХТ) – 9/18 пациентов (50,0%).

Заключение. Резекция печени – решающий метод лечения мКРР. Атипичные РЧ резекции печени – относительно безопасные оперативные вмешательства, при синхронных МТС позволяют совмещать их с одномоментным удалением первичной опухоли ТК. Комплексное лечение с проведением неоадьювантной регионарной и системной ХТ способствует увеличению абластичности РЧ резекции печени. Использование современных цитостатиков и режимов ХТ в комплексном лечении мКРР увеличивает эффективность резекции печени, способствует увеличению продолжительности жизни пациентов и улучшает ее качество.

461. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОБТУРИРУЮЩЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Маркелова Н.М., Соляников А.С., Попов А.В.

Красноярск

ФГБОУ ВО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого” Минздрава России

Пациенты и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 121 пациента с ОТКН на фоне обтурирующего рака дистальных отделов ТК (сигмовидная кишка, средний и в/ампулярный отдел ПК) II и III стадии. У всех больных, после обструктивного этапа и проведения интраоперационной декомпрессии ТК, сформированы первичные КРА. Группа клинического сравнения (ГКС, n=35) – интраоперационный лаваж ТК гипертоническим раствором NaCl + прямой КРА с протекцией ТахоКомбом. Исследуемая группа 1 (ИГ 1, n=31) – мануальная декомпрессия ТК + бесшовный ППК КРА с избытком низведенной ободочной кишки. Исследуемая группа 2 (ИГ 2, n=55) – интраоперационный лаваж ТК (аналогично, как в ГКС) + бесшовный ППК КРА (как в ИГ 1). **РЕЗУЛЬТАТЫ** Сроки купирования болевого синдрома в ГКС, ИГ 1 и ИГ 2, соответственно – в течение $3,5 \pm 0,5$, $3,4 \pm 0,4$ и $3,6 \pm 0,5$ суток. Сроки восстановления полноценной перистальтики кишечника – через $34,2 \pm 12,3$, $33,8 \pm 11,7$ и $33,5 \pm 11,9$ часа. Сроки полной активизации пациентов – через $3,6 \pm 0,4$, $3,5 \pm 0,5$ и $3,6 \pm 0,3$ суток ($p > 0,05$). Показатели эндотоксикоза (ЛИИ и МСМ) – тенденция к росту в первые $28,8 \pm 4,3$ часа послеоперационного периода (соответственно – $1,30 \pm 0,08$ ед. и $0,266 \pm 0,04$ у.е.) по сравнению с предоперационными показателями ($1,27 \pm 0,6$ ед. и $0,264 \pm 0,05$ у.е.), как при суб-, так и при декомпенсированной ОТКН ($p > 0,05$). Нормализовались к 3-4 суткам после операции. У 72,7% пациентов с явлениями субкомпенсированной ОТКН уровень ВБД – в среднем $12,8 \pm 1,2$ мм рт. ст. (I степени СИАГ). У 19,0% больных с декомпенсированной ОТКН – $17,6 \pm 1,3$ мм рт. ст. (II степень). У 8,3% пациентов в той же группе – $23,4 \pm 2,4$ мм рт. ст. (III степень). В раннем послеоперационном периоде (1-2 сутки) у больных (88) при субкомпенсированной ОТКН уровень ВБД – в среднем $3,8 \pm 0,5$ мм рт. ст. (физиологическая норма). У пациентов (33) с декомпенсации ОТКН нормализация ВБД после операции наступала к 3-4 суткам (в среднем – $5,1 \pm 0,2$ мм рт.



ст.). Послеоперационные осложнения в ГКС, ИГ 1 и ИГ 2, соответственно – 4/35 (11,5%), 1/31 (3,2%) и 3/55 (5,4%). Несостоятельности ППК КРА в ИГ 1 и ИГ 2 не наблюдали. Избыток низведенной ОК иссекали на 10-12-е сутки после операции. В ГКС несостоятельность прямого КРА – у 2/35 больных (5,7%). Летальности в группах сравнения не зарегистрировано.

Заключение. Технология формирования ППК КРА с избытком низведенной ОК при обтурирующем КРР дистальных локализаций минимизирует риск его несостоятельности, избавляет больного от колостомы и отсроченного реконструктивно-восстановительного вмешательства. Интраоперационная декомпрессия ободочной кишки (лаваж / мануальная декомпрессия) приводит к быстрому устранению синдрома интраабдоминальной гипертензии и способствует сокращению сроков купирования явлений эндотоксикоза.

462. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЧРЕСКОЖНОМУ И ТРАДИЦИОННОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Новиков С.С., Рогаль М.Л., Джаграев К.Р., Бояринов В.С., Гюласарян С.Г.

Москва

ГБУЗ НИИ Скорой Помощи им.Н.В. Склифосовского

Эхинококкоз цистный (*E. granulosus*) является хронически протекающим паразитарным заболеванием, приводящим к поражению жизненно важных органов, тяжелым осложнениям, инвалидизации и смерти. Хирургический метод лечения при эхинококковых кистах печени является основным видом лечения. На настоящий момент не разработаны оптимальная хирургическая тактика при эхинококковых кистах печени на различных этапах своей жизнедеятельности. Предложено большое количество традиционных хирургических, лапароскопических и чрескожных методов удаления эхинококковых кист. Разработка оптимальной хирургической тактики применения разных методов эхинококкэктомии является актуальной задачей. Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с эхинококковыми кистами печени за счет рационального сочетания чрескожных и традиционных хирургических методов эхинококкэктомии. Материалы: с 2010 по 2016 годы оперирован 62 пациент с эхинококковыми кистами печени. На различных периодах жизне-

деятельности паразита, минимально инвазивными чрескожными методами, эндоскопическими (лапароскопия, торакокопия) и традиционными вмешательствами (закрытая эхинококкэктомия, радикальная эхинококкэктомия, модифицированная эхинококкэктомия с холодноплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией фиброзной капсулы). Результаты: для стратификации пациентов мы ориентировались на классификацию ультразвуковых изображений эхинококковых кист рекомендованную рабочей группой ВОЗ по эхинококкозу, основанной на базе ультразвуковых изображений различных типов эхинококковых кист (Gharbi). Чрескожным вмешательствам под УЗИ подвергали эхинококковые кисты типа CL, CE1, CE2, CE3, CE4, CE5. Традиционному вмешательству подвергались кисты типа CE2, CE3, CE4, CE5. Полиморфизм кист подверженных вмешательству обусловлен тем, что у части пациентов имелось множественное изолированное поражение печени или одновременное поражение с легкими, или неоднократное местное рецидивирование кист после самопроизвольной гибели материнских гидатид в печени. Для достижения сколецидного эффекта применяли гермициды: глицерин от 80%, гипохлорит натрия 1%, хлорид натрия от 20%. Чрескожные вмешательства представлены тремя основными типами: 1). Пункция, аспирация, введение гермицида (PAI); 2). Пункция, аспирация, введение гермицида, реаспирация (PAIR); 3). Дренирование, аспирация, введение гермицида, реаспирация, удаление оболочек (чрескожная эхинококкэктомия). Минимально инвазивными чрескожными методами под УЗИ оперирован 41 (66%) пациент, открыто - 14 (23%), лапароскопически - 2 (3%). При сочетанном поражении органов грудной и брюшной полостей, после ликвидации кисты в печени, оперировали торакокопически 5 (8%) пациентов. Применение модифицированной перицистэктомии с холодноплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией фиброзной капсулы, с дренированием остаточной полости дренажом типа «Pig-tail», приводило к быстрой облитерации остаточной полости, отсутствию осложнений и безрецидивному течению. Решение о выборе хирургической тактики принималось с учетом ультразвукового типа кист, наличие или отсутствие осложненных кист, распространением эхинококка на соседние органы. Операцией выбора при эхинококковой кисте печени последние годы является чрескожная эхинококкэктомия. В ряде случаев нам приходится отказываться от чрескожной эхинококкэктомии в пользу традиционной операции, по следующим причинам: невозможность выполнить чрескожную эхинококкэктомия, множественные осложненные кисты печени, необходимость выполнения одновременной холецистэк-



томии. Выводы: 1). Чрескожная эхинококкэктомия под УЗИ возможна, эффективны при эхинококковых кистах печени типа CL, CE1, CE2, CE3, CE4, CE5. 2). Чрескожная эхинококкэктомия под УЗИ обладает рядом преимуществ перед традиционными вмешательствами. 3). Модифицированная перицистэктомия с холодноплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией фиброзной капсулы, с дренированием остаточной полости дренажом типа «Pig-tail», обладает рядом преимуществ перед традиционной эхинококкэктомией и радикальной эхинококкэктомией (перицистэктомией). 4). Пациенты после любого типа эхинококкэктомии требуют регулярного наблюдения в течение 10 лет с УЗ/КТ/МРТ контролем, с определением динамики титра IgG в крови для своевременного выявления и чрескожного лечения рецидива.

463. ОПЫТ ПРОДВИНУТОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Демин Д.Б., Савин Д.В., Федоров К.С.,
Фуныгин М.С.*

Оренбург

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

Актуальность проблемы. Прогрессирующее старение населения на фоне развития современных анестезиологических и малоинвазивных хирургических технологий явилось причиной постоянного увеличения количества пациентов пожилого и старческого возраста, которым выполняются плановые оперативные вмешательства. Немаловажное значение имеет то, что широкое внедрение в клиническую практику современных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, колоноскопии) обусловило увеличение пула больных старших возрастных групп с диагностированными объемными образованиями печени, поджелудочной железы, надпочечников, брюшинного пространства, дивертикулезом ободочной кишки и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Данные группы пациентов попадают в сферу деятельности общехирургических стационаров. Цель работы: оценить эффективность продвинутых и высокотехнологичных лапароскопических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста. Материал и методы. В 2012-2016 годах в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе

ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга по поводу вышеуказанных нозологий нами оперированы лапароскопическим доступом 148 пациентов. Высокотехнологичные вмешательства выполнены у 78 больных. Из них у 40 пациентов выполнены вмешательства на печени, у 14 – на надпочечниках, у 13 – на ободочной кишке, у 5 – на поджелудочной железе, у 7 – при внеорганных новообразованиях брюшинного пространства. Кроме того, мы выполнили 70 фундопликаций по Ниссену при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Данная операция не является высокотехнологичной, однако это вмешательство является реконструктивным, восстанавливающим клапаный механизм кардиоэзофагеального перехода и относится к продвинутой хирургическим технологиям. Все пациенты разделены на 2 группы: до 60 лет (1 группа) и после 60 лет (2 группа). Пациентов 1 группы было 83 (56%), средний возраст $44 \pm 2,2$ лет; 2 группа составила 65 человек (44%), средний возраст $67 \pm 1,6$ лет. Предоперационное обследование стандартное с обязательной спирометрией. Компенсированная сопутствующая патология, включая перенесенные инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения, не являлась противопоказанием к операции. Следует отметить, что мы являемся активными сторонниками принципа fast track surgery, что имеет ключевое значение в ведении послеоперационного периода у пациентов пожилого и старческого возраста. Результаты и обсуждение. Все больные госпитализированы в плановом порядке. У 40 пациентов, из них 18 больных (45%) 2 группы, были объемные образования печени. В 39 случаях новообразования были доброкачественными (гемангиомы, обызвествленные и живые эхинококковые кисты, непаразитарные кисты, аденомы), в 1 случае – первичный рак правой доли печени. Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция печени – 38, в том числе в 4 случаях при обызвествленном и в 3 случаях при живом эхинококке (перицистэктомия), в 14 случаях – при непаразитарных кистах печени – 14, в 17 случаях при солидных образованиях печени; открытая эхинококкэктомия – 1; правосторонняя гемигепатэктомия – 1. Методики резекционных вмешательств – сегментарная и бисегментарная резекция печени в 31 случае, в 6 случаях выполнена резекция левого латерального сектора. Конверсия выполнена у 2 пациентов. В первом случае правосторонняя гемигепатэктомия после лапароскопически выполненных этапов в портальных и кавальных воротах завершена открыто с целью безопасной диссекции интимно прилежавшей к нижней полой вене опухоли. Во втором случае не удалось верифицировать интрапаренхиматозно расположенное образование, что потребовало лапаротомии. Вмешательства на



надпочечниках выполнены у 14 пациентов, из них 5 больных (36%) 2 группы, в 12 случаях произведена адреналэктомия (5 правосторонних и 7 левосторонних) по поводу объемных образований от 2,5 до 6 см в диаметре. В 8 случаях это были инциденталомы, в 2 случаях – феохромоцитомы, в 2 случаях – адренокортикальный рак. У 2 пациентов показанием к операции были большие забрюшинные кистозные образования (6 и 8 см в диаметре), располагавшиеся в проекции верхнего полюса правой и левой почек соответственно. Во время вмешательства при ревизии забрюшинного пространства, выявлено, что эти кисты исходят из надпочечников. Кисты иссечены с парциальной резекцией ткани надпочечников. Лапароскопические мешательства на ободочной кишке выполнены у 13 пациентов, из них 7 пациентов (54%) 2 группы. Следует отметить, что по данным литературы 50% пациентов старше 60 лет имеют дивертикулез ободочной кишки.

По поводу дивертикулярной болезни выполнено 12 операций (8 – резекции сигмовидной кишки, 4 – левосторонние гемиколэктомии), при малигнизированном полипе сигмовидной кишки 1 – левосторонняя гемиколэктомия. В трех случаях оперативных вмешательств, проведенных при дивертикулярной болезни, имела место триада Сента. Первым этапом выполняли резекцию кишки, вторым – фундоплексию и холецистэктомию. Лапароскопические вмешательства при ГПОД выполнены у 70 пациентов, из них 32 пациента (46%) 2 группы. Во всех случаях выполнена фундопликация по Ниссену. В 8 случаях выполнялись симультанные операции по поводу ГПОД и ЖКБ. В 2 случаях имели место осложнения. У одного пациента, которому проводилось оперативное вмешательство по поводу тотальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, произошла перфорация пищевода. Осложнение выявлено интраоперационно. Выполнена лапаротомия, пластика пищевода, гастростомия. Во втором случае развилась несостоятельность крурорафии. Повторно выполнена лапароскопическая крурорафия. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Вмешательства на поджелудочной железе выполнены у 5 пациентов, из них 1 пациент (20%) 2 группы. У 4 пациентов были серозные цистаденомы хвоста поджелудочной железы, у 1 пациента солидное образование (аденома по послеоперационному гистологическому заключению) той же локализации. В 2 случаях выполнена дистальная панкреатоспленэктомия, в 3 случаях дистальная панкреатэктомия с сохранением селезенки. Конверсия в 1 случае в связи с возникновением неконтролируемого кровотечения из селезеночной вены. У обоих пациентов после панкреатоспленэктомии развился панкреонекроз с жидкостными скопле-

ниями, потребовавший дополнительной инвазии (в 1 случае пункционное дренирование под УЗ-навигацией, в другом случае – дренирование из минилапаротомного доступа под интраоперационной УЗ-навигацией). Лапароскопические вмешательства при внеорганных объемных забрюшинных образованиях выполнены у 7 пациентов, из них 1 больной (15%) 2 группы. Во всех случаях новообразования энуклеированы. При анализе результатов лечения установлено, что в 1 группе больных выполнены 2 конверсии (обе при резекции печени), во 2 группе – 1 конверсия по поводу интраоперационного осложнения при ГПОД. В 1 группе имели место 6 осложнений (7,2%): одно интраоперационное – левосторонний пневмоторакс при ГПОД, 3 в раннем послеоперационном периоде – кровотечение из ложа удаленного надпочечника, послеоперационный панкреатит, пневмония; 1 отдаленное – рецидив ГПОД. Во 2 группе было 3 осложнения (4,6%): одно интраоперационное – повреждение пищевода при ГПОД, 2 в раннем послеоперационном периоде: кровотечение из сосуда малого сальника при ГПОД, послеоперационный панкреатит. Следует отметить, что у пациентов старшей возрастной группы процент осложнений был ниже (разница недостоверна). Большинство осложнений получены на этапе внедрения методик, что объясняет превалирование их у более молодого контингента пациентов. Во всех случаях осложнения были своевременно выявлены и скорректированы с последующим выздоровлением пациентов. Летальных исходов в обеих группах не было. Таким образом, среди 148 пациентов, оперированных по поводу представленных нозологий, 44% больных были пожилыми и старческого возраста. Наличие необходимых мануальных навыков, современной аппаратуры, грамотного анестезиологического обеспечения и ведения послеоперационного периода в соответствии с принципами fast track surgery обеспечивает эффективность и безопасность «продвинутых» лапароскопических технологий у больных старших возрастных групп и открывает перспективы для расширения объема этих вмешательств у данной категории пациентов.



464.МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Евсеев М.А., Владыкин А.Л., Устименко А.В.,
Куринный В.А.*

Москва

ФГБУ Клиническая больница №1 (Волынская)
УДП РФ

Необходимость и возможность проведения мультивисцеральных резекций при местнораспространенных формах злокачественных новообразований в абдоминальной онкохирургии является предметом перманентного обсуждения на протяжении нескольких десятилетий. При этом наибольшее число вопросов вызывает проведение расширенных операций при местнораспространенных опухолях желудка: технические нюансы выполнения оперативных вмешательств большого и сверхбольшого объема, переносимость пациентами данных операций, их целесообразность с точки зрения непосредственных и отдаленных результатов. Объем опубликованных непосредственных и отдаленных результатов после мультивисцеральных резекций, имеющих своими составными частями гастрэктомию и панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) ограничен к настоящему времени не более чем пятьюдесятью наблюдениями. В этой связи считаем возможным представить клинический случай мультивисцеральной резекции в объеме гастрэктомии, ПДР и расширенной правосторонней гемиколэктомии. Пациентка 39 лет в декабре 2016 года обратилась в нашу клинику в связи с нарастающими явлениями нарушения эвакуации из желудка, прогрессирующих потери массы тела и слабости, отмечаемых в течение последних 6 месяцев. При эндоскопическом обследовании диагностирована циркулярная опухолевая инфильтрация антрального отдела с распространением проксимально по малой кривизне на 2 см выше угла желудка, дистально – на луковицу двенадцатиперстной кишки и постбульбарный отдел, с суб-декомпенсированным стенозированием, с изъязвлением в антральном отделе и признаками состоявшегося кровотечения; гистологически - низкодифференцированная аденокарцинома с наличием перстневидных клеток. При МСКТ выявлена опухолевая инфильтрация антрального отдела желудка с распространением на луковицу и постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки, инвазия головки поджелудочной железы, регионарная лимфаденопатия. С учетом верифицированного гистологически опухолевого

поражения желудка, осложненного декомпенсированным стенозом и рецидивирующими кровотечениями, при отсутствии признаков системной диссеминации опухолевого процесса и признаков нерезектабельности опухоли принято решение о необходимости проведения оперативного вмешательства в объеме дистальной субтотальной резекции желудка с панкреатодуоденальной резекцией по жизненным показаниям. На этапе интраоперационной ревизии выявлена инвазирующая серозу передней и задней стенок желудка циркулярная опухоль антрального отдела, распространяющаяся проксимально на тело желудка и субкардию по малой кривизне, дистально – на луковицу двенадцатиперстной кишки и постбульбарный отдел. Установлена инвазия опухоли по задней стенке антрального отдела в головку поджелудочной железы, мезоколон справа и слева от средних ободочных сосудов, в стенку поперечно-ободочной кишки в области печеночного изгиба. Кроме того определялись инфильтрация правого параколического пространства, наличие характерных очагов диссеминации на висцеральной брюшине илио-цекального угла и в проекции дистальной части нижней брыжеечной вены; определялось макроскопическое увеличение лимфоузлов групп 3, 4d, 5, 6, 7, 15. С учетом данных операционной находки объем операции был расширен до гастрэктомии, панкреатодуоденальной резекции, расширенной правосторонней гемиколэктомии с регионарной лимфаденэктомией D2-3. В ходе резекционного этапа выполнена регионарная лимфаденэктомия с удалением лимфоузлов групп 1 – 12, 13, 14v, 15, 16b1. При срочном гистологическом исследовании в краях резекции опухолевого роста не обнаружено. Реконструктивный этап вмешательства выполнен с формированием алиментарной и билиопанкреатической петель тонкой кишки по Ру. На алиментарной петле произведено формирование эзофаго-энтероанастомоза «конец в конец», илио-десцендоанастомоза; алиментарная и билиопанкреатические петли соединены межкишечным анастомозом, сформированным дистальнее эзофагоэнтероанастомоза на 45 см. На билиопанкреатической петле произведено формирование инвагинационного панкреато-энтероанастомоза по методике J.L. Cameron. В 20 см дистальнее данного анастомоза был сформирован холецисто-энтероанастомоз. Дополнительно на билиопанкреатической петле сформирован брауновский анастомоз. В алиментарную петлю за зону эзофаго-энтероанастомоза и Ру-анастомоза проведен трансназальный питательный зонд. Оперативное вмешательство завершено дренированием подпеченочного, левого поддиафрагмального пространства, полости малого таза и зоны панкреато-энтероанастомоза. Общий объем интраоперационной



кровопотери с учетом удаленного препарата – до 1 литра. Послеоперационный период протекал по программе ранней реабилитации с оптимизированной нутритивной поддержкой и физической активизацией с конца 1 суток после вмешательства. Послеоперационный период протекал гладко. С 6 по 9 сутки послеоперационного периода по дренажу, установленному у панкреато-энтероанастомоза, отмечалось выделение до 50мл/сут панкреатического секрета, самостоятельно прекратившееся после удаления дренажа. Пациентка выписана на 12 сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии для проведения адъювантной полихимиотерапии. На основании патоморфологического исследования операционного препарата стадия онкопроцесса определена как T4N2M1, критерий R – 0. В течение 3 месяцев наблюдения на фоне проведения адъювантного лечения изменений общесоматического и локального статусов не выявлено, диспептических явлений нет. Безусловно, проведенное хирургическое лечение пациентки относится не только и не столько к разряду нестандартных и редко производимых операций. Скорее подобную операцию следует отнести к разряду операций отчаяния, продиктованных вполне объяснимой мотивацией спасти или хотя бы продлить жизнь пациентки при наличии не только формальных показаний в виде декомпенсированного стеноза и рецидивирующего кровотечения из опухоли, но и мотивацией, обусловленной целым рядом социальных факторов. В ходе вмешательства, определив всю обширность и распространенность опухолевого поражения, мы прекрасно осознавали всю призрачность наших надежд на выполнение абсолютно радикального оперативного вмешательства. И в то же время решение об ограничении объема операции наложением обходных анастомозов, лишаящее пациентку всяких шансов на жизнь более 2-3 месяцев, коллегиально было признано неприемлемым. При этом, в полной мере учитывая высокую степень риска возникновения интра- и послеоперационных осложнений, мы все же рассчитывали на благоприятный исход операции, принимая во внимание целый ряд очевидно присутствовавших позитивных факторов, а именно: молодой возраст и удовлетворительный общесоматический статус пациентки, отсутствие признаков субклинической органной недостаточности и значимых нарушений гомеостаза, материальный ресурс операционной, включающий применение в том числе кровесберегающих технологий, возможности анестезиолого-реанимационного обеспечения операции и раннего послеоперационного периода.

465. ЗНАЧЕНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКИ В СТРУКТУРУ ШКАЛЫ КАПРИНИ ДЛЯ ПРЕДСКАЗАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

*Дементьева Г.И. (1,2), Лобасток К.В. (1,2),
Соштова Н.П.(3), Саутина Е.В.(1,2), Коротаев
А.Л.(2), Наумов Е.К.(1,2), Лаберко Л.А.(1,2),
Родоман Г.В.(1,2)*

Москва

1) ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России 2) ГБУЗ Городская клиническая больница №24 ДЗМЗ) ООО «Гемакор Лабс»

Цель. Произвести сравнительную оценку предсказательной способности классической версии шкалы Каприни и её модифицированного варианта, учитывающего показатели теста тромбодинамики (ТД), в отношении вероятности развития послеоперационного венозного тромбоза (ВТ) у пациентов из группы высокого риска.

Методы. Проведено проспективное обсервационное клиническое исследование, с участием 80-ти пациентов (33 мужчины и 47 женщин, средний возраст - $73,9 \pm 7,2$ года), подвергшихся большому (79 случаев) или малому (1 случай) оперативному вмешательству по поводу колоректального рака, имевших высокий риск развития послеоперационных ВТЭО, оцененный по шкале Caprini версии 2005 года (5-15 баллов, в среднем - $9,9 \pm 2,0$), и получавших стандартную комплексную профилактику: госпитальный трикотаж 18-21 мм рт.ст. и введение НМГ в стандартной дозе (эноксапарин 40 мг 1 р/день) на протяжении всего срока пребывания в стационаре. НМГ вводили в строго фиксированные часы, в соответствии с которыми всем больным выполняли тест ТД. До операции и на 5-7-е сутки после вмешательства осуществляли ультразвуковое ангиосканирование системы нижней полой вены. Конечной точкой исследования было обнаружение инструментально подтвержденного венозного тромбоза на стационарном этапе лечения.

Результаты. ВТ был обнаружен у 21-го из 80-ти пациентов (26,3%, 95% ДИ: 17,9-36,8%). При проведении регрессионного анализа баллы Каприни оказались достоверным предиктором развития ВТ ($p < 0,001$, $OR = 1,2$, $95\% \text{ ДИ: } 1,0-1,4$). Выявленные пороговые величины показателей теста ТД были



интегрированы в шкалу Каприни в рамках пункта «другие врожденные и приобретенные тромбофилические состояния» весом в «3» балла. Был произведен перерасчет суммы баллов у пациентов, имевших значения одного или обоих показателей выше порогового уровня, с последующим повторным анализом ROC-кривых. Было выявлено, что интеграция в шкалу показателя $Vin > 64,5$ мкм/мин позволяет максимально повысить предсказательную ценность модели ($S = 0,876 \pm 0,038$).

466. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУTRИСОСУДИСТОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Рыжков В.К., Акимов В.П., Творогов Д.А.,
Чистяков Д.Б., Заркуа Н.Э., Мовчан К.Н.,
Левин Л.А., Баталов, Карев А.В.*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель: Показать безопасность и эффективность эмболизации стволовых сегментов селезеночной артерии в лечении кровотечений, обусловленных формированием ложной аневризмы селезеночной артерии.

Материал и методы: Течение острого панкреатита у двух пациентов было осложнено кровотечением в результате повреждения стенки селезеночной артерии.

Результаты: Первый пациент отмечал несколько эпизодов желудочно-кишечного кровотечения в течение двух месяцев после купирования проявлений острого панкреатита. Накануне и в день проведения процедуры признаков кровотечения не отмечалось. На ангиограммах определялась псевдоаневризма диаметром до 6,0 см в дистальной трети селезеночной артерии, которая прилежала к стенке желудка согласно данным ультразвукового и эндоскопического исследований. Во втором случае произошло острое спонтанное кровотечение в свободную брюшную полость в течение 48 часов до выполнения вмешательства. На ангиограммах определялось небольших размеров пятно рентгеноконтрастного вещества с узкой шейкой в проксимальной порции селезеночной артерии. Одновременная эмболизация дистальной и проксимальной порций селезеночной артерии до полной окклюзии была выполнена в обоих случаях установкой только металлических спиралей с сохранением резидуального кровотока к селезенке через коллатерали. Окклюзия селезеночной вены была выявлена в обоих случаях без формирования

отчетливых коллатералей. В постпроцедурном периоде проводился курс антибактериальной терапии и в течение нескольких дней отмечались субфебрильная температура тела и незначительные боли в области левого фланга брюшной полости.

Заключение: Ангиографическое исследование может быть полезным в диагностике вовлечения селезеночной артерии в процесс деструкции при остром панкреатите. Эмболизация стволовых сегментов селезеночной артерии является эффективным пособием в лечении кровотечений, обусловленных повреждением селезеночной артерии.

467. ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Ермолов А.С., Антонян С.Ж., Гуляев А.А.,
Лебедев А.Г., Левитский В.Д.*

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского

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. Повторная лапаротомия на органах брюшной полости приводит к развитию спаечного процесса у 76-80% больных. Операции из лапаротомного доступа, устраняющие острую кишечную непроходимость, ведут к усугублению спаечного процесса и к не редким рецидивам заболевания. 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 210 больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью. Для выявления особенностей клинического течения заболевания и эффективности консервативной терапии использовался комплекс лучевых методов обследования: полипозиционное рентгенологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, пассаж РФП или водорастворимого контрастного вещества по кишечнику. Лапароскопическим доступом было оперировано 37 пациентов. У всех в анамнезе была одна операция на органах брюшной полости, выполненная из лапаротомного доступа по поводу острого аппендицита (8), холецистита (11), ущемленных грыж (5). У 13 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 наличие свободных зон от спаечного процесса. 27 больных оперированы экстренно лапароскопическим доступом в связи с нарастанием явлений кишечной непроходимости. В 10 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 (2,7%) в виде послеоперационного пареза кишечника, разрешенного консервативно. Летальных исходов в исследуемой группе не было. Все больные выздоровели, и при наблюдении 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 период реабилитации и сроки пребывания в стационаре. Применение лапароскопического доступа при спаечной кишечной непроходимости является сложным хирургическим вмешательством, сопряженным с возможностью развития ятрогенных осложнений, что требует строго отбора пациентов и соблюдения правил безопасности хирургического вмешательства.

468. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ ГОЛЕНИ НА СОСТОЯНИЕ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЗАВЕРШИВШИХ СТАНДАРТНЫЙ КУРС АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

*Рыжкин В.В.(1), Воронцова А.В.(2),
Счастливец И.В.(2), Лаберко Л.А.(2),
Наумов Е.К.(2)*

Ивантеевка, Московская область²⁾ Москва

1) ГБУЗ МО Ивантеевская Центральная городская больница
2) ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Цель. Произвести сравнительную оценку эффективности применения электрической стимуляции мышц голени (ЭМС) у пациентов с наличием признаков посттромботического синдрома (ПТС) и резидуальной венозной обструкцией (РВО) после завершения стандартного курса антикоагулянтной терапии.

Методы. Проведено проспективное сравнительное клиническое исследование с участием пациентов, перенесших первый эпизод клинически неспровоцированного бедренно-подколенного венозного тромбоза, завершивших стандартный 6-месячный курс антикоагулянтной терапии, имеющих ультразвуковые признаки РВО в проксимальных венозных сегментах, а также 5 и более баллов по шкале Villalta. Всего в исследование было включено 60 пациентов в возрасте от 40 до 86 лет (средний возраст $58,5 \pm 11,4$ лет), 38 мужчин и 22 женщин. Больные были разделены на две группы численностью по 30 человек. В обеих группах (основной и контрольной) проводилась комплексная терапия, включавшая ношение компрессионного гольфа (23-32 мм рт.ст.), курсовой прием флеботропных препаратов и дозированной ходьбу (не менее 5000 шагов в сутки). В основной группе также использовали ежедневную электрическую стимуляцию мышц голени аппаратом «Veinoplus VI» (3 сеанса длительностью по 30 минут в день). Срок наблюдения за пациентами составлял 12 месяцев. Критериями эффективности лечения служили: степень реканализации венозных сегментов и отсутствие рецидива венозного тромбоза, оцененные при УЗАС. Осмотр пациента и инструментальная оценка на предмет рецидива венозного тромбоза проводились ежемесячно. Степень реканализации венозных сегментов оценивали на 6-м и 12-м месяцах наблюдения.

Результаты. Остаточная венозная обструкция



была представлена в среднем 48%-ным стенозом общей бедренной вены у 20% больных, 53%-ным стенозом поверхностной бедренной вены – в 26,7% случаев и 55%-ным стенозом подколенной вены – в 100% случаев. Продолжающийся процесс реканализации наблюдался на уровне всех пораженных венозных сегментов в обеих группах.

469. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Демин Д.Б., Савин Д.В., Федоров К.С.,
Фуныгин М.С.*

Оренбург

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

Актуальность проблемы. В структуре объемных образований печени, выявляемых при применении современных методов неинвазивной визуализации, эхинококкоз является нередкой патологией. Оперативные вмешательства при данном заболевании в большинстве общехирургических стационаров традиционно выполняются путем лапаротомии. В рамках необходимости минимизации операционной травмы за счет снижения агрессии доступа, мы начали выполнять вмешательства при эхинококкозе печени лапароскопическим доступом.

Цель работы: оценить эффективность лапароскопических вмешательств при эхинококкозе печени.

Материал и методы. В 2014-2016 г.г. в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМУ на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга нами выполнены лапароскопическим доступом резекции печени у 40 пациентов, из них у 9 больных имел место эхинококкоз печени. Все больные госпитализированы в плановом порядке после стандартного предоперационного обследования. В процессе вмешательств мы применяли энергетические установки ультразвуковой диссекции и биполярной коагуляции, при необходимости дополнительной герметизации трубчатых структур применяли интракорпоральные швы или клипаторы.

Результаты и обсуждение. Нами выполнены резекции печени (перицистэктомия) у 7 пациентов, в том числе в 4 случаях при обызвествленном и в 3 случаях при живом эхинококке, в двух случаях сделана эхинококкэктомия при живом эхинококке. Методики резекционных вмешательств: в 5 случаях атипичная сегментарная резекция, в 2 случаях выполнена резекция левого латерального

сектора. Средний размер образований составлял 4-7 см. Расположение – передние и боковые локализации (S II, III, IV, V, VI). Во всех случаях диссекцию ткани печени и иссечение стенок кисты осуществляли биполярным коагулятором. При необходимости дополнительного гемостаза применяли монополярную коагуляцию шаровым электродом, аппликацию тахокомба. При выявлении по линии резекции крупных трубчатых структур ручным интракорпоральным узловым швом осуществляли их дополнительное прошивание и лигирование. В одном случае пациенту выполнена резекция печени по поводу дважды рецидивного эхинококка одной локализации, до этого оперированного лапаротомным доступом. Открытая эхинококкэктомия при живой эхинококковой кисте (в одном случае S III, в другом S V-VI) произведена по методике, аналогичной открытым вмешательствам: предварительное отграничение зоны вмешательства салфетками с формалином, пункция кисты, аспирация жидкости, введение спирта, экспозиция 5 минут, вскрытие кисты, удаление в контейнер оболочек и дочерних кист, обработка полости формалином, максимальное иссечение фиброзной капсулы с прилежащими участками печени для минимизации размеров остаточной полости. Конверсий и осложнений не было. Летальных исходов не было. В одном случае после резекции печени имело место скудное желчеистечение по страховому дренажу, которое самостоятельно прекратилось на 5 сутки. Все пациенты выписаны на 7-8 сутки после операции, находятся под нашим наблюдением, рецидива эхинококкоза не выявлено. Таким образом, наличие необходимых мануальных навыков и современной аппаратуры обеспечивает эффективность и безопасность лапароскопических технологий в хирургии эхинококкоза печени, что свидетельствует о необходимости широкого внедрения этой методики вмешательства при данной патологии.



470. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

*Поддубный И. В., Алиева Э. И., Трунов В. О.,
Козлов М. Ю., Щербакова О. В., Малашенко А. С.,
Мордвин П. А., Манукян С. Р.*

Москва

Морозовская ДГКБ ДЗМ, кафедра детской хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г.Москва

Малоинвазивные операции у детей с болезнью Крона (БК) на сегодняшний день являются одним из дискуссионных и актуальных вопросов современной колопроктологии. В работе представлено 19 детей с БК, которым за период с 2005 по 2016 год были выполнены различные лапароскопические операции в связи с развитием хирургических осложнений данного заболевания. Самым младшим среди пациентов был ребенок 4 лет. Наибольшее количество детей было в возрасте от 12 до 17 лет (15 пациентов). Все дети были изначально обследованы в отделении гастроэнтерологии нашей больницы, где и был установлен диагноз БК различной локализации. Основными клиническими данными, определяющими показания к оперативному вмешательству, было наличие непроходимых для эндоскопа стенозов ЖКТ, задержка контрастного вещества в зоне супрастенотического расширения. У 15 детей (78,9%) отмечался болевой синдром и синдром пальпируемой опухоли в правой параумбиликальной и подвздошной области, у 17 (89,5%) – разжиженный многократный стул, а у 11 (57,9%) отмечалось значительное истощение вследствие потери веса, задержки роста. Локализация стриктуры у большинства пациентов (16) была в дистальном отделе подвздошной кишки (84,2%), в 2 случаях (10,5%) в проксимальных отделах тонкой кишки. У одного ребенка 13 лет было выявлено 2 стеноза (5,2%) – в дистальном отделе подвздошной кишки и в восходящей ободочной кишке. Все дети были оперированы с применением лапароскопического доступа, дающего возможности полноценной ревизии брюшной полости, разделения инфильтрата, в случае его наличия, и точного определения границ поражения сегмента кишечника и объема резекции. Длительность госпитализации составила от 7 до 10 суток (в среднем – 8 койко-дней). Восстановление пассажа по ЖКТ отмечено на 3-4 сутки после операции. Сразу после возобновления энтерального питания всем пациентам были назначены азатиоприн и пентаса в возрастной дозировке. Таким образом,

БК с поражением различных отделов ЖКТ не является ограничением или противопоказанием для выполнения лапароскопических резекций тонкой и толстой кишки, а даже напротив представляет, по нашему мнению, перспективную технологию, позволяющую свести к минимуму последствия и осложнения, связанные с применением лапаротомного доступа.

471. ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫПАДЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

*Поддубный И. В., Козлов М. Ю., Трунов В. О.,
Щербакова О. В., Малашенко А. С., Мордвин П.А.,
Манукян С. Р.*

Москва

Морозовская ДГКБ ДЗМ, кафедра детской хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г.Москва

В настоящей работе представлен опыт выполнения лапароскопической задне-боковой ректопексии у детей, накопленный за последнее десятилетие в Морозовской детской городской клинической больнице г. Москвы, а также в Измайловской городской клинической больнице. В исследование вошло 9 детей с рецидивирующим выпадением прямой кишки, оперированных в период с 2005 по 2016 год. Возраст оперированных детей составил от 6 до 14 лет (средний возраст – 8 лет), при этом девочек в наших наблюдениях было 6 (66,7%), мальчиков – 3 (33,3%). Длительность заболеваний в описываемой группе составила от 1 до 5 лет. Неадекватность проводимой консервативной терапии, а также двукратное безуспешное проведение склеротерапии, определило показания к выполнению лапароскопической заднебоковой ректопексии у 7 пациентов (77,8%). В 2 случаях операция (22,2%) была выполнена в связи с наличием солитарной язвы прямой кишки. Длительность оперативного вмешательства составила от 80 до 120 мин (средн. – 90 мин). Интраоперационная кровопотеря составила от 50 до 100 мл и не требовала гемотрансфузии. Для диссекции ткани использовали аппарат ForceTriad в режиме LigaSure. В всех случаях длительность госпитализации не превышала 9 суток (в среднем – 7 койко-дней). Восстановление пассажа по ЖКТ отмечено на 2 сутки после операции. В эти же сроки была прекращена продленная эпидуральная анестезия. Состояние органов брюшной полости, оценивалось при динамическом ультразвуковом исследовании, включающем



доплерографию с цветным доплеровским картированием сосудов стенки прямой кишки. Вертикализация пациентов начиналась с 3 суток, однако опорожнение прямой кишки у всех детей проводилось в горизонтальном положении в течение 1 месяца, также в течение этого периода дети получали слабительные препараты с целью размягчения каловых масс и облегчения дефекации. Рецидивов выпадения не отмечено ни в одном случае. Лапароскопическая заднебоковая ректопексия является следующим этапом эволюции хирургических методик, сочетающим в себе малотравматичный доступ и высокую эффективность коррекции рецидивирующих выпадений прямой кишки при безуспешности консервативного лечения.

472. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Рябов А. Б., Поддубный И. В., Врублевский С. Г., Трунов В. О., Шмыров О. С., Козлов М. Ю., Шориков Е. В., Кубиров М. С., Мурчина А. Н., Гурзо Ю. Д., Копылов И. В.

Москва

Морозовская детская городская клиническая больница ДЗ г. Москвы
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена

В настоящей работе представлен опыт выполнения малоинвазивных операций при злокачественных новообразованиях у детей торако-абдоминальной онкохирургии Морозовской ДГКБ г. Москвы накопленный за период с 2012 года по 2016. За представленный период были проанализированы 86 пациентов, которым были выполнены малоинвазивные радикальные и циторедуктивные хирургические вмешательства, а также биопсии новообразований. Всего были оперированы 31 ребенок с новообразованиями различной локализации: 8 -печени; 3- желудка; 8- с новообразованиями корня брыжейки, 31- забрюшинного пространства, 4- подвздошной и слепой кишки. Дети с торакальными новообразованиями распределились следующим образом: 12- легкое, 15-средостение, 1-диафрагма. У выше перечисленных пациентов было выполнено 31 лапароскопическая и 16 торакоскопических биопсий новообразований. Возраст детей составил от 3 месяцев до 17 лет (среднее значение — 6 лет), среди них 64%-мальчиков (55) и 37%- девочек (31 ребенок). Также были выполнены лапароскопическая резекция печени (3), резекция желудка (2), адреналэктомия

(12), парааортальная лимфаденэктомия (1), резекция илеоцекального угла (4), резекция купола слепой кишки (2), удаление опухоли малого таза (1), резекция легкого (8), удаление новообразования средостения (3), удаление опухоли диафрагмы (1). Сроки пребывания пациентов в хирургическом стационаре составили от 12 до 32 суток (среднее значение — 16). Во всех случаях оперативное вмешательство выполнялось в условиях многокомпонентной мультимодальной анестезии. Длительность оперативного вмешательства была различна у пациентов в каждой нозологической группе и не превышала 3,5 часов. Ранние послеоперационные осложнения сбыли отмечены у 7 пациентов, что составило 8,1% от общего числа пациентов: в 4 случаях- кровотечение, в 2- хилоперитонеум, 1- образование биломы. Послеоперационное лечение проводилось в отделении клинической онкологии согласно современным международным протоколам ПХТ – NB, SIOPEL, SIOP, CWS, MAKEI.

473. КОРРЕКЦИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ И СПОСОБ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Багдасарова Е.А, Багдасаров В.В, А.И.Чернооков, Симаонян О.А., Багдасарова Д.В. О.А.Симонян, Н.О. Гавашелашвили, Д.В.Багдасарова (мл)

Москва

Первый московский государственный
медицинский институт им.И.М.Сеченова

У многих хирургов остается до конца неясным -насколько целесообразна временная хирургическая декомпрессия при распространенном перитоните? Насколько существенна роль ВБД для обоснования формирования лапаростомы? И насколько важно влияние повышенного ВБД для использования различных вариантов временного закрытия брюшной полости с целью увеличения ее объема? **Цель исследования:** изучить влияние интраабдоминальной гипертензии (ИАГ)на течение перитонита и выбор способа завершения операции . **Материал и методы исследования.** Материалом настоящей работы являются результаты хирургического лечения 128 больных распространенным перитонитом, оперированных в токсическую и терминальную фазу перитонита на кафедре госпитальной хирургии №2 (Первый МГМУ им.И.М. Сеченова) в период с 2010-2015 годы. Дизайн исследования: ретроспективное, проспективное рандомизированное исследование. В зависимости от



способа завершения операции все больные с распространенным перитонитом были разделены на 2 группы. В I (контрольная) группу были включены 36 (28,1%) пациентов с токсической стадией РП, у которых лапаротомия заканчивалась ушиванием раны наглухо с традиционным дренированием; II (основная) группу составили 92 (71,9%) больных с декомпрессивным ушиванием лапаротомной раны тремя способами. Первый вариант - временное закрытие брюшной раны - ушивание только кожи 29 (31,5%), второй вариант - ушиваниелапаротомной раны по методу D.H.Wittmann - 17 (18,5%) больных; третий вариант - формирование лапаростомы на спицах у 46 (50,0%) больных. Больные относились к категории среднетяжелых, тяжелых и крайне тяжелых (средняя оценка тяжести состояния по шкале APACHEII 17,75±6,22 балла. В исследование не включали больных с панкреонекрозом, беременных и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации. Тяжесть состояния больных по APACHEII < 15 баллов принимали соответствующей реактивной стадии перитонита; тяжесть состояния до 23 баллов расценивали равной токсической стадии, а при оценке тяжести состояния > 23 баллов, что обычно сопровождалось органной дисфункцией не менее трех органов, констатировали стадию декомпенсации (терминальная стадия). Средний балл по шкале SOFA к моменту поступления в стационар составил 6,8 балла, причем у наибольшего числа пациентов (40,2%) этот показатель превышал 6 баллов. ВБД мониторировали каждые 6 часов ежедневно до 7 суток непрямым методом через уретральный катетер мочевого пузыря по M. Cheatham и соавт. (1998). Одновременно больным определяли показатели абдоминально-перфузионного давления (АПД). Результаты и обсуждение. До операции повышение ВБД было отмечено у всех 128 (100,0%) больных. Интраабдоминальная гипертензия отмечена у 122 (95,3%) больных. Повышение ВБД > 15 мм рт. ст. приводило к ухудшению мезентериального кровообращения и характеризовалось снижением АПД ниже 85 мм рт. ст. В результате исследования величины ВБД у больных с распространенным перитонитом, осложненным перитонеальным сепсисом было установлено, что уровень интраабдоминальной гипертензии достоверно указывает на прогрессирование перитонита, увеличивается по мере клинического ухудшения состояния больных, что подтверждалось наличием клинических признаков перитонита, паралитической кишечной непроходимости и развившихся гнойно-септических осложнений, а также данными лабораторных тестов и оценкой тяжести состояния по шкале APACHEII. Установлена статистически значимая достоверная корреляционная связь между ИАГ и распростра-

ненностью перитонита ($p < 0,05$). Рост величины ВБД коррелировал с ухудшением тяжести состояния по интегральным шкалам тяжести состояния (APACHEII) и органной дисфункции SOFA. Это было обусловлено прогрессированием перитонита, развитием перитонеального сепсиса и признаков полиорганной недостаточности. Эффективность декомпрессии брюшной полости оценивали по темпам снижения величины ВБД и сроках разрешения динамической кишечной непроходимости. В контрольной группе больных с ВБД от 12 до 15 мм рт.ст. по сравнению с 2-й группой было достоверно больше наблюдений ($p > 0,05$ - различия достоверны). В I группе больных ВБД было достоверно выше по сравнению со II группой в первые, третьи и пятые сутки наблюдения ($p = 0,0391$; $0,0478$ и $0,0497$, соответственно). Показатели величин ВБД в группе с декомпрессивным ушиванием лапаротомной раны значительно отличались от динамики ВБД в контрольной группе. Кратковременное и незначительное повышение ВБД отмечалось только в первые 8-12 часов после операции (при сравнении с начальным уровнем ВБД до операции $> 0,05$). При мониторинговании этого показателя в динамике (основная группа) выявлено достоверное прогрессивное снижение ВБД по отношению к первоначальному уровню с минимальными значениями до момента ушивания лапаротомной раны. При этом изменение величин ВБД между начальными показателями и конечными было незначительным. Так при традиционном, глухом ушивании лапаротомной раны градиент давления был 26 мм рт. ст., то у больных с декомпрессивным ушиванием он был в 3 раза меньшим - 9 мм рт. ст. Кратковременное увеличение ВБД во 2 группе больных на 3-6 сутки было связано со вторым этапом оперативного лечения и окончательным закрытием раны. При гладком течении послеоперационного периода при всех вариантах использованной декомпрессии, отмечено снижение величины ВБД, что коррелировало с клиническими и лабораторными показателями, данными интегральных шкал APACHEII, SOFA. Благодаря особенностям ведения лапаротомной раны ВБД регрессировало уже через 8-12 часов с момента первой операции, в среднем на $14 \pm 2,4$ мм рт.ст. в течение $10 \pm 1,4$ часов. Быстрое нарастание уровня ВБД с признаками почечной, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности 17 больных (47,2%) контрольной группы привели к развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ). В результате исследования величины ВБД у больных с распространенным перитонитом, осложненным перитонеальным сепсисом было установлено, что уровень интраабдоминальной гипертензии достоверно указывает на прогрессирование перитонита, увеличивается



по мере клинического ухудшения состояния больных, что подтверждалось наличием клинических признаков перитонита, паралитической кишечной непроходимости и развившихся гнойно-септических осложнений, а также данными лабораторных тестов оценки тяжести состояния по шкале APACHE II и SOFA. Увеличение показателей внутрибрюшного давления совпадало с ухудшением тяжести состояния пациентов по шкалам APACHE II, SOFA, что было связано с прогрессированием воспалительного процесса в брюшной полости и развитием признаков полиорганной недостаточности. Вместе с тем тяжесть состояния больных варьировала в широких пределах и не всегда зависела от степени интраабдоминальной компрессии. Так у 12 (14,0%) больных с ВБД 7 мм рт.ст. APACHE II составляло более 20 баллов, а АДД менее 60 мм рт.ст. В основном такое соотношение имело место у больных старше 60 лет с тяжелой сопутствующей терапевтической патологией. У больных с РП с динамической кишечной непроходимостью установлена её достоверная зависимость от уровня ВБД и АДД. Динамика корреляционной зависимости демонстрирует, что с уменьшением ВБД увеличивается АДД, которое обуславливает улучшение мезентериального кровотока. При традиционном лечении в 1-й группе умерли 19 (52,8%) больных, в группе с декомпрессивным ушиванием лапаротомной раны умерли 15 (16,3%) больных. Общая летальность среди 128 больных с распространенным перитонитом составила (24,2%). Таким образом, у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензией, показатели внутрибрюшного и абдоминально-перфузионного давления являются прогностическими критериями, что необходимо учитывать при определении объёмов и вариантов интенсивной терапии, сроков выполнения оперативных вмешательств, направленных на декомпрессию кишечника и брюшной полости. Анализ результатов лечения тяжелых форм распространенного перитонита показал, что выбор в самом начале тактики пролонгированной декомпрессии с программными санациями как альтернатива традиционному хирургическому лечению достоверно демонстрируют лучшие показатели.

474. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

Ю.С. Эгамов(1), П.К. Худабергенов(2), Б.Ю. Эгамов(3).

Андижан (1). Нукус (2), Ташкент(3). Узбекистан

Андижанский государственный
медицинский институт

Одной из основных причин летальности при остром перитоните является прогрессирующая эндогенная интоксикация организма. В настоящее время ученые пришли к выводу, что расширить наши представления о состоянии крови может не количественная (обычный анализ крови), а функциональная оценка форменных элементов крови и состояние плазмы при остром перитоните. Это состояние мы пытались изучить с помощью микроскопии крови в темном поле, в норме и при остром разлитом перитоните. Методы исследования: Под нашим наблюдением находились 156 больных с острым разлитым перитонитом. Больные были в возрасте от 13 до 68 лет, 92 больных мужчин и 64 женщин. Кроме этих больных была обследована кровь 20 здоровых добровольных людей и сопоставлены результаты исследований. Забор крови и сканирование с помощью темнопольного микроскопа предназначен для наблюдения за каплей крови в проходящем свете в светлом и темном поле, сканирование крови проводилось при увеличении в 1500 раз с помощью телевизионной установки. Сканирование крови на темнопольном микроскопе позволяет определить состояние крови в норме, у контрольной группы здоровых людей и больных с острым разлитым перитонитом; состояние эритроцитов, их подвижность в плазме или агрегация (склеивание в столбик) и сладж. Результаты исследований: Анализируя состояние лимфоцитов можно определить активность иммунной системы и способность организма к самовосстановлению, а также патологические изменения состава крови, приводящие к развитию многих функциональных нарушений, в том числе и при остром перитоните. О положительном результате лечения острого перитонита мы судили с той целью, если эритроциты свободно движутся в плазме, имеют нормальную форму, макрофаги увеличились в размере и стали более активны, уменьшились или исчезли кристаллоиды холестерина, кристаллоиды ортофосфорной кислоты и мочевиной кислоты. Если при этом сохраняется агрегация и сладж эритроцитов, то это свидетельствует о высокой степени нарушения липидного обмена и ферментопатии и закисленности крови. Несмотря на множество защитных факторов, предупре-



ждающих попадание микроорганизмов в кровеносную систему. Все-таки, в живой крови было обнаружено в большом количестве микрофлоры, изменения реологии крови и снижение функциональной активности форменных элементов крови. Эти изменения зависят от стадии заболевания, от продолжительности болезни и от степени интоксикации организма. Судя по изменениям состава и функциональной активности крови, можно было определить степень интоксикации организма, эффективность проводимого лечения и исход острого перитонита. В комплексном обследовании и лечении больных с острым перитонитом применение темнопольного сканирования крови существенно дополняет информацию о степени интоксикации организма, исходе и выздоровлении. Это существенно улучшает исход и результат лечения больных с острым перитонитом. Выводы: При остром разлитом перитоните отмечается высокая эндогенная интоксикация организма, о чем свидетельствуют результаты темнопольного сканирования крови. Темнопольное сканирование крови рекомендуется проводить у больных с острым перитонитом после поступления в стационар для определения тактики комплексного лечения и прогнозирования заболевания.

475. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Ю.С.Эгамов(1), П.К.Худяебергенев(2),
Б.Ю.Эгамов(3)*

Андижан (1). Нукус (2), Ташкент(3). Узбекистан

АГМИ

При остром разлитом перитоните наступает застой лимфы в органах брюшной полости, заполнение лимфатических капилляров микробами и макромолекулами, что приводит к блоку лимфатических сосудов и узлов (Ярема И.В. с соавт., 1995., Эгамов Ю.С. 1998). Вопросам участия лимфатической системы в патогенезе острого перитонита практические врачи уделяют мало внимания. Роль лимфатической системы в распространении бактериальной инфекции и метаболических нарушений не оценима. Если методы общей детоксикации при перитоните широко разрабатываются, то способы местной детоксикации освещены недостаточно. Мало изучены количественные показатели местного токсикоза и их динамика в зависимости от тяжести перитонита. Цель исследования – разработка патогенетически обоснованных методов

местной лимфогенной детоксикации при остром перитоните с учетом факторов местного токсикоза и применением региональной лимфостимуляции и лимфотропного введения антибиотиков. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 137 больных с острым перитонитом. Из них мужчин – 79, женщин – 58, в возрасте от 14 до 78 лет, с перитонитом различной этиологии. Предоперационная подготовка, проведение наркоза, ведение послеоперационного периода в сравнительных группах были одинаковыми. 16 больным основной группы в остром перитоните применен разработанный нами способ местной детоксикации. Был использован сорбент – косточковый активированный уголь, представляющий собой макропористый активированный уголь кусковой грануляции, подвергнутый кислотно-основной деминерализации, депирогенизации, ионной балансировке и стерилизации. Как показал анализ результатов исследования, в основной группе больных токсичность лимфы и крови достоверно уменьшилось, что благоприятно сказывалось на течении заболевания. В результате, у больных снизилась интоксикация, улучшились показатели периферической крови, нормализовалась температура тела, стабилизировалась функция сердечно-сосудистой системы. Наш опыт применения перитонеосорбции при остром перитоните свидетельствует о высокой эффективности этого метода. Использование адсорбентов при остром перитоните, способствует достоверно снижению токсичности жидкости брюшной полости. Вывод: Местная лимфогенная детоксикация при остром перитоните с применением сорбентов достоверно улучшает токсичность лимфы, улучшает общее состояние больных, а следовательно, сокращает их осложнения и летальность заболевания.

476. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ

Толтоев М.М., Омельченко С.А.

Новосибирская область, г. Татарск

ГБУЗ НСО «Татарская ЦРБ им. 70-лет. НСО»

Особое внимание в urgentной хирургии в настоящее время уделяется ультразвуковому исследованию (УЗИ), которое, по мнению ряда авторов, способствует дифференцированной тактике ведения пациентов. Цель исследования – определение диагностической значимости ультразвукового исследования в выборе тактики лечения обтурацион-



ной толстокишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Проанализированы результаты до и послеоперационного обследования 19 больных с диагнозом обтурационной толстокишечной непроходимости. У всех больных в исследуемой группе толстокишечной непроходимости были верифицированы в ходе операции. Среди них было 12 мужчин (63.1%) и 7 женщин (36.9%), в возрасте 51-82 лет, средний возраст больных в группе составил 66,9 лет. В течение 24 часов после начала заболевания госпитализированы 4 пациента (21.0%), а 15 больных (79.0%) были доставлены спустя сутки после появления симптомов толстокишечной непроходимости. Причиной ОТКН являлась опухоль в 15 случаях (78.9%), спаечная болезнь – у 1, заворот сигмовидной кишки – у 3 пациента. Уровень локализации злокачественного процесса распределялся следующим образом: селезеночный изгиб ободочной кишки – 2 (13.3%), нисходящая ободочная кишка – 3 (20.0%), сигмовидная кишка (ректосигмоидным отделом) – 7 (46.6%), слепая кишка – 1 (6.7%), печеночный изгиб ободочной кишки – 1 (6.7%), поперечно-ободочная кишка – 1 (6.7%) больных.

Результаты. При поступлении всем больным проводили трансабдоминальное УЗИ брюшной полости с детальной оценкой состояния паренхиматозных органов, наличия свободной жидкости в брюшной полости и прицельным исследованием ободочной кишки, при котором определяли их контуры, участки утолщения стенок, оценить складки слизистой оболочки, характер перистальтических движений и возможную ригидность пораженного фрагмента при компрессии датчиком. У пациентов с нетипичной клинической картиной, с нечеткими первичными данными инструментальных обследований использовался принцип динамического ультразвукового наблюдения. У больных с толстокишечной непроходимостью в дооперационном периоде ультразвуковое исследование констатировало наличие непроходимости в 89.5% случаях. Патологический симптом пораженного полого органа, характеризующийся визуализацией неравномерно утолщенной стенки кишки и отчетливо определяемым сужением её просвета, был выявлен только у 15.8% больных. В остальных случаях ультразвуковое исследование показало, помимо изменения стенок толстой кишки, расширение петель тонкой кишки во всех отделах брюшной полости, что привело к ошибочной диагностике уровня непроходимости. У 4 больных с толстокишечной непроходимостью при трансабдоминальном исследовании определялось супрастенотическое расширение толстой кишки проксимальнее опухоли. У 3 пациентов отмечалось появление жидкости в просвете подвздошной кишки (низкая тонкокишечная непро-

ходимость). Таким образом, чувствительность и точность ультразвукового метода в констатации факта наличия толстокишечной непроходимости и определении её уровня составили 15,8%. Толщина стенок перерастянутых петель толстой кишки у больных, которым ультразвуковое исследование выполнено до операции, составила от 7,2 мм до 13,9 мм (в среднем 11,2 мм). Существенных отличий толщины стенок толстой кишки в зависимости с уровня обструкции непроходимости не было отмечено. Следует отметить, что у 4 больных, поступивших в больницу в течение 24 часов от момента проявления начальных признаков заболевания, толщина стенок кишечника была меньше (в среднем 9,5 мм), чем у 15 больных, поступивших в больницу после 24 часов (в среднем 12,5 мм). Таким образом, толщина стенок кишки в большей степени зависит от длительности патологического процесса, чем от уровня обструкции толстокишечной непроходимости. У больных с толстокишечной механической непроходимостью визуализировались 2 варианта перистальтического движения содержимого: ослабленная маятникообразная перистальтика носила у большинства больных – 13 (68,4%), реже определялась усиленная маятникообразная перистальтика (3 больных, 15,8%). Отсутствие перистальтики при ОТКН свидетельствует о запущенности заболевания. Одним из характерных признаков кишечной непроходимости является наличие свободной жидкости в брюшной полости. В группе больных дооперационного периода свободная жидкость была выявлена у 84.2% больных. Четко отмечено, что количество жидкости в брюшной полости прямо пропорционально длительности заболевания. Ультразвуковая картина также зависела от уровня и степени стеноза толстой кишки. При расположении опухоли слепой кишки вблизи баугиниевой заслонки отчетливо визуализировалось утолщение стенок дистального отдела подвздошной кишки. При локализации новообразования в правой половине толстой кишки в растянутых петлях престенотического отрезка возникали застойные явления, в том числе в тонкой кишке. Таким образом, ультразвуковое исследование позволяет предположить наличие толстокишечной непроходимости с точностью 89.5%. Основными диагностическими признаками кишечной непроходимости, при соответствии клинической картины, можно считать визуализацию расширенных петель кишечника, наличие свободной жидкости, а также нарушение перистальтических движений кишечного содержимого. Информативность метода повышена при динамическом наблюдении в процессе консервативного лечения и послеоперационном периоде.



477. ОЦЕНКА МОНИТОРИНГА ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЕ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Толтеев М.М., Мирсадииков Р.Р., Манаев Н.В.

Новосибирская область, г. Татарск
ГБУЗ НСО «Татарская ЦРБ им. 70-лет. НСО»

Нами исследовались показатели внутрибрюшного давления у 29 больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью. При разделении больных в зависимости от уровня внутрибрюшного давления (ВБД) использовалась классификация ИАГ (интраабдоминальной гипертензии), предложенная Cheatman с соавт. (1996), предусматривающая 4 степени повышения ВБД: I – 12–15 мм рт. ст., II – 16–20 мм рт. ст., III – 21–25 мм рт. ст., IV – более 25 мм рт. ст. По мнению большинства авторов, самым достоверным способом диагностики ВБД является измерение ВБД через мочевого пузыря. Нами был проведен поиск оптимального способа измерения ВБД при обтурационной толстокишечной непроходимости по следующим критериям: продолжительность и стоимость процедуры, риск осложнений при ее выполнении. По нашему мнению определение ВБД через желудок имеет ряд преимуществ, так как для декомпрессии верхних отделов ЖКТ нами во всех случаях устанавливался назогастральный зонд. В послеоперационном периоде эту функцию выполнял назоинтестинальный зонд. У больных с толстокишечной непроходимостью при поступлении в клинику повышение ВБД было отмечено во всех случаях. Анализируя полученные данные, было установлено, что у 7 (24,1%) больных уровень ВБД находился в пределах 12-15 мм рт. ст. ($13,4 \pm 0,43$ мм рт.ст.), что соответствовало I степени ИАГ, у 15 (51,7%) – 16-20 мм рт. ст. ($17,9 \pm 0,52$ мм.рт.ст.) – II степень ИАГ. У 5 (17,2%) больных уровень ИАГ составлял 21-25 мм рт. ст. ($21,8 \pm 0,64$ мм рт.ст.) – III степень ИАГ, а у 2 (6,9%) более 25 мм рт. ст. ($26,7 \pm 0,7$ мм рт.ст.) – IV степени ИАГ. Таким образом, абдоминальный компартмент синдром проявляющейся при III и IV степени ИАГ, имел место в 7 (24,1%) наблюдениях. Наиболее высокие показатели ВБД регистрировали при декомпенсированной стадии ОТКН опухолевой этиологии. Кроме того, чем ближе к илеоцекальному углу расположена обтурация, тем выше ВБД, особенно у больных с недостаточностью баугиновой заслонки. У больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью с опухолевого генеза по литературным данным показана отсутствие полного стенозирования просвета кишки

опухолевым ростом. Даже при декомпенсированной стадии толстокишечной непроходимости внутренний диаметр опухолевой стриктуры составляет 0,8-1,0 см. Полной обтурации просвета кишки способствуют воспалительный отек кишечной стенки в зоне опухоли и обтурация каловым камнем (Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., 2005; Шапкин Ю.Г. и др., 2010). При этом давление в супрастенотическом отделе толстой кишки превышает таковые в постстенотическом участке. При разрежении в полости кишки ниже обструкции повышается градиент давления, который должен способствовать оттоку жидкости и газа. Постановка очистительных клизм и инсуфляция газа во время фиброколоноскопии происходит значительное повышение давления в супрастенотическом отделе. При достижении критических значений, это может привести к разрыву кишечной стенки, поскольку её механическая прочность в условиях нарушенного кровотока и гипоксии значительно снижена. Учитывая эту особенность, нами был разработан новый способ декомпрессии ободочной кишки с помощью специального устройства, которое использовали для подготовки толстой кишки к фиброколоноскопии. Процедура, которую мы назвали управляемым толстокишечным лаважем, осуществлялась следующим образом: пациента укладывали на левый бок, с приподнятым головным концом. В анальный канал под визуальным контролем вводилась металлическая трубка с манжеткой, при этом манжета располагалась на уровне анального сфинктера. Раздували манжету, и фиксировали в анальном канале. Через металлическую трубку вводили зонд, на расстояние 20-25 см, наружный конец которого закрывали зажимом. Далее по приводящей трубке подавали жидкость. Одновременно во время процедуры с помощью манометра контролировалось внутрикишечное давление. При повышении давления выше 10 мм.рт.ст., включали канал оттока жидкости, что создавало разрежение в постстенотическом отделе. Промывание кишечника проводили многократно до чистых промывных вод. Процедуру считали эффективной, если промывные воды содержали пузырьки газа и комочки кала. При этом уменьшалось вздутие живота, купировался болевой синдром. Следили, чтобы количество вводимой жидкости соответствовало выделяемой. Если после 3-5 кратного толстокишечного лаважа не достигали положительных результатов, процедуру считали неэффективной. Альтернативой фиброколоноскопии при высоком супрастенотическом давлении должна быть ирригоскопия. При оценке уровня ИАГ в исследуемой группе на фоне проводимого комплексного лечения выявлено статистически значимое снижение уровня интраабдоминального давления у пациентов с I, II



и III степенями интраабдоминальной гипертензии с $13,4 \pm 0,43$ до $10,1 \pm 0,38$, с $17,9 \pm 0,52$ до $15,2 \pm 0,48$ и с $21,8 \pm 0,64$ до $18,5 \pm 0,56$ мм.рт.ст.

478. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ СТОМ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА

*Шишкина Г.А., Топузов Э.Г., Петряшев А.В.
Топузов Р.Э., Ерохина Е.А.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных колоректальным раком.

Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов лечения 104 больных раком прямой кишки, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии им В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова за период с 2004 по 2015гг. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета STATISTICA 10 (StatSoft Inc., США).

Актуальность. Колоректальный рак является актуальной проблемой в современном обществе. Ежегодно в мире диагностируется более 1 млн. вновь выявленных больных колоректальным раком и 500 тыс. летальных исходов от него. Основным методом лечения колоректального рака остаётся хирургическое вмешательство. С развитием лапароскопических технологий и появлением современных сшивающих аппаратов возросло число операций с первичным восстановлением кишечной проходимости. Одновременно возросло число ультранизких резекций прямой кишки. То есть резекций прямой кишки, при которых анастомоз формируется на уровне ниже 7см от ануса. Онкологическая обоснованность таких операций доказана многочисленными исследованиями. При этом довольно высокой остаётся частота развития несостоятельности первично сформированного анастомоза. По данным разных авторов она достигает от 6 до 45%. Несостоятельность анастомоза - грозное осложнение, которое не только зачастую требует проведения активных медицинских манипуляций и повторного оперативного лечения, но и приводит к увеличению уровня летальности. С целью профилактики несостоятельности сформированного анастомоза в 1970-х годах был предложен метод формирования превентивной стомы проксимальнее зоны анастомоза. За истёкший период было проведено достаточное количество различных исследований, однако, до сих пор

нет единого мнения относительно эффективности данного метода и необходимости его использования в целом.

Результаты. Из 104 пациентов, оперированных в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля с 2004 по 2015гг. по поводу рака прямой кишки 56 больным (53,8%) были выполнены ультранизкие резекции прямой кишки. Пациенты, перенёвшие ультранизкие резекции прямой кишки по поводу рака были разделены на две группы согласно наличию сформированной превентивной стомы. В группу А (пациенты со сформированными превентивными стомами) вошли 22 пациента (39,3%), в группу В 34 больных (60,7%). У всех пациентов опухоль локализовалась в прямой кишке: в в верхнеампулярном отделе у 7 пациентов (12,5%), в среднеампулярном отделе у 35 больных (62,5%) и в нижнеампулярном отделе у 14 пациентов (25,0%). Оценка полученных результатов проводилась с учётом классификации несостоятельности анастомоза, разработанной Международной исследовательской группой по изучению рака прямой кишки (International Study Group of Rectal Cancer) в 2010г. Согласно данной классификации выделяют 3 класса несостоятельности швов сформированного анастомоза в зависимости от тяжести клинических проявлений и медицинских манипуляций, проведение которых необходимо: класс А- определяется несостоятельностью сформированного анастомоза без клинических проявлений. Данная степень выявляется в основном при проведении дополнительных исследований (при контрольной проктографии). Классы В и С характеризуется наличием не только инструментальных, но и клинических проявлений, для их лечения необходимо проведение активных медицинских манипуляций. [Rahbari N.N. et al., 2010] В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 12 больных (21,4%). У 1 пациента из группы А (4,5%) и 11 пациентов из группы В (32,4%). При этом в группе А осложнением являлось развитие в послеоперационном периоде пневмонии. Несостоятельности швов сформированного анастомоза у пациентов группы А выявлено не было. При этом у 7 больных из группы В (20,6%) была выявлена несостоятельность сформированного анастомоза. Всем больным потребовалось повторное оперативное лечение, которое заключалось в формировании колостомы и дренировании брюшной полости. Полученные результаты показали, что несостоятельность швов анастомоза достоверно чаще развивалась у пациентов без превентивно сформированных стом ($p=0,035$). Необходимо в то же время отметить, что развитие несостоятельности швов сформированного анастомоза оценивалась прежде всего по клиническим данным. При возникновении подозрений на развитие несостоятельности



анастомоза больным проводились дополнительные исследования. Выводы. Полученные данные с учётом классификации несостоятельности анастомоза, позволяют сделать вывод, что формирование превентивной стомы при ультранизких резекция прямой кишки достоверно снижает риск развития клинически выраженной (класс В и С) несостоятельности анастомоза, которая требует проведения активных медицинских мероприятий.

479. БЭСТА, КУРС БАЗОВОГО ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ТРЕНИНГА И АТТЕСТАЦИИ

Горшков М.Д.(1), Совцов С.А.(2), Матвеев Н.Л.(3)

Москва, 2) Челябинск

1) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ2)
Южно-Уральский ГМУ МЗ РФ3) МГМСУ
им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Актуальность. Эффективность и целесообразность отработки базовых эндохирurgicalических навыков с помощью симуляционных технологий на сегодняшний день не вызывает сомнений. Необходимо продолжение валидации курса БЭСТА, разработанного Российским обществом хирургов, РОХ совместно с Российским обществом симуляционного обучения в медицине, РОСОМЕД.

Материалы и методы. Российское общество симуляционного обучения РОСОМЕД совместно с Российскими профессиональными сообществами хирургов и эндохирurgicalических разработали и предложили в 2015 году хирургическому сообществу курс Базового эндохирurgicalического симуляционного тренинга и аттестации, БЭСТА. Курс прошел всестороннее обсуждение на заседаниях и практическую апробацию и первый этап валидации в ходе тренинг-сессий на XIX съезде Российского общества эндоскопических хирургов (16-18 февраля 2016 года, Москва). В дальнейшем, результаты апробации были учтены для коррекции отдельных упражнений и их референтных значений.

Результаты. В ходе апробации и валидации БЭСТА были получены многочисленные отзывы, рекомендации, установлены экспертная, конструктивная и дискриминантная валидность большинства заданий курса. В частности, большинство заданий опытные эндохирurgicalические выполняли без ошибок в 4-5 раз быстрее, чем начинающие: Навигация лапароскопом 7:55/1:36; Бимануальная манипуляция 5:18/1:19; Инструмент и лапароскоп 10:28/2:12; Иссечение ножницами 8:37/1:42; Клипирование и пересечение 4:01/1:40; Захват иглы

и прошивание 13:33/3:49; Экстракорпоральный шов 9:14/2:33; Наложение эндопетли 5:47/1:09; Интракорпоральный узловый шов 12:25/2:21, где первая цифра - среднее время (минуты : секунды), затраченное на выполнение задания неопытными хирургами, а вторая – длительность, продемонстрированная экспертами.

Обсуждение. На основании отзывов участников и преподавателей, принявших участвовавших в апробации, сформулированы дальнейшие задачи для следующего этапа исследований. В результате проведенной работы были пересмотрены и откорректированы ряд заданий, в частности «Навигация лапароскопом», «Координация лапароскопа и инструмента», «Клипирование и пересечение», «Захват и прошивание». Предполагается завершить в 2017 году валидацию, установить референтные значения (проходные баллы) для каждого из заданий и курса в целом, разработать и утвердить методические рекомендации по проведению тренинга и итоговой аттестации.

Выводы. Курс БЭСТА, Базовый эндохирurgicalический симуляционный тренинг и аттестация прошел апробацию. Подтверждена экспертная, конструктивная и дискриминантная валидность большинства заданий курса. На основании полученных результатов был модифицирован ряд упражнений. Предлагается вынести на рассмотрение Российского общества хирургов (РОХ) вопрос придания курсу статуса «Рекомендован РОХ».

480. ЕСТЬ ЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА У ГИБРИДНЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКАУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ МНОГОУРОВНЕВОМ ПОРАЖЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ?

Пуздрык П.Д., Иванов М.А., Шломин В.В.,
Артемова А.С., Бондаренко П.Б.

Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

Рост числа гибридных вмешательств у больных периферической артериальной болезнью (РАД) ассоциирован с увеличением затрат на оборудование для гибридных операционных.

Цель исследования: сравнить последствия открытых, гибридных и эндоваскулярных вмешательств у больных РАД с многоуровневым вариантом поражения.

Материалы и методы. Проспективно собраны и ретроспективно проанализированы результаты наблюдения за 211 пациентами с многоуровневым поражением за период с 2013 по 2016 гг.



Первую группу составили 129 пациентов, которым выполнялись открытые (ОО) оперативные вмешательства по поводу МРАД. Во второй группе (ЭВ) реваскуляризация осуществлялась эндоваскулярным способом (63 человека). Третью группу составили 30 больных, подвергшихся гибридным вмешательствам (ГВ). Время наблюдения составило 24 месяцев. Осуществляли анализ предикторов неблагоприятных исходов, течение раннего послеоперационного (30 дней) периода, продолжительности вмешательства и времени, проведенного в ОРИТ; кровопотери, общего койко-дня, длительности заживления операционных ран, первичной и вторичной проходимости оперированного сегмента, сохранения конечности, осложнений и летальности. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы STATISTICA 10. Величина $p < 0,05$). В сроки 12 и 24 месяцев после операции статистически достоверного преимущества в отношении первичной проходимости в группе ОО не выявлено, однако после указанных вмешательств отмечено 13 % инфекционных осложнений, осуществлена ампутация 17 % больных (в группе ЭВ – 11 %; ГВ – 10 %). Выводы. Гибридные вмешательства при многоуровневом поражении позволяют оперировать больных с тяжелыми коморбидными состояниями, а также наличием пролонгированных стенотических и окклюзионных изменений на фоне РАД с наименьшими рисками.

481. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш.,
Мандриков В.В.*

Волгоград

Кафедра факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, ГБУ ВМНЦ центр хирургической гепатологии

Цель исследования: усовершенствование тактических подходов при хирургическом лечении хронического панкреатита.

Материал и методы: в исследование включены 378 пациента с хроническим панкреатитом. Мужчин было 256(68%), женщин – 122(32%). Средний возраст составил $46,56 \pm 12,7$ лет. Характер морфологических изменений структуры поджелудочной железы: кисты ($n=179(47\%)$); стриктура вирсунгова протока и/или холедоха в сочетании с панкреатической и/или желчной гипертензией ($n=101(27\%)$); свищи (наружные и внутренние) ($n=19(5\%)$); панк-

реато и/или вирсунголитиаз ($n=145(38\%)$); индуративные изменения паренхимы железы ($n=19(5\%)$). В лечении больных использовали как малоинвазивные, так и традиционные хирургические вмешательства широким лапаротомным доступом. УЗ-диагностические методы лечения выражались в тонкоигольной пункции ($n=52$) и пункции – дренировании стилет-катетером полости кисты ($n=10$). Вмешательства из мини-доступа с видеоскопическим контролем были выполнены в 14(4%) наблюдениях и сопровождались некрсеквестрацией. Эндоскопические интервенционные методы были применены в лечении 84(22%) пациентов и заключались в эндоскопической папиллосфинктеротомии, вирсунготомии, литоэкстракции, с баллонной дилатацией терминальной части и/или эндопротезированием вирсунгова протока. Поводом для вмешательства были: вирсунголитиаз ($n=77(92\%)$) в сочетании с псевдокистой головки поджелудочной железы ($n=21(25\%)$), панкреатическим свищем ($n=4$), панкреатической ($n=26(31\%)$) и желчной ($n=6(7\%)$) гипертензией. Широким лапаротомным доступом оперированы 140(37%) больных. Операции выполнялись как в плановом ($n=98(26\%)$), так и в срочном порядке ($n=58(15\%)$). В лечении 22(6%) пациентов с кистой головки ПЖ была использована оригинальная методика цистодуоденовирсунгопластики (ПВЦДП). В лечении больных с хроническим панкреатитом в сочетании панкреатической и/или желчной гипертензией, наружным панкреатическим свищем, кистозным образованием в паренхиме ПЖ использовали оригинальную методику трансдуоденального стентирования магистрального протока в сочетании с папиллопластикой и/или вмешательством на желчевыводящих путях ($n=14(4\%)$). Результаты. УЗИ-диагностические методы оказались эффективными в лечении кистозных образований у 22(42%) из 52 больных. Миниинвазивные вмешательства были эффективны во всех наблюдениях, что было обусловлено строгим отбором пациентов с постнекротическими кистами, содержащими секвестры и не имевшими связь с магистральным протоком поджелудочной железы. Интраоперационных осложнений и летального исхода не наблюдали. Эндоскопические интервенционные методы лечения не были эффективны в 17(20%) наблюдениях. Одноэтапные вмешательства применены в лечении 37(55%) из 67 больных. Остальные пациенты подверглись 2-3 этапам вмешательств. Осложнения манипуляции (острый панкреатит, дислокация инструмента за пределы вирсунгова протока) имели место в $n=7(8\%)$ случаях. Рецидив панкреатической гипертензии отмечено у 4-х больных, что потребовало повторного эндоскопического вмешательства. Летального исхода не было. Традиционные вмешательства сопровождались интрао-



перационными осложнениями (кровотечение из магистрального сосуда) в 3(1%) наблюдениях. Послеоперационные осложнения (абсцессы различной локализации, несостоятельность ранее наложенных анастомозов, кишечные свищи, желчный затек и наружный желчный свищ, аррозивное кровотечение и кровотечение из острых язв желудка, нагноение ран, панкреатический свищ, послеоперационный панкреатит) были отмечены у 28(9,5%) пациентов. Повторные оперативные вмешательства выполнены в 13(4,4%) наблюдениях. Умерло 12(4%) больных. Цистодуоденосунгопластика интраоперационных осложнений не имела. Несостоятельность дренажа Кера с формированием транзитного наружного желчного свища наблюдали в 2-х случаях. Рецидив панкреатической гипертензии отмечено у 1-го пациента в связи с увеличением размеров панкреатолита в головке ПЖ (корригировано эндоскопическим стентированием). В отдаленном периоде(5 лет наблюдения) 2 пациентов повторно госпитализированы в связи с атакой острого панкреатита. Больные, перенесшие трансдуоденальное стентирование, не имели ни интраоперационных, ни послеоперационных осложнений. В отдаленном периоде стенты извлекались в сроки 1,5 – 3 года при ФГДС. Рецидива панкреатической гипертензии не отмечено. Заключение. УЗИ-диагностические методы эффективны при хроническом панкреатите лишь в 42% наблюдений с постнекротическими псевдокистами. Минидоступные вмешательства показаны для узкого круга больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, содержащими секвестры. Эндоскопические интервенционные вмешательства являются операцией выбора для ликвидации панкреатической гипертензии и вирсунголитиаза. Вместе с тем, у 20% больных они неэффективны и требуют выполнения традиционных оперативных вмешательств. В лечении больных с кистами головки поджелудочной железы может использоваться папилловирсунгоцистодуоденопластика. Трансдуоденальное стентирование вирсунгова протока у лиц с безуспешными попытками его эндоскопического стентирования является безопасным методом лечения с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

482. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ СТЕНТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хитарьян А.Г.(1), Мизиев И.А.(2), Глумов Е.Э.(1), Карпова И.О.(3), Ковалев С.А.(1), Орехов А.А.(1)

Ростов-на-Дону, 2) Нальчик

1)ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» 2)ГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» . 3)Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост количества пациентов с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Все более широкое внедрение саморасправляющихся металлических стентов хирургическую практику изменило во многом условия и возможности оперативного лечения. Вместе с тем эндоскопические вмешательства с использованием стентов нуждаются в определении четких показаний и противопоказаний для достижения хороших результатов лечения. Нами было проведено мультицентровое ретроспективное когортное сравнительное исследование у 136 пациентов оперированных в хирургическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД» по поводу ОТКН опухолевой этиологии. Все пациенты поступили в стационар с явлениями острой толстокишечной непроходимостью - 55 мужчин (40%) и 81 женщины (60%) в возрасте от 49 до 82 лет, с различной степенью выраженности сопутствующей патологии. Сопутствующая соматическая патология выявлена 82 % больных. Преобладали поражения сердечно-сосудистой системы у 43% больных, дыхательной системы у 38% , нервной системы – 11 %, мочевыделительной -4% больных. Диагностический этап обследования включал в себя клинико-лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые исследования, ирригографию, видеоколоноскопию. Оценку общего состояния больных при поступлении производили по шкале SOFA. Всем поступившим пациентам лечение начинали с многокомпонентной консервативной терапии, которая включала в себя: установку назогастрального зонда, очистительные клизмы, коррекцию водно-электролитного баланса, лечение сопутствующей соматической патологии. У (4%) больных удалось добиться разрешения явлений кишечной непроходимости при помощи стандарт-



ных консервативных мероприятий. Показаниями к выполнению стентирования служили: толщина кишечной стенки в области препятствия по данным УЗИ более 4 мм.; Декомпенсированная кишечная непроходимость; тяжелые сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации из-за которых выполнение хирургических вмешательств сопровождалось высоким анестезиологическим риском ;Распространенность опухолевого процесса; техническая возможность проведения проводника. В группе пациентов (36 человек) которые соответствовали определенным нами показаниями использован разработанный способ лечения кишечной непроходимости, вызванной опухолью левой половины ободочной и прямой кишки. Технически стентирование успешно выполнено у всех больных. Средняя продолжительность вмешательства составила 51,3 мин (от 40 до 70 минут). Окончательное расправление стентов наблюдалось от 1-х до 3-х суток после их установки. Всем больным после установки стентов производили контрольную рентгенографию брюшной полости . Было выявлено, что на 4-е сутки послеоперационного периода диаметр кишечника приходил к нормальным показателям, толщина кишечника прогрессивно уменьшалась , что свидетельствовало о купировании явлений кишечной непроходимости . Результатом установки СМСвилось восстановление кишечного пассажа у 34 (94,4%) пациентов . У 2 больных (6,6 %) при установке стента имела место перфорация кишки с опухолью в стадии распада , что потребовало выполнения экстренной операции : лапаротомии , резекции пораженного участка кишки с опухолью, санации ,дренирования брюшной полости. Из них одна пациентка(2,7 %) скончалась от опухолевой интоксикации. В 20 (56 %) случаях: стентирование произведено в качестве паллиативного оперативного вмешательства, выполнение радикальной операции признано невозможным вследствие распространения злокачественного процесса и тяжести сопутствующих заболеваний. Таким образом предлагаемый разработанный комплекс мероприятий в сочетании с внутрисветным стентированием является перспективным направлением улучшения результатов хирургического лечения этой категории больных, успех которого зависит от правильного выбора показаний в том числе с учетом состояния пациента по шкале SOFA.

483. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Жилин С.А., Шахбутдинов М.Ш., Леонов А.Л., Амбарцумян В.М.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Видеолапароскопическая технология по поводу острой кишечной непроходимости стала внедряться с 2015 года. Оперировано 19 больных, что составило (20,2 %) от общего числа 94 пациентов с картиной острой кишечной непроходимости. Из них лапароскопически оперировано 19 больных. На этапе освоения лапароскопии при острой кишечной непроходимости проводили тщательный отбор больных. Наиболее подходящими вариантами использования эндовидеохирургической технологии считали случаи, когда в анамнезе у больных либо не проводилось операций на органах брюшной полости, либо выполнялись единичные хирургические вмешательства (аппендэктомия, устранение паховой грыжи, операции на органах малого таза и др.). В таких случаях, обычно отсутствуют множественные спайки и даже при наличии странгуляции можно успешно завершить операцию эндоскопическим путем. Вторым условиям выполнения операций лапароскопического адгезиолизиса считаем отсутствие у больных декомпенсированной непроходимости кишечника, когда нет необходимости проведения кишечной интубации. В таких случаях даже множественные операции в анамнезе не являются абсолютным противопоказанием к выполнению эндовидеохирургического вмешательства. Оперативный доступ для лапароскопа, как правило, осуществляли по средней линии выше или ниже пупка и при наличии срединного послеоперационного рубца троакар вводили открытым методом по Хассону. Дополнительные троакары, как минимум два, вводили после проведения обзорной лапароскопии в зависимости от локализации и обширности спаечного процесса. Из 19 больных, оперированных эндовидеохирургическим методом, устранить непроходимость кишечника лапароскопически удалось у 12 (63,2 %). В данной группе у 9 больных обнаружена спаечная непроходимость тонкой кишки операция завершена рассечением спаек, в



2-х случаях причиной непроходимости явился дивертикул Меккеля, что потребовало проведения резекции дивертикула, у 1 больного причиной непроходимости стал заворот сигмы, проведена его деторсия. Переход на открытый доступ осуществлен у 7 больных (36,8%). Считаем, что относительно высокий процент конверсии к лапаротомии, по сравнению с другими острыми хирургическими заболеваниями живота является не недостатком, а особенностью метода. Связано это со сложностью визуализации и работы на перерастянутых петлях кишечника, возможностью повреждения стенки кишки или ее брыжейки, порой необходимостью выполнения резекционных вмешательств или проведения, по результатам интраоперационной ревизии, назоинтестинальной интубации кишечника. Причинами перехода на открытый доступ в нашей группе больных явились интраоперационная травма кишки со вскрытием ее просвета у 2 больных, странгуляционный некроз тонкой кишки, потребовавший выполнения резекционного вмешательства у 3 больных, обнаружение опухоли толстой кишки с непроходимостью у 1 больного и выраженный спаечный процесс в брюшной полости у 1 больного. В послеоперационном периоде отмечены минимальный болевой синдром, обусловивший раннюю активизацию больных и быстрая нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта, по сравнению с больными, оперированными традиционным, чревосечением, способом. Выписка из стационара происходила на 5-6 сутки. Послеоперационных осложнений и летальности после лапароскопических операций по поводу острой кишечной непроходимости не было. Выводы: наш небольшой опыт использования лапароскопии при острой кишечной непроходимости показывает, что данная методика имеет ряд преимуществ перед открытым вмешательством в виде снижения болевого синдрома, ранней активизации больных и восстановления функции кишечника, уменьшения длительности стационарного пребывания. Данное направление является перспективным и, по мере набора опыта и совершенствования технического оснащения, должно более широко внедряться в деятельность отделения неотложной хирургии.

484. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Сизуа Б.В.(1), Петров С.В.(1,3), Земляной В.П.(1), Губков И.И. (3), Данилов А.М.(3), Мавиди И.П. (2), Ефимов А.Л.(3), Сахно Д.С.(1)

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;
- 2) Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова;
- 3) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница».

Рак желудка – одно из самых распространенных злокачественных новообразований. Ежегодно в мире регистрируется около 880000 новых случаев рака желудка и 650000 летальных исходов. Следует отметить, что порядка 75% больных поступают в специализированные учреждения в III–IV стадиях онкологического процесса (Джураев М.Д., 1997; Kuwabara Y. et al., 2001; Usellmann V. et al., 2001), а в 40% случаев отмечают такие осложнения рака желудка, как стеноз, перфорация или кровотечение (Глотов В.И. и др., 1991; Клещевникова В.П., 2004). Острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) опухолевой этиологии наблюдаются относительно нечасто и составляют от 9,0% до 11,5% в структуре кровотечений пищеварительного тракта (Михайлов А.П., 2006). Являясь следствием распада или изъязвления опухоли, ЖКК могут возникать при любой стадии заболевания, но всё же чаще отмечаются в III–IV стадии онкологического процесса (Iveson T. et al., 1997). В период с 1996 по 2015гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 142 пациента с нематастатическим раком желудка, осложненным кровотечением. Все пациенты разделены на две группы: I группа — пациенты находившиеся на лечении с 1996 по 2006 гг – 72 человека, из них мужчин 47 (65,3%), женщин 25 (34,7%); во II группу вошли пациенты лечившиеся с 2007 по 2015 гг - 70 человек, из них мужчин 46 (65,7%), женщин 24 (34,3%). В структуре осложнений нематастатического рака желудка кровотечение было отмечено в 76,3% (55) случаев в I группе и 82,9% (58) во II группе. У некоторых пациентов кровотечение сочеталось: с перфорацией 4,2% (3) наблюдений в I группе и 2,8% (2) во II группе; со стенозом в 12,5% (9) случаев в I группе и 8,6% (6) во II группе; с прорастанием в соседние органы 4,2% (3) случая в I группе и 5,7% (4) во II группе. По стадиям онкологического процесса больные распределились следующим образом: I–II стадия заболевания отмечена у 20,8% (15)



и 21,4% (15) пациентов в I и во II группах соответственно; III стадия у 28 (38,9%) человек в I группе и 27 (38,6%) во II; а IV стадия заболевания диагностирована у 29 (40,3%) больных в I группе и 32 (45,7%) пациентов во II группе. Следует отметить, что при неметастатическом раке желудка, осложненном кровотечением (142) было прооперировано 48 (66,7%) пациентов в I группе и 40 (57,1%) во II группе, а консервативно пролечено 24 (33,3%) и 30 (42,9%) пациента в I и II группах соответственно. В I группе отсутствовала единая лечебная концепция и пациентов преимущественно оперировали в экстренном порядке при поступлении или в случае рецидива кровотечения. При лечении пациентов II группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика учитывающая степень эндоскопического гемостаза, тяжесть кровопотери и состояние пациента. Возраст больных в исследуемых группах варьировал от 31 до 90 лет, а средний возраст пациентов составил $67,9 \pm 12$ лет. Больным были выполнены следующие оперативные вмешательства: гастрэктомия выполнена у 29,2% (14) пациентов I группы и в 37,5% (15) случаев во II группе, субтотальная резекция желудка 12 (25%) в I группе и 20 (50%) во II группе, симптоматические операции в 7 (14,6%) случаях в I группе и 3 (7,5%) во II группе, гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы у 1 (2,1%) пациента I группы и в 2 (5,0%) случаях во II группе; и только в I группе были выполнены: резекция 2/3 желудка 10 (20,8%), экстирпация культи желудка 3 (6,2%) и резекция кардии в 1 (2,1%) случае. В экстренном порядке при продолжающемся кровотечении и/или тяжелой степени кровопотери во II группе было прооперировано только 11 (27,5%) пациентов. В остальных случаях удавалось достичь устойчивого комбинированного эндоскопического гемостаза с использованием АПК в дополнении с гемостатической системой EndoClot PHS (USA). При наличии риска рецидива кровотечения 29 пациентов были оперированы в срочном порядке после полноценной предоперационной подготовки. При этом, была отмечена корреляция между видом оперативного вмешательства (экстренные/срочные) и частотой R1 резекций: при экстренных операциях частота R1 резекций составила 40,7–45,5% в I группе и 44,4% во II группе. При срочных операциях частота R1 резекций составила 33,3% (1) в I группе и 7,1% (4) во II группе. В целом частота R1 резекций составила 41,5% в I группе и 16,2% во II группе.

485. ВОЗДЕЙСТВИЕ ВЫСОКОТЕМПЕРАТУРНОГО ДВУХУРОВНЕВОГО ПЛАЗМЕННОГО ПОТОКА НА ПОДКОЖНУЮ КЛЕТЧАТКУ МОРСКОЙ СВИНКИ

Сизуа Б.В. (1), Земляной В.П.(1), Соколова А.С.(1), Черепанов Д.Ф.(3), Винничук С.А.(1), Мавиди И.П.(2), Никифоренко А.В.(1), Сахно Д.С.(1)

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова; 2) Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова;
- 3) Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук.

Первые упоминания о послеоперационных вентральных грыжах встречаются в публикациях начала XX века что, по сути, связано с бурным развитием абдоминальной хирургии. Следует отметить, что в тот период количество рецидивов было сопоставимо с количеством первичных оперативных вмешательств. Технический прогресс, накопленные знания, а также совершенство анестезиологии позволило существенно улучшить результаты лечения в герниологии. Сегодня для диагностики грыж используются точнейшие методы инструментального исследования, а для лечения – современные протезирующие материалы. Несмотря на очевидные успехи частота осложнений, приводящих к формированию послеоперационных вентральных грыж, остается одной из важных проблем современной хирургии. Одним из основных факторов осложненного послеоперационного течения после устранения вентральных грыж, является формирование сером, частота которых может достигать 50–71%.

Цель исследования: Изучить в эксперименте влияние энергии высокотемпературного двухуровневого плазменного потока на подкожную клетчатку морской свинки и установить степень снижения лимфоцитогенеза.

Материалы и методы. В эксперименте было использовано 15 особей морских свинок обоих полов. В качестве анестезии внутримышечно использовалась смесь 2% растворов кетамина и ксилазина. Животные были разделены на 4 группы. Всем особям в области спинки выполнялся стандартизованный продольный линейный разрез в пределах кожи и подкожной клетчатки длиной 2 см. При этом группа I была разделена на А и В подгруппы. Подгруппа I А (n=3) являлась контрольной, иссеченные ткани кожи и подкожно-жировой клетчатки морских свинок в дальнейшем служили образцами для сравнительного морфологическо-



го анализа. Во всех остальных случаях подкожная клетчатка обрабатывалась высокотемпературным двухуровневым плазменным потоком с помощью аппарата PlasmaJet (модель PS10-2130-EN серия 213020-0912-128) до достижения коагуляционного гемостаза. При этом у особей подгруппы IV была выполнена эксцизионная биопсия сразу после обработки подкожной клетчатки PlasmaJet, а раны ушиты. У животных: II группы (3 особи) комплекс тканей был иссечен и отправлен на исследование на 3-е сутки после операции, III группы (3 особи) – на 5-е сутки, IV группы (3 особи) – на 7-е сутки после начала эксперимента. При этом следует отметить, что морфологический анализ включал в себя не только гистологическое, но и иммуногистохимическое исследование тканей экспериментальных животных.

Результаты. Проведенные гистологические исследования выявили типичные изменения, характерные для кожи и подкожно-жировой клетчатки после термического воздействия. На 3-е сутки волокна коллагена расположены компактно, в верхних отделах дермы коллаген гомогенизирован по типу коагуляционного некроза с сохранением эпидермиса и структур придатков. Зона компактного коллагена отграничена от остальных отделов дермы лейкоцитарным валом. В подкожной жировой клетчатке рыхлая лимфоидная инфильтрация. На 5-е сутки изменения схожи с изменениями, отмеченными на 3-е сутки от начала эксперимента, однако при этом определяется очаговое отторжение зоны коагуляционного некроза с эпителизацией по краям и под зоной некроза, также более выраженная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация с примесью лейкоцитов в подкожно-жировой клетчатке. На 7-е сутки дефект эпидермиса и дермы полностью восстановлен, а в подкожно-жировой клетчатке сохраняется выраженная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация. Следует отметить, что после обработки ран аппаратом PlasmaJet, отмечалась весьма слабая гиперемия кожи (в пределах 1-2 мм), крайне скудное раневое отделяемое в первые сутки после операции, а к 7-му дню отмечается эпителизация тканей. Проведенное иммуногистохимическое исследование показало, что в первые сутки определяется дилатация лимфатических сосудов в дерме по периферии очага воздействия, что типично и закономерно для подобных интраоперационных травм. Следует отметить, что при электрокоагуляции тканей характерным является сохраняющееся расширение лимфатических сосудов с последующим отторжением некротического струпа, и как следствие лимфорей. Однако не смотря на наличие коагуляционного некроза, при использовании высокотемпературного двухуровневого плазменного потока в препаратах отмечается снижение дилатации сосудов, а

к 7-м суткам она полностью отсутствует – сохранение расширения лимфатических сосудов на фоне физического и термического воздействия высокотемпературный двухуровневым плазменным потоком ни в одном из препаратов не выявлено.

Выводы. Использование высокотемпературного двухуровневого плазменного потока (аппарат PlasmaJet®) для обработки подкожной клетчатки позволяет добиться оптимального гемостаза за счет коагуляции без выраженных и глубоких некротических изменений, что приводит к течению типичного процесса воспаления, как этапа заживления раны. Это подтверждается и на микроскопическом уровне: ткани проходят все этапы воспаления, как характерная реакция на травму, так и восстановления. При этом отмечается коагуляционный некроз без глубокого и выраженного повреждения тканей и, как результат, без длительной дилатации лимфатических сосудов, что ведет к снижению лимфорей в послеоперационном периоде. Обработка подкожной клетчатки высокотемпературным двухуровневым плазменным потоком при лечении, в том числе, вентральных грыж может привести к значительному снижению послеоперационных осложнений.

486. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Земляной В.П.(1), Сигуа Б.В.(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.

Наиболее распространенной методикой лапароскопической предбрюшинной герниопластики при двусторонних паховых грыжах является метод раздельного протезирования обеих сторон. Помимо случаев истинных рецидивов, следует выделить группу пациентов, у которых выявляется ранее не существовавшая надпузырная грыжа. Целью нашего исследования было установление причин и факторов риска послеоперационного образования надпузырных грыж и определение хирургической тактики. В исследование вошли 84 пациента с двусторонними паховыми грыжами. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 51 пациента с двусторонними грыжами, которым была



выполнена лапароскопическая предбрюшинная герниопластика с отдельным билатеральным протезированием с обеих сторон. В этой группе исследования был проведен анализ медицинской документации, а также контрольный осмотр спустя 3–5 лет после операции с дополнительным ультразвуковым исследованием передней брюшной стенки, паховых и надпузырных областей. При этом в 1 (1,9%) случае установлен рецидив паховой грыжи, а у 8 пациентов (15,7%) выявлены сформировавшиеся надпузырные грыжи. У всех пациентов с выявленными надпузырными грыжами был общий анамнез – особенности спортивной и/или трудовой деятельности сопряженной с физическими нагрузками в сочетании с хронической сопутствующей патологией, сопровождающейся регулярными эпизодами повышения внутрибрюшного давления. Было установлено, что подобное сочетание относится к факторам высокого риска рецидива грыжи и формирования ранее не существовавшей надпузырной грыжи. Для данной категории пациентов 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; приоритет изобретения: 14.08.14 «Способ лапароскопической герниопластики при двусторонних паховых грыжах». Разработанная операция показана пациентам с двусторонними паховыми грыжами при наличии высокого риска рецидива и формирования надпузырной грыжи, а также при наличии первичных надпузырных грыж и при формировании их после ранее выполненной отдельной двусторонней лапароскопической герниопластики. Во всех остальных случаях следует отдавать предпочтение стандартной эндовидеохирургической отдельной предбрюшинной протезирующей герниопластике. Основная группа исследования включала 33 пациентов и была сопоставима с контрольной по возрастным, половым характеристикам, а также сопутствующей хронической патологии. В этой группе проведен дифференциальный подход к выбору операции с учетом факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырных грыж. Длительность операции в ретроспективной и проспективной группах составила $58,6 \pm 17,5$ и $64,5 \pm 29,3$ минут соответственно. Сроки госпита-

лизации в послеоперационном периоде, длительность необходимости назначения анальгетиков, после операции, так же были сопоставимы в двух группах. При контрольных осмотрах у пациентов основной группы рецидивов, а также формирования надпузырной грыжи не выявлено. Заключение и выводы: При выборе эндовидеохирургической операции у пациентов с двусторонними паховыми грыжами необходим дифференциальный подход с учетом факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырной грыжи. При наличии высоких рисков показано тотальное протезирование единым сетчатым трансплантатом надпузырных, паховых и бедренных областей. В остальных случаях методом выбора остается стандартный способ отдельного билатерального протезирования двумя сетчатыми протезами. Предложенная эндовидеохирургическая тактика у пациентов с двусторонними паховыми грыжами позволяет достоверно снизить риск рецидива и появления вторичной надпузырной грыжи ($p < 0,05$).

487. ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Сизуа Б.В.(1), Петров С.В.(1,2), Земляной В.П.(1), Рутенбург Г.М.(2), Козобин А.А.(2), Лучкин А.Н.(2), Ефимов А.Л.(3)

Санкт-Петербург

1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». 3) Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет.

Важнейшим элементом успешного лечения ущемленных паховых грыж является правильный выбор хирургической тактики. Основными задачами хирургического лечения являются: выбор оптимального доступа, устранение ущемления, оценка жизнеспособности ущемленного органа, определение способа пластики. Традиционный подход к лечению ущемленных паховых грыж сопровождается высоким процентом осложнений и послеоперационной летальности. В связи с этим важным остаётся вопрос о способах улучшения результатов лечения. Перспективным направлением в ургентной герниологии является определение показаний к применению сетчатых трансплантатов для пластики грыжевых ворот, а так же возможностей лапароскопии в диагностике и лечении ущемленных паховых грыж. В период с 2011 по 2016 гг. в



Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга было пролечено 136 пациента с ущемленными паховыми грыжами. В основную группу (I группа), были включены пациенты, находившиеся на лечении с 2015 по 2016 г. – 52 человека, из них: мужчин 45 (86,5%), женщин 7 (13,5%). Контрольную группу (II группа) составили пациенты, лечившиеся с 2011 по 2014 г. – 84 человека: из них мужчин 60 (71,4 %), женщин 24 (28,6%). При поступлении диагностические мероприятия пациентов II группы включали: физикальный осмотр, лабораторные показатели, по показаниям обзорная рентгенография брюшной полости. В дальнейшем при исключении явных осложнений паховой грыжи проводилось динамическое наблюдение. При лечении пациентов I группы использовалась индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, которая заключалась в последовательном использовании инструментальных методик для проведения дифференциального диагностического поиска 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 23,8% (20) больных поступивших более 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 (как правило, по способу Бассини, Постемпскому или Жирару-Спасокукоцкому), 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 ущемлен-

ный 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%) случаях отмечены местные осложнения: серома (8,3%), инфильтрат (7,1%), нагноение (6,0%) послеоперационной раны, фуникулит (4,8%) и водянка яичка (3,6%). Причем 24 из них были оперированы в сроки более 8 часов от ущемления; а в 25,0% (21) были диагностированы осложнения общего характера: пневмония (4,8%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (2,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (2,4%), мезентериальный тромбоз (2,4%), перитонит (1,2%), желудочно-кишечное кровотечение (1,2%) и др. Среди пациентов основной группы осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось в 7,7% (4) случаях, из которых в 3 (5,7%) случаях отмечены осложнения местного характера. При этом была установлена корреляция между сроком ущемления, видом оперативного вмешательства и уровнем летальности. Так, при оперативном лечении пациентов через 12 и более часов с момента ущемления летальный исход был констатирован в 7 (8,3%) случаях во II группе. В I группе летальных исходов не было. Заключение и выводы. Предложенный дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм, с применением диагностической лапароскопии и лапароскопической герниопластики, позволяет своевременно поставить правильный диагноз у пациентов с ущемленными паховыми грыжами, а так же снизить частоту общих послеоперационных осложнений с 25,0% (21) до 1,9% (1).



488. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗОНДА ЭББОТА-МИЛЛЕРА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Земляной В.П.(1), Сигуа Б.В.(1), Петров С.В.(1,3),
Мавиди И.П.(2), Вовк А.В.(3), Курков А.А.(1)*

Санкт-Петербург

- 1) Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;
- 2) Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; 3) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница».

В отечественной медицинской литературе при лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью и перитонитом рекомендуется назоинтестинальная интубация (НИИ). Однако в зарубежной литературе к данному способу лечения в последнее время сформировалось негативное отношение. Тем не менее, у каждой дискутирующей стороны есть свои аргументы «за» и «против». В настоящий момент НИИ активно используется только в странах СНГ, где методика используется в качестве «золотого» стандарта оказания помощи пациентам с острой кишечной непроходимостью (ОКН) и перитонитом. При этом, показаниями для выполнения НИИ являются: перерастяжение петель тонкой кишки выше уровня механического препятствия более 5,0 см в диаметре на фоне пареза кишечника; резекция кишки или ушивание дефекта в ее стенке в условиях пареза или разлитого перитонита; распространенный спаечный процесс брюшной полости, повторные оперативные вмешательства по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Аргументом «за» НИИ является то, что декомпрессия кишки обеспечивает снижение внутрибрюшного и внутрикишечного давления, устранение абдоминального компартмент-синдрома, возможность ушивания раны передней брюшной стенки без натяжения, повышение трансабдоминального перфузионного давления, в результате чего улучшается кровоснабжение органов брюшной полости и кишечника. При проведении эффективной декомпрессии кишечника происходит и механическая эвакуация из просвета кишки токсического содержимого, благодаря чему уменьшается вклад кишечного фактора в формирование эндогенной интоксикации и предотвращается повреждающее действие на слизистую. Противопоказаниями к НИИ являются критическое состояние больного с условием выбора этапного лечения, варикозное расширение вен и стриктура пищевода, а также

выраженная инфильтрация стенки кишки, когда объем нанесенной травмы кишке при проведении зонда превышает ожидаемый эффект. Вопрос о сроках длительности интубации тонкой кишки остается дискуссионным. Прежде всего, длительность интубации зависит от причин, потребовавших ее выполнение. В случае если НИИ выполнено с целью декомпрессии, то авторы сходятся во мнении, что удалять зонд следует сразу после появления перистальтики, т.е. примерно от 2–3 до 4–7 суток. Если же показанием явилась ОСКН, а также неоднократные операции по поводу ОСКН НИИ в данном случае является патогенетически обоснованным, поскольку зонд выполняет «каркасную» функцию и устанавливается с профилактической целью. В этом случае зонд в тонкой кишке может быть установлен до 14 дней. Есть и более радикальные точки зрения призывающие осуществлять продленную интубацию до 2 месяцев. Остается открытым вопрос – почему в западных странах практически полностью отказались от применения НИИ, а мы продолжаем рутинно использовать довольно травматичную методику? Справедливости ради необходимо отметить, что в последние годы и у нас появляются единичные публикации об отсутствии преимуществ НИИ и других методик декомпрессии кишки перед назогастральной интубацией, однако широкой поддержкой данная концепция не пользуются. Большинство зарубежных хирургов аргументируют отрицательное отношение к интубации тонкой кишки ее травматичностью, частыми послеоперационными осложнениями, плохой переносимостью больными длительного пребывания зонда в носоглотке. Имеются работы, морфологически доказывающие неминуемость возникновения структурных нарушений во всех слоях стенки кишки при проведении и длительном пребывании зонда. Существует и опасность нарушения целостности стенок кишечника и, как следствие, инфицирования брюшной полости. Кроме того при длительном пребывании зонда происходит инфицирование пищевода и желудка кишечной микрофлорой, которое усугубляется антисекреторной терапией. Дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы, развитие которых характерно при НИИ, способствует развитию эрозивно-язвенного гастродуоденита и эзофагита. Помимо этого переполнение желудка кишечным содержимым, особенно при смещении отверстий зонда, существенно увеличивает риск развития инфицирования трахеобронхиального дерева и приводит к увеличению легочных осложнений. Именно поэтому необходимо дополнительно устанавливать назогастральный зонд, что наряду с зондом Эббота-Миллера в носоглотке усугубляет дискомфорт пациента и еще больше затрудняют носовое дыхание. Длительное



стояние зонда у пациентов с ишемической болезнью сердца может ухудшать кровоснабжение миокарда и способствовать прогрессированию хронической сердечной недостаточности. Местными осложнениями НИИ могут быть: обострения хронических ринитов, гайморитов, синуситов, носовые кровотечения, парез голосовых связок. Безусловно, НИИ является не самым безопасным методом лечения пациентов с ОКН и перитонитом и по данным разных авторов, частота осложнений может достигать 38,0%. Очевидно, что имеющиеся осложнения и недостатки НИИ вызывают целый спектр сомнений у многих хирургов в необходимости столь широкого использования данной методики у больных с ОКН и перитонитом. Это подтверждается данными зарубежных авторов, которые на основании собственных исследований сделали вывод об отсутствии преимуществ НИИ перед другими способами декомпрессии и как следствие не рекомендуют ее применение. В 2007 году в рекомендациях EAST (Eastern Association for the Surgery of Trauma) по лечению острой тонкокишечной непроходимости указано, что при использовании желудочных и длинных кишечных зондов нет значимой разницы в достижении декомпрессии, успешности консервативного лечения и частоте осложнений. Желудочный зонд, проведенный в ДПК и начальный отдел тонкой кишки способен дренировать всю кишку, уменьшить избыточное внутрикишечное давление и застой до восстановления перистальтики и это обосновывается законами физики. Ведь раздутая кишка представляет собой полость с газами и жидкостью, и если вставить в неё трубку малого диаметра с давлением на выходе меньшим, чем в полости, то содержимое потечёт в сторону выхода из этой трубки и таким образом дренирует всю полость. Болонский консенсус по лечению ОСКН указывает, что нет преимуществ декомпрессии с помощью длинных кишечных зондов перед обычной декомпрессией с помощью назогастрального зонда. А проведенное проспективное исследование, в котором сравнивали результаты зондовой декомпрессии и длинного кишечного зонда, не смогло продемонстрировать преимуществ одного метода перед другим у больных спаечной ОКН. Вследствие этого возникает закономерный вопрос: зачем использовать технически трудоемкий, приносящий выраженный дискомфорт пациенту, а также вызывающий в перспективе тяжелые осложнения метод, если можно ограничиться простым и эффективным методом назогастральной интубации? Особенно в современных условиях, когда методы интенсивной терапии стали более эффективными и достигли существенных результатов в лечении больных с эндотоксикозами и нарушениями гомеостаза. Если в иностранной литературе на данный вопрос

имеется предельно ясный и односложный ответ, что строгих показаний к выполнению НИИ нет, и эта методика должна быть оставлена в прошлом, то современные отечественные авторы только пытаются рассматривать НИИ с критической точки зрения, переосмысливая старые догмы о необходимости интубации тонкой кишки зондом Эббота-Миллера. Несмотря на столь серьезные различия между отечественными и зарубежными авторами, мы полагаем, что полный и категоричный отказ от этой методики является преждевременным, во всяком случае, в наших условиях. В то же время, мы также не приемлем слепого и рутинного использования данной методики, которая в отечественных условиях используется неоправданно часто.

489. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

*Елисеев А.А.(1), Мазуренко Е.А(2), Овакимян
В.А.(2), Ларин И.В.(2), Борисов В.А(2)*

Саратов

1. ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №1 им. Ю.Я. Гордеева» 2. ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России.

Актуальность. За последнее десятилетие заболеваемость раком шейки матки (РШМ) неуклонно растет и нередко осложняется кровотечением. Эмболизация маточных артерий один из современных методов остановки кровотечения, который изучен не достаточно.

Цель работы. Провести ретроспективный анализ результатов неселективной и комбинированной рентгенэндоваскулярной окклюзии (РЭО) внутренней подвздошной артерии (ВПА) и ее ветвей, при РШМ с целью остановки кровотечения. Материалы и методы В рамках исследования изучены результаты РЭО у 21 пациентки с диагнозом – “РШМ IIБ-IVстадии”, осложненным массивным маточным кровотечением. В I группу вошли 10 пациенток, которым выполнялась ангиография артерий малого таза, а затем неселективная эмболизация ВПА спиралями IMWCE. Во II группу вошли 11 пациенток, которым выполнялась двухсторонняя эмболизация артерий, питающих опухоль микросферами “Embosphere” 500-700нм, а затем основного ствола ВПА спиралями IMWCE. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и стадии процесса. Результаты исследования и обсуждение В I груп-



пе у 2 (20%) пациенток в течение 24 часов отмечался рецидив кровотечения. На ангиографии - возобновление кровотока в бассейне ВПА через анастомозы: поясничные, подвздошные. Для остановки кровотечения потребовалось пройти ранее установленную спираль, эмболизировать переток ВПА с дополнительной селективной эмболизацией сосудов, непосредственно питающих опухоль. У 1 (10%) пациентки причиной кровотечения стала миграция спирали из ВПА в париетальную ветвь, что привело к возобновлению кровотечения из висцеральной ветви, с которым удалось справиться дополнительной установкой спирали в ВПА. Во II группе гемостатический эффект на столе был достигнут в 7 случаях. В 4 случаях отмечалось незначительное кровотечение, которое удалось остановить с помощью медикаментозной гемостатической терапии. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей. Заключение: Во 4 пациенток во II группе кровотечение после комбинированной эмболизации ВПА и ее ветвей было умеренного характера, что не потребовало повторного вмешательства. Прогностически данный метод оказался более эффективным, т.к. включались не только артерии, непосредственно питающие опухоль, но и зоны перетоков, что создавало предпосылки для редукции коллатерального кровотока.

490. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА НА ФОНЕ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

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

Санкт-Петербург
ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», НИИ хирургии и неотложной медицины

Актуальность: 10% взрослого населения страдает желчекаменной болезнью. Холедохолитиаз возникает у 10-15% пациентов с желчекаменной болезнью. Не смотря на наличие «золотых стандартов» в тактике лечения калькулёзного холецистита и холедохолитиаза как изолированных заболеваний, не существует алгоритмов по ведению пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом, сопровождающегося механической желтухой, холангитом и билиарным сепсисом. Современные стандарты лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом должны формироваться при уча-

стии врачей различных специальностей, включая хирургов, эндоскопистов, анестезиологов-реаниматологов, врачей функциональной и рентгенологической диагностики. Современные тенденции хирургии диктуют необходимость внедрения методик, направленных на минимизацию «операционного стресса» и, соответственно, улучшение качества жизни пациента в послеоперационном периоде.

Цель: Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой, острым холангитом и билиарным сепсисом на фоне холецистохоледохолитиаза.

Материалы и методы: С 2014 по 2016 год в клинике НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова было пролечено 87 пациентов с холецистохоледохолитиазом. В каждой группе пациентов были оценены следующие параметры: частота послеоперационных осложнений, общее время оперативного вмешательства, тотальность литоэкстракции, частота и причина интраоперационных конверсий, длительность анестезиологического пособия, летальность, длительность койко-дня, экономические затраты. Результаты: 27 пациентов - острый холецистит (31,0%), хронический - 60 (69,0%). 49 пациентов (56,3%) имело механическую желтуху, 30 (34,5%) - холангит, 8 пациентов (9,1%) - билиарный сепсис. Всем пациентам с механической желтухой и холангитом на фоне холецистохоледохолитиаза, независимо от того, воспален желчный пузырь или нет, выполнялись одномоментные комбинированные оперативные вмешательства: 32 (36,8%) больным - одномоментная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ), 44 (50,6%) - одномоментная ЛХЭ и эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ). 3 (3,6%) пациентам, ввиду наличия противопоказаний, выполнялась открытая холецистэктомия (ОХЭ) с холедохолитотомией (ХЛТ) у 3 пациентов (3,6%) была выполнена интраоперационная конверсия, ввиду выраженных инфильтративных изменений в гепатобилиарной зоне и невозможности выполнения эндоскопической литоэкстракции. Пациентам (n=5) с билиарным сепсисом при невоспаленном желчном пузыре первоначально выполнялись малоинвазивные вмешательства (ЧЧХС, ЭПСТ), с целью купирования билиарной гипертензии, а затем, после стабилизации состояния - ЛХЭ; в случае билиарного сепсиса на фоне острого холецистита (n=3) выполнялась одномоментная ЛХЭ+ЛХЛТ.

Выводы: 1. При механической желтухе и холангите на фоне холецистохоледохолитиаза, независимо воспален желчный пузырь или нет, показано выполнение одномоментного комбинированного оперативного лечения. 2. Преимущество среди



одномоментных вмешательств, вне зависимости от того, воспален желчный пузырь или нет, следует отдавать одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ, ввиду меньшей послеоперационной летальности (6,3% против 9,1%), меньшей частоты послеоперационных осложнений (6,3% против 13,6%), меньшего времени оперативного вмешательства (105,0 мин против 137,5 мин) и, соответственно, анестезиологического пособия (145,7 мин против 223,4), а также более высокой экономической эффективности (72,8 тыс руб против 86,8 тыс руб). 3. В случае билиарного сепсиса, при отсутствии воспаления желчного пузыря, показано выполнение малоинвазивных вмешательств (ЭПСТ, ЧХС), направленных на декомпрессию желчных протоков, а после стабилизации состояния больного - ЛХЭ. При билиарном сепсисе протекающем на фоне острого холецистита операцией выбора является ЛХЭ+ЛХЛТ.

491. ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Шамирзаев Б.Н., Ачилов Ш.Д., Расулов У.А.

Ташкент

Центральный военный клинический госпиталь
Министерства обороны Республики Узбекистан

Перитонит был и остается хирургической, общеклинической, общепатологической проблемой, актуальность которой не снижается, несмотря на несомненные успехи современной медицины. В решении различных аспектов проблем перитонита имеется значительный прогресс, однако послеоперационная летальность при нем все еще остается довольно высокой. Целью нашей работы, являлся поиск оптимальных методов лечения больных с различными формами перитонита, используя передовые технологии. Материал, проанализированный нами в работе, охватывает 215 больных с распространенным перитонитом и 65 больных с послеоперационным или ограниченным перитонитом. Лапаростомия с этапной санацией выполнена у 154 (71,62%) больных с распространенным гнойным перитонитом, у 118 (76,62%) из 154 использована трансназальная интубация кишечника, у 51 (33,11%) вынуждены были дренировать кишечник через один из вариантов энтеро- или колостомы и у 30 (19,48%) больных по той или иной причине декомпрессия кишечника не выполнялась. Во время операции во всех случаях наблюдалась паралитическая кишечная непроходимость, которая характеризовалась сочетанием нарушений моторной, эвакуаторной, резорбтивной, переваривающей и секреторной

функцией кишечника. С внедрением в практику госпиталя эндоскопических методов лечения (видеолапароскопии, «открытой» лапароскопии через минилапаротомный доступ), подход к лечению больных несколько изменился. У 10 пациентов при «открытой» лапароскопии, в подвздошной области разрезом до 5 см, в брюшную полость была установлена хирургическая перчатка с подвязанной к ней полехлорвинильной трубкой диаметром до 1,5 см, для проведения в послеоперационном периоде механического массажа органов брюшной полости с профилактикой спаечного процесса, увеличением внутрибрюшного давления для вытеснения скапливающего экссудата. Санация и дренирование брюшной полости лапароскопическим методом выполнена у 34 больных с послеоперационным перитонитом и у 38 больных с пельвиоперитонитом, острым панкреатитом, панкреонекрозом, желчным перитонитом во время диагностической лапароскопии. У 9 больных выполнена традиционная аппендэктомия с деструктивными формами аппендицита после лапароскопической санации и дренирования брюшной полости. Общая летальность составила 9,6%. Таким образом, применение лапаростомии с трансназальной интубацией кишечника у больных с распространенным перитонитом снижает летальность, а лапароскопическая диагностика и лечение перитонитов уменьшился процент диагностических лапаротомий и послеоперационных релапаротомий, что приводит к улучшению качества жизни больных, сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре, уменьшает процент послеоперационных осложнений.

492. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПОД УЗИ-КОНТРОЛЕМ

*Крочек И.В., Сергейко С.В., Привалов В.А.,
Анчугова А.Е.*

Челябинск

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Южно-Уральский государственный
медицинский университет»

Проведен анализ результатов лечения 291 пациентов с эпителиальным копчиковым ходом, поступивших в клинику для плановых операций в период с 2007 по 2015 гг., которые были разделены на две группы. В первую группу определены 152 пациента, для лечения которых применялся разработанный нами метод лазерной облитера-



ции, во вторую – 139 человек после традиционных операций. Мужчин было 215 (73,9%), женщин – 76 (26,1%). В основной группе пациентов практически отсутствовал болевой синдром, в то время как в группе сравнения он составлял $3,2 \pm 1,0$ балла по международной визуально-аналоговой шкале боли. Длительность стационарного лечения (дневной стационар) в основной группе составила $1,9 \pm 0,3$ дня, в группе сравнения – $13,4 \pm 2,1$ дня. Пациенты первой группы сохраняли активность: могли свободно ходить, присаживаться, лежать на спине, чего нельзя было сказать о пациентах второй группы. Восстановление трудоспособности в основной группе наступало через $4,6 \pm 1,7$ дня, а в группе сравнения – через $17,9 \pm 2,1$. Удовлетворенность пациентов в первой группе была 93,5%, во второй 89,4%. После традиционных операций рецидив заболевания отмечен у 6 пациентов (2,1%), а после лазерного лечения – у 8 больных (2,7%). В анамнезе у этих пациентов отмечен длительный анамнез заболевания и частые рецидивы. В последующем все они были оперированы. Таким образом, удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты лечения, незначительный болевой синдром и хороший косметический эффект позволяют рекомендовать метод лазерного лечения у пациентов с данной патологией.

493. ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

Кубачев К.Г., Павлов А.В.

Санкт - Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Проанализированы результаты лечения 28 пациентов с осложненными формами болезни Крона, которым выполнено 33 операции. Среди оперированных больных было 10 мужчин, 18 женщин. Из них 15 пациентов были со стриктурирующей формой болезни и 13 больных - с пенетрирующей формой заболевания. Все пациенты наблюдались гастроэнтерологом и получали соответствующее лечение. В группе больных со стриктурирующей формой заболевания были поражены дистальный отдел подвздошной кишки (6), подвздошная и восходящая ободочная кишки, (3), подвздошная и сигмовидной кишки (5), подвздошная кишка и желудок (1). При пенетрирующей форме заболевания поражение подвздошной кишки выявлено у 8, подвздошной и правой половины ободочной кишки – у 5. В этой группе больных межкишечные абсцессы диагностированы у 5, внутренние свищи

– у 8 пациентов. Все больные были оперированы. 5 больным на первом этапе выполнено вскрытие гнойника и илеостомия по Торнболу. Резекция подвздошной кишки выполнена 15 больным, резекция подвздошной кишки и правосторонняя гемиколэктомия – 8 больным и резекция подвздошной кишки и сигмовидной кишки – 5 пациентам. Летальных исходов не было. В группе больных со стриктурирующей формой болезни результаты, оцененные как хорошие были у 19, клинические признаки обострения заболевания на фоне проводимой поддерживающей терапии отмечены у 6 пациентов (5 мужчин и 1 женщина), но явления рецидива были купированы расширением терапии, либо увеличением доз получаемых препаратов, в повторных операциях никто не нуждался. В группе с пенетрирующей формой болезни результаты расцененные, как хорошие были у 5, удовлетворительные у 5, неудовлетворительные у 3 больных. Повторным оперативным вмешательствам подверглись 3 пациентов. Стоит отметить, что все больные, которым пришлось выполнить повторные операции, страдали пенетрирующей формой болезни Крона. Пациенты, страдающие стриктурирующей формой болезни Крона, повторным операциям не подвергались. Фактор неадекватной поддерживающей терапии полностью исключен, так как всем оперированным пациентам была подобрана послеоперационная поддерживающая терапия, контролировались клиничко-биохимические параметры и все находились под наблюдением гастроэнтеролога. Вывод: непосредственные результаты хирургического лечения болезни Крона зависят формы осложнений болезни. Прогностически неблагоприятной можно считать пенетрирующую форму болезни Крона.

494. ВЫБОР СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ -ВЕЙССА.

Кубачев К.Г., Данилин О.С., Творогов Д. А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Представлены результаты лечения 549 пациентов с кровотечением при синдроме Маллори - Вейсса. Для остановки кровотечения использовались только эндоскопические методики гемостаза. Определены показания к различным видам эндоскопического гемостаза и их эффективность в зависимости от макроморфологических характеристик источника кровотечения. Все больные с признаками желудочно-кишечных кровотечений госпи-



тализируются в блок критических состояний, где выполнялось эндоскопическое исследование. При первичной эндоскопии выявить источник кровотечения удалось у 93% больных. Причинами неудач являлось обильное количество крови или пищевых масс в желудке. Им проводилась повторная эндоскопия после отмывания содержимого желудка и внутривенного введения прокинетики (эритромицин в дозе 3 мг\кг веса пациента) При неадекватном поведении больных исследование проводили под эндотрахеальным наркозом. У 98% больных причиной разрыва желудочно-пищеводного перехода явилась упорная рвота после длительного приема алкоголя. Продолжающееся кровотечение было выявлено у 389 (70,9%) больных, при этом струйное - у 132 и диффузное - у 257 больных. Отсутствие продолжающегося кровотечения констатировано у 160 (29,1%) больных. В случае остановившегося кровотечения выполняли профилактическую обработку зоны разрыва аргоноплазменной или монополярной коагуляцией. Протяженность повреждений варьировал от 5 до 50 мм, ширина – от 2 до 10 мм, глубина разрывов – от 2 до 7 мм. Для оценки степени глубины разрывов пользовались классификацией Н. Bellmann, основанной на оценке глубины разрывов: I степень была выявлена у 215 (39,2%) больных, II степень – у 323 (58,8%) больных, III степень – у 11 (2%) больных. Для эндоскопического гемостаза применяли инъекционный метод в сочетании с монополярной, аргоноплазменной коагуляцией, клипированием сосуда или лигированием разрыва (при размере дефекта менее 1 см). При струйном кровотечении из крупного сосуда предпочтение отдавали механическим способам гемостаза, при диффузном – термическим. Монополярную коагуляцию применяли только при первой степени глубины разрыва (из-за угрозы перфорации). Эндоскопический гемостаз посредством инъекционного метода (0,005% раствор адреналина + физраствор 40 мл) и монополярной коагуляции осуществлен у 101 пациента, инъекционного гемостаза и аргоноплазменной коагуляции - 293, инъекционного гемостаза и клипирования сосуда – 113, и лигирования дефекта латексным кольцом – у 42 больных. Рецидив кровотечения был выявлен у 19 (3,5 %) больных (после инъекционного и термического способов гемостаза). Всем им выполнен повторный успешный эндоскопический гемостаз. Умерло 2 больных с алкогольным циррозом печени и печеночной недостаточностью. Таким образом, активное и широкое внедрение эндоскопических технологий способствует снижению оперативной активности и общей летальности. Применение комбинированных эндоскопических методик позволяет добиться устойчивого гемостаза у всех больных с синдромом Маллори - Вейсса.

495. ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПОСЛЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ

Кубачев К.Г., Фокин А.М.

Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Желчеистечение в брюшную полость чаще всего связано с несостоятельностью клипсы на культе пузырного протока или с подтеканием желчи из печеночно-пузырных желчных протоков в ложе пузыря, которые обычно называют ходами Люшке. Мы наблюдали желчеистечение такой природы у 79 (0,5%) больных (n = 16873). 48 больных были оперированы по поводу острого холецистита, 31 – в плановом порядке по поводу ЖКБ. Объем отделяемой по дренажу желчи составил от 50 до 400 мл в сутки. У 21 больного на 2 - 3 сутки после операции диагностирована клиника разлитого желчного перитонита. У 37 больных отмечена тенденция к уменьшению отделения желчи по дренажу. В среднем через 72 часа отделение желчи у них по дренажу прекратилось. 23 пациентам с непрекращающимся желчеистечением на 2 – 3 сутки выполнена РХПГ, ПСТ. Стриктура БДС выявлена у 5, стриктура БДС и холедохолитиаз – у 11, холедохолитиаз – у 7 больных. Расширение внепеченочных протоков более 8 мм констатировано только у 9 больных. 42 больным, на 2 – 5 сутки, выполнена релапароскопия. Причинами желчеистечения были соскальзывание клипсы с культы пузырного протока у 23, прорезывание протока клипсой – у 8, дефект задней стенки пузырного протока – у 2, печеночно-пузырные желчные ходы – у 9 больных. У 21 больного с желчным перитонитом ее количество в брюшной полости составило от 400 до 2500 мл. Во всех случаях осуществлен повторный желчестаз, санация и дренирование брюшной полости эндовидеохирургическим доступом. Таким образом, одной из причин желчеистечения, наряду с техническими дефектами, является неустрашенная протоковая гипертензия. Дренирование подпеченочного пространства после лапароскопической холецистэктомии способствует профилактике развития разлитого желчного перитонита и ранней диагностике желчеистечения в брюшную полость. Наличие дренажа позволяет у ряда больных избежать релапаротомии при желчеистечении в брюшную полость. При продолжающемся желчеистечении, для уточнения источника желчеистечения и оценки состояния внепеченочных желчных протоков, показана ретроградная холангиопанкреатография.



496. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кубачев К.Г., Хацев К. А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург

Представлены результаты хирургического лечения 32 пострадавших с разрывом забрюшинной части двенадцатиперстной кишки (ДПК) в возрасте от 18 до 60 лет. С клиникой травматического и геморрагического шока госпитализировано 10, ретроперитонита - 22 пострадавших. Изолированная травма ДПК наблюдалась у 5, сочетанная – 27 пострадавших. Наиболее чувствительными методами диагностики явились МСКТ и фиброгастро-дуоденоскопия. У 22 больных был разрыв латеральной стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки, у 7 - нижней горизонтальной части, и у 3 - 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 поджелудочной железы. Отсутствие фасциальных барьеров способствует быстрому распространению воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке, а так же и стенке кишки в области разрыва, что при отсутствии брюшинного покрова кишки, создает технические трудности при ушивании разрыва и повышает риск развития несостоятельности швов. С учетом этого, при лечении разрывов стенки кишки, при наличии воспаления ее стенки и ретроперитонита, мы отказались от устранения разрыва путем ушивания раны. Оперативное вмешательство выполнялось по следующей методике: после мобилизации кишки по Кохеру иссекали переднюю и заднюю стенку кишки по периметру разрыва, оставляя полосу 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. По подобной методике оперировано 29 больных. Микронесостоятельность швов наблюдали у 2 пациентов. Умерли 4 (13,8%) пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, разлитым гнойным ретроперитонитом, осложнившимся тяжелым сепси-

сом. При локализации повреждения кишки под брыжеечными сосудами, мы после минимальной мобилизации, кишку прошивали аппаратом УО, не выводя ее из-под сосудов, и формировали дуоденоюноанастомоз в нисходящей части кишки с выключенной по Ру петлей тощей кишки. Все 3 больных поправились. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась ан-тисекреторная, антиферментная, антибактериальная, противовоспалительная и иммуно-тропная терапия.

497. ТРАВМА МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Кубачев К.Г., Фокин А.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Мы наблюдали 113 больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии, госпитализированных из различных клиник города и регионов России. У 5 больных имелось боковое неполное сдавление протока клипсой в области слияния пузырного протока и гепатикохоледоха, у 7 – полное поперечное наложение клипсы на гепатикохоледох без пересечения протока, у 2 – боковой дефект холедоха, у 99 – полное поперечное пересечение протока, в том числе с и иссечением части протока (у 34 больных). Клипирование проксимальной культы протока выявлено у 32 больных, дистальной культы протока – у 35 и клипированием дистальной и проксимальной культы – у 32 больных. Интраоперационно повреждения протоков были обнаружены только у 29 (25,7%) больных. Основным маркером явилось появление желчи в области операционного поля. У 84 больных повреждения желчных протоков диагностированы через 1 – 8 суток после операции. Хотя у части больных отмечалось обильное желчеистечение из дренажа, повышение уровня билирубина, указывающие на неблагополучие, инструментальные исследования нередко выполнялись с большим опозданием. После интраоперационной диагностики повреждений выполнены следующие вмешательства: пластика дефекта холедоха расщепленным лоскутом из пузырного протока – у 2, циркулярный шов желчного протока с дренированием по Керу – у 1, гепатикоюноанастомоз с выключенной по Ру петлей тощей кишки и дренированием по Фелькеру – 26 больных. 84 больным, у которых повреждения протоков были диагностированы в послеопераци-



онном периоде, выполнены следующие вмешательства: релапароскопия снятие клипсы с протока, эвакуация подпеченочной биломы, РХПГ, ПСТ, стентирование желчного протока саморасправляющимся стентом – у 6, релапароскопия снятие клипсы с протока, РХПГ, ПСТ, стентирование желчного протока саморасправляющимся стентом – у 3, лапаротомия, санация брюшной полости, формирование полного наружного желчного свища – у 4 (при желчном перитоните), чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков – у 10 (при высоких повреждениях с наличием внутрипротоковых инфекционных осложнений), гепатикоеноаноанастомоз с выключенной по Ру петель и дренированием гепатикохоледоха по Фелькеру – у 50, бигепатикоеноаноанастомоз с выключенной по Ру петель и отдельным дренированием обоих внутривенечных протоков типа Фелькера - у 1. Реконструктивные операции у больных с полным наружным желчным свищом выполнены через 3 месяца. Умерло после операций 3 (2,7%) больных.

498. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БУЭРХАВЕ

Кубачев К.Г., Бабаев Ш.М.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова».

За 2000 - 2016 гг. в клинику доставлено 35 больных в возрасте от 21 до 76 лет с синдромом Буэрхаве. У всех больных с синдромом Буэрхаве имелась четкая симптоматика в виде триады Меклера (рвота, сразу же острая интенсивная боль за грудиной, иногда отдающая в спину, подкожная эмфизема на шее). Сроки появления подкожной эмфиземы на шее варьировали от 2 до 13 часов с момента разрыва. При обзорной рентгенографии грудной клетки газ в мягких тканях средостения и шеи, расширение его тени, выявлены у всех больных. Гидропневмоторакс слева определялась у 30, справа – у 3 и в обеих сторон – у 2 больных. При рентгеновском исследовании пищевода в горизонтальном положении с водорастворимым контрастом, выход контраста за пределы органа выявлен у всех пациентов. У 19 больных контраст поступал в левую плевральную полость. Клиника медиастинита и септического шока, с неустойчивой гемодинамикой на момент госпитализации, обнаружена у 2 пациентов. Высокая коморбидность, вследствие наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, (более 30 баллов по шкале Kaplan–Feinstein) констатирована у 8 больных. Объем оперативного

вмешательства зависел срока давности травмы пищевода, распространенности и характера медиастинита. Доступ к пищеводу осуществляли со стороны компрометированной плевральной полости. У 2 больных бы выявлен гнойно-гнилостный медиастинит, у остальных он был гнойным и ограниченным. Ушивание раны пищевода с укрытием линии шва тахокомбом, после проведения плоского зонда для питания в желудок, дренирование средостения выполнено 26 больным, эндоскопическая гастростомия на операционном столе, резекция грудного отдела пищевода с шейной эзофагостомией – 2 больным. Первичное стентирование пищевода покрытым стентом, вследствие высокой коморбидности больных, выполнено 7 пациентам. После ушивания ран пищевода несостоятельность швов развилась у 3 пациентов. Одному из них выполнена реторакотомия, эндоскопическая гастростомия, резекция грудного отдела пищевода с формированием шейной эзофагостомы, еще двум осуществлено стентирование пищевода стентами фирмы «Эндофлекс». Умерло 6 (17,1%) пациентов, в том числе 4 после ушивания разрыва пищевода и 1 – после резекции пищевода, 1 – после первичного стентирования пищевода.

499. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ.

*Кубачев К.Г., Качесов Э.Ю.,
Петропавловская О.А., Творогов Д.А.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Анализируются результаты лечения 1205 пациентов с кровотечением из гастродуоденальных язв (у 61% больных была язва двенадцатиперстной кишки и 39% – язва желудка), поступивших в клинику в экстренном порядке в период за 2010 – 2015 г.г. Пациенты в возрасте от 21 до 60 лет составили 79%; 68,3% больных были мужчины, 31,7% – женщины. 57,9% больных поступили в стационар после 24 часов от начала кровотечения, каждый третий – после 48 часов. В большинстве случаев у пациентов наблюдалась кровопотеря средней и тяжелой степени. Средняя и тяжелая степени кровопотери преобладали у мужчин, легкая степень кровопотери была выявлена только у 20,5% больных. Количество мужчин, поступивших в стационар в состоянии геморрагического шока (вследствие аррозии крупного артериального ствола и массивной кро-



500. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Кубачев К.Г., Творогов Д.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

вопоти за короткий промежуток времени), была в 3,5 раза больше, чем женщин. В целом источник кровотечения при эндоскопии был визуализирован у 1178 (97,8%) пациентов. У 28 пациентов из-за выраженного пилородуоденального стеноза (11) и особенностей локализации язвы, обнаружить источник кровотечения при эндоскопическом исследовании не удалось. Алгоритм действий при невозможности установления источника кровотечения следующий: 1) если эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения нет, то больной переводится в реанимационное отделение и исследование повторяется через 6 – 12 часов (при отсутствии рецидива кровотечения в течение этого времени); 2) при признаках продолжающегося кровотечения (Форрест Ib) повторное исследование производится после фрагментации сгустка и отмывания содержимого желудка толстым зондом до «чистой» воды либо после введения эритромицина в качестве прокинетика (3 мг/кг веса тела); 3) при профузном артериальном кровотечении (аррозия крупных артериальных стволов), на фоне проводимых противошоковых мероприятий, выполняется рентгенэндоваскулярное или оперативное вмешательство. У 34,8% язва была диаметром менее 1 см. Гигантские язвы двенадцатиперстной кишки (более 2 см) и желудка (более 3 см) выявлены у 7,1% и 13,3% соответственно. Множественные язвы (2 и более) желудка наблюдались в 3,2% случаев. Сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдали (второй тип язвы по Джонсону) у 2,3% больных. Зеркальные язвы луковицы выявлены у 6,5% больных. 97,8% больным выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз вне зависимости от темпа кровотечения по Форресту. Инъекционная терапия (ИТ) и монополярная коагуляция выполнена 21,4% больных, ИТ и аргоноплазменная коагуляция – 30,7%, ИТ и клипирование сосуда 21,3%, лигирование язв – 8,8%, только консервативное лечение – 13,6%. Рецидивы кровотечения после ИТ и МК наблюдались у 8,8%, ИТ и АПК – 5,6%, ИТ и КС – 4,7% больных и после консервативного лечения – 32,5% больных. Рецидива кровотечения после лигирования язвы не было. Всего рецидивы кровотечения выявлены у 100 пациентов. Из них успешный эндоваскулярный гемостаз выполнен 76 больным, 24 (2%) пациента были оперированы. Общая летальность составила 3,1%, послеоперационная – 12,5% (3 больных) Таким образом, использование эндоскопических и эндоваскулярных способов гемостаза, рассматриваемых нами как альтернативу традиционному оперативному лечению, способствовало снижению летальности и улучшению результатов лечения данной категории больных.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является наиболее тяжелым осложнением портальной гипертензии. Риск возникновения кровотечения в первые 2 года после постановки диагноза составляет 30%, а летальность при первом кровотечении – около 50%. Более тяжелым выглядит прогноз для пациентов, перенесших кровотечение в прошлом. Частота развития рецидивов геморрагии составляет 50 – 90%. Такой высокий риск и низкая выживаемость требует совершенствования лечебного процесса, поскольку применение активной хирургической тактики сопровождается высокой летальностью, достигающей 80% – 90%. За 2012 – 2014 гг. в клинику было госпитализировано 179 больных с продолжающимся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Женщин было – 61, мужчин 118, средний возраст составил 48 лет. Цирроз печени в стадии Чайлд – Пью А выявлен у 27, Чайлд – Пью В – у 103 и Чайлд – Пью С – у 49 больных. Все пациенты поступали с признаками печеночной недостаточности. Согласно классификации Э.И. Гальперина класс А диагностирован у 36, класс В – 114 и класс С – у 29 больных. Эндоскопический гемостаз выполнен во всех случаях. 167 больным выполнено лигирование варикозно расширенных вен пищевода на высоте кровотечения, 12 - склерозирование варикозных вен кардиального отдела желудка с применением гистакрила и липиодола. При лигировании латексные кольца накладывали на все визуализируемые вариксы. Количество колец составило от 4 до 10. Успешный гемостаз оценивался по прекращению поступления крови из источника, а так же по отсутствию рецидива кровотечения. Рецидив кровотечения до выписки из стационара после эндоскопического гемостаза возник у 28 (15,6%) пациентов. Всем было выполнено повторное лигирование варикозных вен, достигнут устойчивый гемостаз. Умерло 62 (34,6%) больных, причиной смерти у 4 больных явилась постгеморрагическая анемия, у 28 - прогрессирующая печеночная недостаточность. Таким образом, только применение эндоскопических методик гемостаза позволяет снизить летальность в этой тяжелой группе пациентов.



501. АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Акимжанова И.Ю. (1), Шептунов Ю.М. (2)

Липецк

- 1) ГУЗ Городская поликлиника № 9,
- 2) Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко

Цель исследования: Определить долю участия амбулаторно-поликлинического звена городской хирургической службы в диагностике и лечении варикозной болезни (ВБ).

Материалы и методы: Выводы настоящей работы основаны на анализе лечения ВБ у пациентов городской поликлиники за 8 месяцев 2016 года. В этот период за медицинской помощью к хирургу поликлиники обратилось 257 человек с симптомами ВБ. Из них 60 (23,4 %) согласились продолжить обследование для определений показаний к виду и объему хирургического лечения. Из 60 обследованных 21 пациент был направлен в отделение ангиохирургии на плановую флебэктомии, 12 больным была выполнена склеротерапия в поликлинике. Остальным 197 пациентам проводили консервативное лечение, включавшее назначение флеботоников, эластической компрессии нижних конечностей, ЛФК.

Результаты: Послеоперационное долечивание после флебэктомии проводили в условиях поликлиники в соответствии со средними сроками лечения и состоянием местного статуса. Трех пациентам (14,3%), из 21 оперированного, через 4-6 мес. после флебэктомии амбулаторно выполнили склеротерапию резидуальных вариксов; двум больным (9,5%) – склеротерапию на не оперированной конечности. Осложнений после склерозирования вен не было. Пациенты, получавшие консервативное лечение ВБ, отмечали в той или иной степени улучшение качества жизни: уменьшение отека, тяжести, трофических расстройств и других симптомов ВБ. Время, затраченное на первичный прием флебологического пациента, колебалось от 15 до 27 мин, повторный прием – от 12 до 18 мин, а на сеанс склеротерапии было сопоставимо с продолжительностью несложной амбулаторной операции. Обсуждение и выводы: Приведенные выше результаты сплошной выборки из амбулаторно-поликлинического приема и ближайшие клинические результаты позволяют положительно оценить взаимодействие хирургической службы амбулаторного звена и специализированного сосудистого отделения, позволяющее, в свою очередь, в полной мере осуществлять лечение ВБ в любой стадии ХВН. Время, необходимое на прием

флебологического пациента, значительно превышает и время для диагностики и лечения других нозологий, и существующие нормативы (9 человек в час), и равно временным затратам на плановую амбулаторную операцию. Несложно посчитать, что 257 больных ВБ – это ежедневно по 1-2 пациента на хирургическом приеме. Если возьмем среднюю кратность посещений, равную 3, то 3-4 флебологических больных (не считая остальных) ждут хирурга за дверью каждый день. Понятно, что временные нормативы на каждое заболевание не разработаешь, но провести хронометраж и выделить время на прием больных ВБ внутренним распоряжением по ЛПУ, думается, возможно. Другой резерв снижения нагрузки на амбулаторного хирурга – это те 197 пациентов, обратившихся за советом: «Что делать?». вполне квалифицированные назначения с последующим наблюдением и коррекцией лечения, до тех пор, пока больной психологически не «созреет» для малоинвазивного (если оно показано) или оперативного лечения, мог бы сделать врач общей практики. Таким образом, только четверть пациентов с симптомами ВБ мотивированы на хирургическое лечение и только каждый седьмой такое лечение получает. Трудозатраты на амбулаторное лечение больных флебологического профиля в 2-4 раза превышают существующие нормативы. Регулирование нагрузки на амбулаторного хирурга и включение в лечебно-диагностический процесс врача общей практики позволит улучшить результаты лечения пациентов с ВБ и другими хирургическими заболеваниями.

502. АНАЛИЗ ОШИБОК ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО СО СМЕШАННОЙ АЭРОБНО - АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНОЙ

Кононенко К.В., Григорьев Н.Н.

Курск

ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Хирургические инфекции (ХИ) смешанного аэробно - анаэробного генеза в современных условиях является не только клинической, но и общебиологической и социальной проблемой. Среди всех хирургических больных раневая инфекция встречается у 35 - 45%, а число послеоперационных гнойных инфекций может достигать 39%. Анализ структуры обращаемости пациентов к хирургу в разных странах в 2012 году показал, что в России в структуре первичной обращаемости



сти к хирургу основной причиной являются инфекции кожи и мягких тканей (ИКМТ). Это ~ 700000 пациентов в год (или 70% всей обращаемости) и около половины показаний для госпитализации. Подобная статистика отмечена и в развитых странах Европы и США. Особую тревогу вызывает рост некротизирующих инфекции мягких тканей (НИМТ), которые являются чрезвычайно опасными для жизни инфекционными поражениями мягких тканей I-IV уровней. Для этих инфекций характерны быстро прогрессирующий некроз кожи, подкожной клетчатки, фасций и прилегающих тканей, который сопровождается развитием тяжелой системной эндотоксемии, приводящей к сепсису. Летальность при данных заболеваниях колеблется от 0,5% до 76% у оперированных больных, а в случаях лечения без оперативного вмешательства летальность достигает 100%.

Цель работы: анализ лечения больных со смешанными аэробно - анаэробными флегмонами за 12 лет в отделении гнойной хирургии Курской областной клинической больницы (КОКБ) и допущенных тактических ошибок при лечении аэробно - анаэробных флегмон. При этом мы ни в коей мере не пытались как - то осудить наших коллег, а лишь преследовали цель акцентировать внимание на тех промахах и ошибках, которые были допущены при лечении больных с этой патологией. Представленные данные являются результатом совместной работы хирургов разных отделений, реаниматологов и сотрудников оперблока ОКБ.

Материалы и методы: За 12 лет в отделении гнойной хирургии КОКБ было пролечено 108 пациентов со смешанными аэробно - анаэробными флегмонами. Больных с анаэробной инфекцией было 50,9%. *S. perfringens* была выделена у 27,2% пациентов, *S. septicum* и *S. histolyticum* - в 5,5% процентах случаев и *peptostreptococcus* - у 61,8% больных. Аэробная инфекция выделена у 49,1% пациентов и была представлена в подавляющем большинстве β - гемолитическим стрептококком группы А. Лечение этих флегмон базируется на 3-х «золотых» правилах: 1 - первичное оперативное пособие должно быть выполнено сразу после появления подозрения на развитие анаэробной инфекции; 2 - повторные операции выполняются через 12-24 ч.; 3 - наложение аппаратов внешней фиксации для иммобилизации, удобства перевязок, визуального контроля за течением раневого процесса и сохранения кожного аллотрансплантата при циркулярном поражении конечности является обязательным. Приводим клинический пример тактических ошибок в лечении смешанных аэробно-анаэробных флегмон. Больной С. 35 лет госпитализирован в ЦРБ Курской области 20.05.2006 года в тяжелом состоянии с диагнозом: «Буллезно-некротическая форма рожистого вос-

паления правой голени. Некроз кожных покровов тыла правой стопы, кожи голени до уровня ее с/3 и до подколенной ямки по задней поверхности. Раневой сепсис». Из анамнеза выяснено, что пациент около 5 сут. назад получил укусы насекомых. При поступлении больного после кратковременной подготовки были выполнены некрэтомия, взятие нативного материала на микроскопию и бакисследование. Конечность уложена на шину Белера (1-ая серьезная ошибка в тактике лечения, что обусловило в дальнейшем прогрессирование гнойно - некротического процесса), и была начата комплексная терапия, включающая в себя антибактериальную (абактал, амикацин, метронидазол), интенсивную инфузионно - трансфузионную терапию (реоликити, гидроксипрохлорид и свежезамороженная плазма) и симптоматическое лечение. При исследовании посевов были выделены золотистый стафилококк, β -гемолитический стрептококк группы А, анаэробный стрептококк типа *Pepto-streptococcus* и кишечная палочка. Перевязки проводились 1 раз в сутки (2-ая серьезная ошибка в тактике лечения, что также способствовало прогрессированию гнойно - некротического процесса). Состояние больного не улучшалось. Гнилостно-некротический процесс распространялся по ходу сухожилий и сосудисто - нервных пучков с поражением кожи в паховой области справа из - за положения конечности на шине Белера. 24.05.2006 года больной был переведен для дальнейшего лечения в отделение гнойной хирургии КОКБ с диагнозом: «Буллезно-некротическая форма рожистого воспаления правой голени. Смешанная аэробно-анаэробная флегмона правых голени, бедра, паховой области справа. Операция в ЦРБ 20.05.2006 года - некрэтомия на правой голени. Тяжелый раневой сепсис». При поступлении после минимальной предоперационной подготовки больной взят в операционную. После ревизии ран были выполнены некрэтомия с удалением некротизированных участков кожи, фасций, мышц и разъединением всех межмышечных промежутков на правой голени, вскрытие и дренирование гнойных затеков на бедре, паховой области справа и в области передней верхней ости подвздошной кости справа. Комплексная консервативная терапия больному проводилась согласно рекомендациям различных авторов по лечению гнойно - септических очагов и сепсиса. Через каждые 16-18 ч. выполнялись перевязки и этапные некрэтомии в условиях операционной. После очищения ран и появления грануляций (через 10 сут.) были сопоставлены разъединенные жизнеспособные мышцы в паховой области, в/3 бедра и голени, проведены единые перфорированные дренажи по Н.Н. Каншину. На голень наложен аппарат О.Н. Гудушаури и закрытие раневых дефектов на голени



ни выполнялось с помощью аутодермопластики расщепленным и полнослойным (на тыле стопы) кожными лоскутами. Таким образом, несмотря на допущенные ошибки, нам удалось сохранить конечность пациенту 35 лет.

Выводы. 1. Особенности развития этой грозной патологии должны быть хорошо известны практикующим хирургам. 2. Соблюдение «золотых» правил лечения гнойно – некротических процессов позволит снизить количество неблагоприятных (порой и летальных) осложнений.

503. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Краснов Е.А.,
Полозов С.В.*

Сургут

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»,

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью, в условиях многопрофильного стационара.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 74 больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью, пролеченных в Сургутской окружной клинической больнице в период 2012-16 гг. Мужчин - 25 (33,8%), женщин 49 (66,2%). Средний возраст больных составил $60,5 \pm 1,6$ лет. Хирургическому вмешательству подвергнуты 68 (91,9%) пациентов, 6 (8,1%) пролечены консервативно. 15 (20,3%) больных оперированы в экстренном порядке в связи с отсутствием эффекта от проведения консервативной терапии. При эффективности консервативного лечения по восстановлению пассажа по пищеварительному тракту в отсроченном порядке в условиях хирургического отделения оперированы 19 (25,7%), в условиях онкологического отделения 34 (45,9%) пациента. В связи с отказом от дальнейшего лечения 6 (8,1%) больных не были оперированы. Диагноз острой кишечной непроходимости устанавливался по данным обзорной R - графии брюшной полости, после чего проводилась экстренная видеокколоноскопия, позволяющая не только визуализировать опухоль толстой кишки, но и оценить перспективу консер-

вативного разрешения непроходимости. Для этого проводилась туннелизация опухоли с проведением дренажа выше препятствия для отведения по нему фекалоидных масс. При невозможности этой манипуляции больные оперированы в экстренном порядке. Объем проведенного оперативного лечения: правосторонняя гемиколэктомия – у 14 (20,6%), обструктивная гемиколэктомия справа – у 1 (1,5%), левосторонняя гемиколэктомия – у 2 (2,9%), обструктивная гемиколэктомия слева – у 6 (8,0%), формирование проксимальной стомы – у 12 (16,0%), резекция поперечно-ободочной кишки – у 2 (2,9%), резекция сигмовидной кишки – у 4 (5,3%), обструктивная резекция сигмовидной кишки – у 14 (18,7%), передняя резекция прямой кишки – у 5 (7,3%), обструктивная передняя резекция прямой кишки – у 6 (8,8%), лапароскопическая гемиколэктомия справа – у 1 (1,5%), видео-ассистированная резекция сигмовидной кишки – у 1 (1,5%) больного. Оценка эффективности принятой в клинике тактики ведения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью проведена по критериям клинического течения раннего послеоперационного периода. Результаты и обсуждение: Во всех наблюдениях у больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью диагноз подтвержден рентгенологическим исследованием – обзорной рентгенографией брюшной полости. У 12 (16%) выполнена компьютерная томография, которая подтвердила диагноз кишечной непроходимости и позволила уточнить локализацию первичной опухоли и выявить метастазы. Консервативная терапия была успешна у 59 (79,7%) пациентов. Эндоскопическая декомпрессия позволила разрешить кишечную непроходимость - у 13 (17,6%) пациентов. Осложнения раннего послеоперационного периода: несостоятельность анастомоза у 2 (2,9%) пациентов. Средний койко-день $20,48 \pm 1,4$. Умерло 3 (4,0%) больных. Таким образом, сокращение периода обследования больного, проведение комплекса консервативных мероприятий, включающих стентирование толстой кишки, позволяет восстановить кишечную проходимость у 79,7% пациентов. Это обеспечивает возможность подготовки больных к оперативному вмешательству с минимальным риском развития осложнений.



504. ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СКРЫТЫХ СИМПТОМОВ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Яновой В.В., Ходус С.В., Пустовит К.В. (1),
Симоненко А.А.(2)*

Благовещенск

- 1) ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
- 2) ГАУЗ АО АОКБ

Вопреки существующему мнению рак толстой кишки сопровождается синдромом эндогенной интоксикации (СЭИ), причем не только его «высокая» локализация. Нами проведены исследования по определению степени выраженности СЭИ у пациентов с опухолями толстой кишки. Обследовано 86 пациентов, разделенных на 2 группы: 1 группа – 51 человек, возраст 63 года, опухоли толстой кишки различной локализации; 2 группа – 35 человек, возраст 57 лет, проходившие профилактическое обследование. Группа вторая для контроля средних величин состава крови, гематологических показателей интоксикации. Изучены симптомы эндогенной интоксикации (СЭИ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛКИИ), дыхательные расстройства путем анализа показателей кислородного статуса (paO_2 : paO_2/FiO_2 , paO_2), доставка O_2 тканям (SaO_2 , CO_2), тканевая локализация O_2 (ABP , VO_2 , KyO_2) использовали аппарат «Radiometer», AVL – 995Hb (Австрия). У большинства больных (52,9%) раком толстой кишки, при местном распространении процесса стадии 2 и выше не зависимо от локализации перед операцией регистрировались скрытые симптомы интоксикации. У всех больных имевших СЭИ наблюдались дыхательные расстройства, 2ст. ОДН по классификации Кассиль В.Л. (1997г.), сопровождающиеся повышенным потреблением кислорода тканями. Расчет интегрального показателя интоксикации на этапах обследования и лечения колоректального рака позволяет объективно оценить степень выраженности эндогенной интоксикации и ассоциированных с ними дыхательных расстройств. Получен патент «Способ выявления симптомов эндогенной интоксикации и ассоциированных с ними дыхательных расстройств» №2553359 18.05.2015 г.

505. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

*Щербин С.В. (1,2), Богданец Л.И.(2),
Липатова В.А.(1), Васильев И.М.(2),
Сутягин П.В.(1)*

Москва

- 1)кафедра морфологии МБФ РНИМУ им.Н.И.Пирогова,2)кафедра факультетской хирургии №1 ЛФ РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Актуальность проблемы. Оценка эффективности местного лечения венозных трофических язв (ВТЯ) в большинстве случаев проводится на основании изменения клинической картины течения раневого процесса, и выбор того или иного топического лекарственного средства носит, в какой-то мере, субъективный характер. Не всегда клиническая картина совпадает с морфологическими изменениями, знание которых могло бы существенно улучшить результаты лечения посредством подбора наиболее эффективного метода местного лечения ВТЯ, соответствующего определенной стадии течения заболевания. Цель исследования: оценить эффективность амбулаторного лечения ВТЯ на основании морфологического исследования биоптатов и мазков-отпечатков с поверхности язвенного дефекта.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты амбулаторного лечения 55 пациентов в течение 2 месяцев, находившихся под наблюдением во флебологическом консультативно-диагностическом центре ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова по поводу венозных трофических язв в I, II и III стадию раневого процесса. Возраст больных варьировал от 25 до 75 лет, в среднем составил $62,32 \pm 12,2$ года ($p \leq 0,05$). Причиной образования ВТЯ у большинства больных (56,3%) послужила варикозная болезнь вен нижних конечностей, средняя площадь язвы – $9,36 \pm 4,5$ см² ($p \leq 0,05$). Течение раневого процесса контролировали посредством гистологического и цитологического исследования биоптатов и мазков-отпечатков до лечения, через 14 и 21 день от начала лечения и дополнительно через 2 месяца у пациентов с незажившими язвами. В биоптатах и на мазках-отпечатках прицельно анализировали качественный состав и количество эритроцитов, разных типов лейкоцитов, соединительнотканых элементов и эпителиоцитов. Цитограмма – это подробное описание клеточных типов и промежуточного вещества на мазке-отпечатке. Исследование проводили в двух группах. В 1 группе (22 пациента), клинически соответству-



ющей I-й стадии раневого процесса (гиперемия, отек и уплотнение окружающих язву тканей, боль в области язвы, скудная или наоборот обильная экссудация, наличие некроза или фибрина), морфологически документировали наличие некротизированных или дистрофически измененных эпителиальных клеток в мазках-отпечатках. В этой группе в качестве местного лечения мы применяли мазь «Офломелид». Во 2 группе (33 пациента) с выраженными грануляциями, начальной эпителизацией, серозным экссудатом (II и III стадия раневого процесса) и высоким разнообразием клеточного состава как в биоптатах, так и в мазках-отпечатках (большим количеством эритроцитов, умеренным количеством нейтрофилов, наличием фибробластов, лимфоцитов и разрозненных клеток эпителия) использовали современное раневое покрытие G-DERM.

Результаты: до лечения дегенеративно-воспалительный тип цитограммы (набухшие, с нарушенным контуром ядра и цитолеммы клетки, полиморфноядерные лейкоциты, фрагменты некротически измененных тканей) обнаружен у 35 (63,5%) больных, а воспалительно-регенеративный тип цитограммы (многообразный клеточный состав с большим количеством эритроцитов, умеренным количеством нейтрофилов, наличием фибробластов, лимфоцитов и разрозненных клеток эпителия) выявлен у 20 (36,5%) больных. Элементов молодой грануляционной ткани на фоне выраженной макрофагально-фибробластической реакции, что соответствует регенеративному типу цитограммы, до лечения не было ни у одного больного. После лечения указанный тип цитограммы наблюдался у 44 пациентов (80%). При гистологическом исследовании биоптатов, взятых до лечения, чаще всего определяли картину альтеративно-экссудативного воспаления - местной комплексной реакции организма вследствие различных патологических факторов, включающих альтерацию, экссудацию и пролиферацию, которые характерны для I стадии раневого процесса. Во II стадию регенерации выявляли преимущественно пролиферативное воспаление, иногда с очаговым фиброзом. В результате проведенного лечения нами документировано уменьшение площади язвенного дефекта на 2-ой недели лечения у 12 (53,3%) пациентов 1-ой группы и у 100% пациентов 2-й группы. Спустя 2 месяца язвы зажили у 44 больных (80%), среди них у половины полное закрытие язвенного дефекта произошло в течение первого месяца. В этих случаях клиническое улучшение (купирование воспаления и переход процесса в стадию активной регенерации) соответствовали морфологическим изменениям в области язвенного дефекта. При гистологическом исследовании на 14 день определялся стремительный рост грануляционной тка-

ни, среди ядродержащих клеточных элементов количество макрофагов было незначительно. На 21 день грануляции были «сочными», с краевой эпителизацией. Цитологически на фоне выраженного макрофагально-фибробластической ответа, выявлены элементы молодой грануляционной ткани, что соответствовало регенераторному типу цитограмм. У пациентов, язвы которых не зажили в течение 2 месяцев, наблюдали уменьшение площади язвенного дефекта за счет появления вялых грануляций, краевой эпителизации с умеренным серозным отделяемым, что клинически соответствовало переходу процесса во II-стадию раневого процесса. Дальнейшее местное лечение продолжали посредством применения гистэквивалент-биопластического материала G-DERM. Вместе с тем морфологически определяли воспалительно-регенеративный тип цитограммы. Гистологически признаков регенерации и воспаления не наблюдалось. У 11 пациентов (20%) 2-ой группы, язвы которых были субъективно отнесены к II-III стадиям раневого процесса, в последующем выявили дегенеративно-воспалительный и воспалительно-регенеративный типы цитограммы. Воспалительный процесс приводил к лизису раневого покрытия G-DERM, что требовало многократного повторного его применения. Это сказалось на скорости и интенсивности процессов регенерации, дополнительном расходе перевязочного материала. Выводы: результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что клинические признаки не всегда отражают всю полноту течения раневого процесса ВТЯ, что влияет на выбор адекватного перевязочного средства и, в конечном итоге, на эффективность лечения. Наличие четких морфологических признаков стадии раневого процесса в области язвенного дефекта позволяет обосновать сроки применения топических лекарственных средств, необходимых для купирования воспаления и перехода процесса в стадию регенерации, а затем обосновать использование современных перевязочных средств, стимулирующих заживление.



506. МИНИИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ПОРОКОВ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Пиданов О.Ю., Щербатюк К.В., Сухотин В.Н.,
Цепенщиков В.А., Дворянчикова В.А.,
Аврусина Е.К., Коломейченко Н.А., Васягин Е.В.*

Москва

ФГБУ "Клиническая больница" УДПРФ

Цель исследования: Оценить результаты внедрения программы миниинвазивной хирургии митральных пороков сердца в рамках кардиохирургического отделения многопрофильной клиники. **Материалы и методы:** В исследование включено 31 пациент (16 мужчин, 15 женщин), которым в период с апреля 2014 по январь 2017 выполнено вмешательство по поводу порока митрального клапана без использования срединной стернотомии. Средний возраст пациентов составил $47 \pm 9,7$ лет. Пороки митрального клапана распределились следующим образом: у 3 (9,7%) пациентов выраженный стеноз, у 28 (92,3%) недостаточность клапана из них 1 пациент с аортальной и митральной недостаточностью, 4 пациента с митрально трикуспидальным пороком. 30 (96,7%) пациентов оперированы через правостороннюю миниторакотомию – 5–8 см. Протезирование МК механическими протезами выполнено 6 (19,3%) пациентам, реконструкция МК выполнена у 25 (80,7%) пациентов. В группе с реконструкцией МК двум пациентам (8%) выполнено протезирование хорды передней створки, двум (8%) пациентам – протезирования хорды задней створки, пяти (20%) пациентам триангулярная резекция, 15 (60%) пациентам выполнена квадроангулярная резекция задней створки, одному (4%) пациенту аннулопластика. Всем пациентам имплантированы аннулопластические кольца Carpentier Edwards Physio (32–36 мм). У 4 пациентов выполнена пластика трикуспидального клапана по деВега. Двум пациентам выполнялась радиочастотная фрагментация левого предсердия по схеме Лабиринт III. Один пациент с митральной и аортальной недостаточностью оперирован через мини J – стернотомию (6 см). Выполнено протезирование аортального клапана и пластика митрального клапана.

Результаты: В исследуемой группе зарегистрирован 1 летальный исход. Среднее время операции составило $303 \pm 86,5$ минут, время ИК $175 \pm 35,3$ минут, время пережатия аорты $97 \pm 13,9$ минут. В представленной группе пациентов выполнено 2 конверсии доступа в стернотомию (6,4%). Среднее время нахождения в ОРИТ составило $40 \pm 16,1$ часов, время ИВЛ $13 \pm 12,9$ часов. Кровопотеря по

дренажам составила $259 \pm 165,3$ мл. В двух случаях (6,4%) выполнялась реэксplorация по поводу кровотечения и осумкованного плеврита. Средний послеоперационный койко-день составил $11 \pm 4,5$ (мин 4, макс 21). Выводы: Операции через правостороннюю миниторакотомию являются перспективным методом снижения травматичности операций на митральном клапане. Сложные реконструктивные операции на митральном клапане не являются противопоказанием для использования миниинвазивного доступа. Внедрение миниинвазивной хирургии митрального клапана возможно в кардиохирургическом отделении общего профиля. Через мини J – стернотомию возможно выполнение коррекции митрально-аортального порока.

507. ПРОБЛЕМЫ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ ДОСТУПА

Толтеев М.М.

Новосибирская область, г. Татарск
ГБУЗ НСО «Татарская ЦРБ им. 70-лет. НСО»

Патология желчевыводящих путей относится к числу наиболее распространенных заболеваний в мире. В развитых странах конкременты внепеченочных желчных путей выявляются у 20 % населения, а в отдельных случаях заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) достигает 44 % популяции. При хирургическом лечении желчнокаменной болезни до сегодняшнего дня не удалось решить проблему предотвращения послеоперационных осложнений, которые возникают у 3,7–37,3 % оперированных больных.

Цель исследования. Разработать показания и отказ от дренирования брюшной полости после холецистэктомии из мини доступа. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с дренированием брюшной полости (с 2012 по 2014 гг.). Вторая группа представлена случаями без дренирования брюшной полости (с 2014 по 2016 гг.). К первой группе отнесены оперативные вмешательства – у 96 (53,6 %) больных, ко второй 83 (46,4%). Исследуемые группы были однородны и сопоставимы по возрасту, полу больных, частоте вовлечения в патологический процесс желчных протоков и поджелудочной железы, патоморфологическое изменение желчного пузыря у доли пациентов. Число больных с сопутствующими соматическими заболеваниями оказалось приблизительно одинаковым во всех группах. Используемые виды операции холецистэктомия, холецистэкто-



мия с интраоперационной холангиографией, холецистэктомия с дренированием холедоха через культуру пузырного протока; симультантная холецистэктомия и герниопластика. Использован один вид дренажа – одноканальная поливинилхлоридная дренажная трубка. При завершении операций наибольшую сложность представляло достижение гемостаза. Источником кровотечения, как правило, было ложе желчного пузыря, реже – стенки плотных инфильтратов. В ходе анализа результатов операций выявлены особенности течения послеоперационного периода и осложнения в исследуемых группах. В качестве особенностей рассматривали любое отклонение от стандартного хода послеоперационного периода, оценивали функциональные возможности, тип заживления раны, осложнения дренирования, сроки активизации пациентов, длительность лечения в клинике. Отсутствие очаговых скоплений жидкости в подпеченочном пространстве (гематома, билома, затеки) подтверждали на основании ультразвукового мониторинга. Из всех больных первой группы, поступление жидкости из брюшной полости отсутствовало в 62 случаях, и они удалены на 2 сутки после операции. У оставшегося 34 пациентов, имело место поступление патологической жидкости, в большинстве случаев серозно-геморрагический экссудат. В последующем на 2-3 сутки наступило прекращение выделения жидкости по дренажам. Дренажные трубки в таких случаях удаляли на 3-4 сутки. Во второй группе у 5 больных обнаружено скопление жидкости в подпеченочном пространстве (трое больных флегмонозной формой холецистита и неадекватной коагуляции ложи желчного пузыря) от 20 до 40 мл, у которых на фоне антибиотиков произошло излечение. В одном случае произведено дренирование под контролем ультразвука тонкоигольной иглой. Срок активизации пациентов после операции с дренированием брюшной полости наступало позднее, спустя 32-38 часов после операции, против 16-20 часов у больных без дренирования, это больше было связано с тем, что дренажные трубки были непривычными для пациентов, усиление болевого синдрома и боязнь случайного повреждение дренажной трубки. Средний койко день у пациентов без дренирования 5.4 дня, с дренированием 7 суток. Раневая инфекция чаще развивалась у больных с дренированием (10.4%) по сравнению у пациентов без дренирования (4.8%). В большинстве случаев это серомы и инфильтраты. Изучение показало, что риск развития абдоминальных осложнений, длительность койки дня и сроки активизации непосредственно зависит не только от патоморфологических изменений и обусловленных техническими сложностями в ходе операции – имеющих цифровое выражение в средней дли-

тельности операции, но и от обоснованных показаний к дренированию брюшной полости после операции из мини доступа. Дренаж показан, если имеется ограниченная гнойная полость или гангренозный холецистит с перивезикальным абсцессом, также при беспокойстве о возможном желчеистечении или чрезмерном выделении серозной жидкости. Таким образом, отказ от дренирования брюшной полости после плановых, катаральных и флегмонозных холецистэктомии, из мини доступа уменьшает частоту послеоперационных осложнений, сокращает койку дня, срок активизации. Дренаж использовать строго селективно и не может являться обязательным для профилактических целей в данной операции.

508. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОДСЛИЗИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА

*Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Сигал Р.Е.,
Сабиров А.Г.*

Казань

Республиканский клинический онкологический
диспансер МЗ РТ

Актуальность: Среди заболеваний различных органов и систем одно из первых мест принадлежит патологии желудочно-кишечного тракта. Немалая часть из них приходится на долю доброкачественной патологии пищевода. Основным методом лечения вышеперечисленных заболеваний является хирургическое вмешательство. Травматичность классического доступа (лапаротомия или торакотомия), и связанные с этим осложнения и даже летальность, привели к снижению, а в ряде случаев и отказ от хирургического лечения доброкачественной патологии пищевода. Интерес к хирургическому лечению доброкачественной патологии пищевода возрос после внедрения в клиническую практику малоинвазивных методов (эндоскопических и эндохирургических), которые открыли новую страницу в терапии, данной нозологической группы.

Материалы и методы: В период с 1997 года по 2016 год на базе двух онкологических отделений РКОД МЗ РТ было выполнено 27 эндохирургических операций. 15 пациентам хирургические вмешательства выполнены с применением видеоторакоскопии (ВТС). У 2 пациентов (14,3%) опухоль локализовалась в верхней трети, у 10 (64,3%) в средней трети и у 3 (21,4%) в нижней трети груд-



ного отдела пищевода. Видеолапароскопические вмешательства выполнены 12 пациентам. У пациентов данной категории опухоль локализовалась в абдоминальном сегменте пищевода. Все ВТС операции по поводу доброкачественных подслизистых опухолей пищевода (ДПОП) выполняли под общей анестезией с раздельной интубацией легких. Результаты: Летальных исходов, конверсий к торакотомии не было. Средняя продолжительность операции составила 95+7,5 минут. Среднее количество койко-дней, проведенных в отделении реанимации 0,6+0,2 дня. Средняя продолжительность дренирования плевральной полости 3,1 + 0,7 день. Среднее количество отделяемого экссудата из плевральной полости составило 165,4 + 55,8 мл. Введение наркотических анальгетиков требовалось в течение 1 суток и составило в среднем 1,2 мл. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента (6,6%) диагностирован хилоторакс. Данное осложнение потребовало реторакоскопии и клипирование поврежденного в ходе операции лимфатического протока. Среднее количество койко-дней проведенных пациентом в стационаре в среднем составило 7 суток. Гистологическая верификация: у 27 пациентов опухоль являлась лейомиомой пищевода с индексом пролиферации Ki 67 менее 1%, 2 липомы и одна киста пищевода. Заключение: 1. Эндохирургическая методика является операцией выбора в лечении доброкачественных подслизистых образований пищевода. 2. Наличие гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) для пищевода не характерно.

509. ВЛИЯНИЕ РАЗНОЙ МОЩНОСТИ ПРИ ОДИНАКОВОЙ ЛИНЕЙНОЙ ПЛОТНОСТИ ЭНЕРГИИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕН ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ 1470 НМ РАДИАЛЬНЫМИ СВЕТОВОДАМИ

Фокин А.А., Борсук Д.А., Казачков Е.Л.

Челябинск

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава РФ

На сегодняшний день эндвенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) как метод ликвидации рефлюкса по магистральным подкожным венам доказала свою эффективность в большом количестве исследований. Для ее эффективного выполнения сегодня в большинстве клинических рекомендаций говорится о необходимости использовать линейную плотность энергии (ЛПЭ) около 70 Дж/см, которой

можно добиться применением мощности от 5 до 10 Вт с соответствующей скоростью тракции световода. В частности, в Российских клинических рекомендациях по лечению хронических заболеваний вен от 2013 года написано: «Таким образом, линейная плотность энергии обычно составляет 30-80 Дж на 1 см длины вены. Для доставки такой энергии используют мощность 5-10 Вт при скорости извлечения световода 1 см за 7-10 с (1-2 мм/с)... Выбор режима излучения определяется предпочтением врача». Целью настоящей работы стала оценка глубины повреждения стенки вены после ЭВЛК при применении разной мощности – 5, 7 и 10 Вт, но одинаковой ЛПЭ – около 70 Дж/см. **Материал и методы:** в проспективное сравнительное морфологическое исследование с ослеплением вошли 30 пациентов, у которых выполнялась ЭВЛК большой подкожной вены радиальными световодами с автоматической тракцией на аппарате с длиной волны 1470 Нм. Пациенты были разделены на 3 группы по 10 человек. В первой группе ЭВЛК выполнялась на мощности 5 Вт с тракцией световода со скоростью 0,7 мм/с (ЛПЭ – 71,4 Дж/см), во второй на мощности 7 Вт с тракцией 1 мм/с (ЛПЭ 70 Дж/см), и в третьей группе ЭВЛК выполнялась на 10 Вт со скоростью тракции 1,5 мм/с (ЛПЭ 66,7 Дж/см). После из минидоступов забирались фрагменты коагулированных вен в супрафасциальной части в средней трети бедра. С каждой вены делалось по 3 среза на расстоянии 2 мм друг от друга. Производилась окраска препаратов (гематоксилин-эозин и пикрофуксин по ван Гизону). Далее в 4 местах каждого среза (на 3, 6, 9 и 12 часах) оценивалась глубина повреждения стенки вены, и рассчитывался процент альтерации – отношение глубины повреждения к толщине стенки вены. Всего было выполнено 360 измерений – по 120 в каждой группе. Результаты: Средняя глубина повреждения стенки вены составила 122,9 мкм, 182,9 мкм и 267 мкм в первой, второй и третьей группе соответственно. В первой группе средний процент альтерации составил 25,7%, во второй 37,9%, и в третьей, где мощность была 10 Вт - 55,5% ($p=0,0001$ при сравнении каждой из групп (тест Краскела-Уоллиса)). Таким образом, несмотря на незначительное уменьшение ЛПЭ от первой к третьей группе, с увеличением мощности глубина и процент повреждения стенок вен статистически значимо увеличивались. Выводы: 1) При применении большей мощности при ЭВЛК при сопоставимой ЛПЭ достигается большая глубина повреждения стенки вены. 2) Необходимо клиническое исследование по сравнению этих режимов коагуляции с оценкой частоты реканализаций и уровня болевого синдрома.



510. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Чернов С.Л.

Дзержинский, Московская область.

ООО " Клиника -НТМ"

Цель работы: проанализировать результаты лечения пациентов с геморроидальной болезнью в амбулаторных условиях, оценить значение консервативного лечения, оценить эффективность инвазивных методик лечения.

Введение: Геморрой по распространенности занимает первое место среди всех колопроктологических заболеваний. Геморроидальная болезнь возникает чаще всего у людей старше 30-ти лет, однако, встречается даже в детском возрасте. Лечение геморроя в настоящее время невозможно без консервативных методов – это обезболивающие и противовоспалительные препараты, венотоники, ранозаживляющие средства, а также специальные гимнастики для мышц промежности. Важная роль отводится коррекции питания и образа жизни для профилактики обострений геморроя. Использование инвазивных методик лечения геморроидальной болезни направлено на устранение узлов, прерывание их кровоснабжения, а также уменьшение вероятности рецидивов.

Материалы и методы: В работе проанализированы результаты лечения пациентов с геморроидальной болезнью за 2015-2016 гг. В клинике проведено обследование и лечение 547 пациентов с внутренним геморроем. Распределение по гендерной принадлежности выглядело следующим образом: 312 женщин (57%) и 235 мужчин (43%). Средний возраст пациентов составил 44,8 лет (от 19 до 76), при чем 80% - это трудоспособное население младше 60-ти лет с высокой двигательной активностью . При первичном обращении, после сбора жалоб и анамнеза проводилось пальцевое исследование прямой кишки, назначалось консервативное лечение, а при необходимости выполнялись лечебные манипуляции (тромбэкзизия, перианальная блокада. В амбулаторных условиях проводилось лечение геморроя I, II, III стадий, пациенты с IV стадией направлялись в стационар и не учитывались в данной работе. Таким образом распределение по стадиям заболевания следующее: I стадия- 37,5% ; II стадия -47,9%; III стадия -14,6%. Всем пациентам назначались препараты из группы венотоников, а также местное лечение. На фоне стихания воспалительных явлений в прямой кишке, после необходимой подготовки, пациентам проводилось инструментальное обследование кишки, выполнялась аноскопия и/или

колоноскопия. Пациентам старше 40-ка лет рекомендовалось пройти колоноскопию. Дальнейшая тактика лечения строилась на оценке эффективности консервативного лечения и устойчивости достигнутой ремиссии. При сохранении выделения крови, при болях в области заднего прохода, а также при частых рецидивах заболевания (более 3-х раз за год) — выполнялось оперативное лечение. **Результаты и обсуждение:** Операция потребовалась пациентам со II-III стадиями заболевания. В клинике за период 2015-2016 гг проведено 28 оперативных вмешательств, включающих лигирование внутренних геморроидальных узлов, дезартеризацию геморроидальных узлов с последующим лифтингом слизистой оболочки прямой кишки, что составило 5,1 % от общего числа пациентов с геморроидальной болезнью. Лигирование узлов проводилось в условиях перевязочной. С целью обезболивания на слизистую оболочку кишки наносился крем «ЭМЛА». Все пациенты перенесли процедуру удовлетворительно. Оперативное вмешательство HAL-RAR проводилось в условиях операционной при помощи аппарата A.M.I. HAL Doppler 2. С целью обезболивания применялась спинномозговая анестезия. Через 7-9 часов пациент самостоятельно отправлялся домой с сопровождающим. Дефекация происходила в день операции без затруднений. После дезартеризации геморроидальных узлов пациенты наблюдались на 1-ые, 3-и, 7-е сутки после операции. Болевой синдром, был наиболее выражен в 1-2 -е сутки после операции, купировался приемом НПВС. Послеоперационных осложнений зафиксировано не было. За время наблюдения рецидивов заболевания не последовало. Более 94% пациентов с геморроем оценили результат как «удовлетворительный», пройдя только курс консервативного лечения.

Заключение: Таким образом при своевременном обращении к проктологу и начале консервативного лечения, а также при изменении образа жизни удается достичь устойчивой ремиссии у подавляющего большинства пациентов с геморроидальной болезнью и избежать оперативного вмешательства. Проведение оперативных вмешательств в амбулаторных условиях, является эффективным способом лечения геморроя, исключая длительное пребывание пациента в лечебном учреждении, а также минимально ограничивающим трудоспособность.



511. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Сингаевский А.Б.(1), Петров С.В.(2), Сизуа Б.В.(1),
Курков А.А.(1), Пугачев Д.М.(1)*

Санкт-Петербург

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

Особенности топографической анатомии поджелудочной железы (ПЖ) обуславливают сравнительно редкое ее повреждение и нечеткость клинической картины, что затрудняет диагностику и лечение, а так же приводит к целому ряду осложнений. Летальность по данным разных источников может достигать 73%. Цель исследования: Улучшить результаты лечения пострадавших с ранениями живота и торако-абдоминальными ранениями 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 органных 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. Мульти-спиральная компьютерная томография (МСКТ) 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.

512. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКЕ

*Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Краснов Е.А.,
Воронин Ю.С., Барбашинов Н.А.*

Сургут

БУ ВО «Сургутский государственный университет
ХМАО-Югры» БУ ХМАО-Югры «Сургутская
окружная клиническая больница»

Цель: оценить эффективность применения малоинвазивных вмешательств при заболеваниях ободочной и прямой кишки. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ эффективности лечения 65 пациентов, перенесших малоинвазивные хирургические вмешательства на ободочной и прямой кишке в период 2012-16 гг. В анализируемую группу включены пациенты, которым было выполнено: видеоассистированное восстановление непрерывности кишечника - у 34 (52,3%) больных с концевой толстокишечной стомой, видеоассистированная резекция сигмовидной кишки - у 5 (7,7%), резекция сигмовидной кишки из минидоступа - у 11 (18,9%), трансанальное эндоскопическое удаление опухолей прямой кишки - у 15 (20,2%) пациентов. Причиной наложения стомы стали злокачественные новообразования различных локализаций - у 23 (67,6%) больных, дивертикулярная болезнь и ее осложнения - у 6 (17,6%) пациентов. В 1 (2,9%) наблюдении наложение кишечной стомы выполнено в связи с осложненным течением гинекологического заболевания. У 2 (5,9%) больных показанием к наложению стомы стал заворот сигмовидной кишки, у 2 (5,9%) травматическое повреждение кишечника (перфорация рыбной костью, тупая травма живота). Концевая сигмостома сформирована в 25 (73,5%) наблюде-



ниях, трансверзостома - в 5 (14,7%), десцендостома - в 3 (8,8%), асцендостома - в 1 (2,9%). Средний возраст оперированных составил $54,9 \pm 12,1$ год. Видеоассистированная резекция ободочной кишки по поводу ворсинчатой аденомы проведена 3 (60%) больным, осложнений дивертикулярной болезни - 2 (40%) пациентам. Средний возраст больных в этой группе составил $64,3 \pm 6,5$ года. Самой старшей из оперированных пациенток на момент оперативного лечения исполнился 71 год, минимальный возраст - 58 лет. Трансанальное эндоскопическое удаление опухолей толстой кишки проводилось по поводу ворсинчатой аденомы - у 13 (86,7%), рака - у 2 (13,3%) пациентов. Средний возраст в этой группе составил $58,7 \pm 14,3$ лет. Перед оперативным вмешательством всем больным выполнено общеклиническое и лабораторное обследование, видеоколоноскопия. При необходимости проведены лучевые методы диагностики - ирригография - у 13 (38,2%), компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза - у 7 (20,5%), магнитно-резонансная томография - у 4 (11,8%). Периоперационно всем оперированным проводилась антибиотикопрофилактика, профилактика тромбоэмболических осложнений, стимуляция кишечника (нутритивная поддержка, пролонгированная спинальная анестезия, ранняя активизация и пр.), инфузионная терапия, обезболивание. Оценка эффективности применения малоинвазивных хирургических вмешательств на ободочной и прямой кишке проведена по критериям клинической эффективности. Результаты. Средняя длительность ношения стомы среди оперированных пациентов составила $54,3 \pm 111,9$ недель (наименьшее время - 1,2 недели, наибольшее - 740 недель). Попытка лапароскопического восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта была предпринята у 34 больных. В 14 (29,4%) наблюдениях при проведении лапароскопии выполнена конверсия. Отказом от продолжения лапароскопии стала невозможность безопасного адгезиолизиса. Средняя длительность лапароскопического вмешательства составила $136,4 \pm 47,4$ мин. Длительность пребывания в отделении анестезиологии и реанимации после лапароскопического оперативного вмешательства - $0,9 \pm 0,8$ суток. Восстановление перистальтики отмечено на $1,7 \pm 0,5$ сутки, средняя длительность пребывания в стационаре $11,5 \pm 6,3$ суток в группе пациентов, оперированных лапароскопическим способом. Среди пациентов, которым была выполнена лапароскопия, у 1 (2,9%) отмечена несостоятельность толстокишечного анастомоза. В структуре 5 проведенных лапароскопических вмешательств на ободочной кишке 3 (60%) резекции сигмовидной кишки и 2 (40%) правосторонних гемиколэктомии с наложением аппаратного тонко-толстокишечно-

го анастомоза. Средняя длительность таких операций составила $151,7 \pm 46,2$ минут. Осложнений интраоперационного периода не возникло, однако у 1 (20%) в послеоперационном периоде отмечена задержка мочи, которая разрешилась консервативными мероприятиями. Средняя длительность госпитализации этой группы пациентов составила $8,7 \pm 2,3$ суток. Средняя продолжительность трансанального эндоскопических вмешательств составила $85,3 \pm 50,9$ минут, максимальное время удаления ворсинчатой аденомы составило 190 минут, минимальное - 30 минут. В ходе проведения операции отмечено 2 (13,3%) перфорации прямой кишки. В одном (6,7%) наблюдении операция продолжена из мини-лапаротомного доступа для выведения петлевой сигмостомы; у второй пациентки (6,7%) произведена конверсия в ниже-срединную лапаротомию с проведением передней резекцией прямой кишки. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Средняя продолжительность госпитализации пациентов, перенесших трансанальное удаление ворсинчатых аденом, составило $7,5 \pm 4,3$ суток. При оценке эффективности применения малоинвазивных вмешательств было установлено следующее. При видеоассистированных операциях по восстановлению непрерывности кишечника и резекциях ободочной кишки отмечено сокращение длительности пребывания в отделении анестезиологии и реанимации до $0,9 \pm 0,8$ суток, восстановление активности кишечника (самостоятельная дефекация) на $1,7 \pm 0,5$ сутки. Также сократилась длительность пребывания в стационаре до $7,9 \pm 5,2$ суток и $8,7 \pm 2,3$ суток соответственно. Трансанальное эндоскопическое удаление ворсинчатых опухолей толстой кишки позволило отказаться от традиционной лапаротомии и сократить длительность пребывания в стационаре до $7,5 \pm 4,3$ суток.

Вывод: Малоинвазивные методы хирургических вмешательств при доброкачественных заболеваниях ободочной и прямой кишки показывают высокую клиническую эффективность, снижение числа осложнений и потребности длительного пребывания в стационаре.



513. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА В ХИРУРГИИ ПАХОВОМОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ.

*Аболмасов А.В., Аболмасов Ан.В., Альянов А. Л.,
Мамошин А.В.,*

Орел, 2) Воронеж

ООКБ, Плещеевская ЦРБ, ОГУ.

Лечение больных с гигантскими пахово-мошоночными грыжами, особенно двухсторонней локализации сопряжено с рядом трудностей - выбор вида обезболивания, оперативного доступа, способа укрепления пахового промежутка. Наряду с техническими сложностями такие вмешательства характеризуются большим числом интраоперационных осложнений (повреждение элементов канатика, мочевого пузыря и т.д.), осложнений раннего и позднего послеоперационных периодов (отек мошонки, орхит, нагноение раны, атрофия яичка, рецидив). Если при рутинных вмешательствах по поводу паховых грыж, лапароскопическая герниопластика доказательно имеет преимущество над традиционными методами по таким показателям, как процент рецидивирования, скорость реабилитации, степень выраженности болевого синдрома, количество осложнений в послеоперационном периоде (хроническая боль, атрофия яичка), то проблема пахово-мошоночных грыж больших размеров не имеет однозначных решений. Очевидно, что открытый доступ имеет ряд преимуществ при работе с большим объемом тканей, однако, полноценное закрытие грыжевого дефекта, особенно при его локализации в проекции f.supravesicalis - достаточно непростая задача. Современная герниология располагает тремя основными видами оперативного лечения паховых грыж: операция Лихтенштейна, лапароскопическая ТАПП и ТЕП герниопластики. Отдельно следует остановиться на комбинированных операциях, предложенных О.Э.Луцевичем и Э.А.Галлямовым, когда выделение мешка выполняется из открытого доступа, а пластика сетчатым протезом - лапароскопическим. В период 2010 - 2016 год было пролечено 12 больных с гигантскими рецидивными пахово-мошоночными грыжами. Все пациенты мужского пола, в возрасте от 58 до 74 лет (средний возраст - 63.2 года). Невправимая грыжа наблюдалась у 8 пациентов, двухсторонняя у 7. Рецидивная у 9 больных. Двухсторонняя рецидивная у 2. Размер грыжевых ворот от 4 см. до 6 см. (ср. 4.7 см.) ИМТ от 28 до 33 кг\м². (ср. 29.2 кг\м²). Всем больным была выполнена комбинированная герниопластика по методу ТАПП. Операция начинали классическим

для ТАПП способом с использованием 3 портов в традиционной позиции: 10мм. оптический в пупочном кольце, предпочитая способ прямого введения троакара (без использования иглы Вереша), 5 мм. троакары на 10 см. латеральнее справа и слева и на уровне пупка. При невправимых грыжах у 6 пациентов удалось вправить содержимое мешка, используя способ ручного пособия снаружи и лапароскопической тракции со стороны брюшной полости. У двух больных выполнено отсечение сальника на уровне грыжевых ворот с последующим его извлечением открытым способом. Вскрытие брюшины производилось на 1-2см. выше s. iliaca ant.sup. с циркулярной диссекцией мешка на уровне ворот. При этом у 9 пациентов внутреннее отверстие располагалось в проекции надпузырной ямки. У 9 пациентов использовали нестандартный размер сетчатого полипропиленового протеза в зависимости от размера дефекта. При этом в одном наблюдении размер протеза составил 20 на 14 см. В 3 наблюдениях фиксацию дополняли транскутанными швами иглой Endoclose. Герниостеплер использовали у одного пациента. У 11 больных фиксация выполнялась швами. Второй этап - иссечение грыжевого мешка выполняли открыто через разрез 4-5 см. Дренаж мошонки использовали у всех больных. Результаты: среднее время вмешательства составило 117 мин. (92 - 182 мин.), дренаж удаляли на 2-3 сутки. Послеоперационный отек мошонки наблюдали у 8 больных, послеоперационный орхит у 3 больных. Все пациенты выписаны на 4 сутки. Рецидивов грыж не выявлено. При телефонном опросе все больные удовлетворены результатами операции. Выводы: комбинированный лапароскопический ТАПП способ коррекции гигантских пахово-мошоночных грыж - хорошая альтернатива традиционным открытым операциям. Для закрытия грыжевых ворот больше 4 см. необходимо использовать протез большего размера.



514. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

Зайцев Д.А. (1,2), Лишенко В.В. (1,2), Попов В.И. (1), Акимов В.П.(2), Крулева П.А.(1)

Санкт-Петербург

1) ФГБУ ВЦЭРМ МЧС России 2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

До настоящего времени четко не определен оптимальный способ эвакуации жидкости из плевральной полости и количество ее, при которой эта процедура показана. В большинстве многопрофильных стационарах, где по штату не предусмотрено торакальное или фтизиоторакальное отделения, нет единой системы обследования пациентов с плевральными выпотами и алгоритма действия, что приводит к диагностическим ошибкам, длительному сроку обследования и лечения. Значительная часть этих пациентов, выписывается на амбулаторное лечение (к пульмонологу, фтизиатру по месту жительства), переводится для дальнейшего обследования и лечения в специализированные отделения или центры в разные временные промежутки (в зависимости от возможности) с диагнозом - экссудативный плеврит неясной этиологии. На основании результатов обследования и лечения 102 пациентов с синдромом плеврального выпота нами был разработан комплекс лечебно-диагностических мероприятий основанный на комплексном использовании традиционных методов обследования данных больных, обязательном применении ультразвукового исследования плевральных полостей, применение микродренирования вместо обычной пункции плевральной полости, плеврографии для верификации т.н. фибриноторакса (ФТ), обязательном использовании протеолитических ферментов при этом состоянии и раннем выполнении первичной торакоскопии с биопсией под местным обезболиванием для гистологического подтверждения диагноза. Всем пациентам выполняли рентгенографию или рентгеноскопию грудной клетки. Ультразвуковое сканирование выполнялось всем пациентам, в обязательном порядке, после выявления рентгенологических признаков характерных для синдрома плеврального выпота. При подтверждении наличия плеврального выпота выполняли микродренирование по Сельдингеру в точке, намеченной при ультразвуковом сканировании, а при небольших количествах выпота (150-300мл) под контролем УЗ-датчика. Эвакуацию жидкости выполняли при помощи

специального контейнера. Полученную жидкость отправляли на исследование (клинико-биохимическое, цитологическое и бактериологическое). После эвакуации плевральной жидкости обязательно повторяли рентгенографию грудной клетки. Если исследование плевральной жидкости не позволяло определить этиологию экссудативного плеврита, то при повторном возникновении синдрома плеврального выпота, выполнялась торакоскопия. Подчеркиваем, что эту процедуру, мы проводим под местным обезболиванием, с предварительной премедикацией как в операционной так и в перевязочной. Для выполнения ТС мог использоваться любой оптический (фиброоптический) инструмент. Выполняли биопсию париетальной плевры или легкого, разделение сращений, санацию плевральной полости. При выявлении признаков опухолевого поражения плевры (визуальная торакоскопическая картина), осуществлялась щипковая биопсия и индукция плевродеза порошкообразным тальком во время операции. В случаях, когда диагноз опухолевого процесса был морфологически подтвержден, проводили индукцию плевродеза суспензией талька через дренаж. В зависимости от установленной природы экссудативного плеврита проводили соответствующее лечение или больной с установленным диагнозом переводился в специализированное отделение или выписывался на амбулаторное лечение к специалисту. При ограниченных плевритах (ФТ), кроме рентгенологического исследования, УЗИ плевральных полостей, микродренирования, дренирования двухпросветным дренажом (ТММК), применялись протеолитические ферменты (терилитин) у всех пациентов. Плеврография после микродренирования позволяла подтвердить наличие фибриноторакса. Исследованием выбора для постоянного динамического контроля, после применения протеолитических ферментов, являлось ультразвуковое сканирование. Если исследование плевральной жидкости после применения протеолитических ферментов не позволяло определить этиологию фибриноторакса, выполнялась торакоскопия под местным обезболиванием. Применяя протеолитические ферменты, как правило, удавалось полноценно санировать плевральную полость при данном патологическом состоянии. **Результаты:** из 102 наблюдений удалось установить: плеврит специфического характера диагностирован у 19 пациентов (переведены в специализированные стационары), канцероматозный плеврит диагностирован у 56 больных (выписаны к онкологу по месту жительства), пара-, метаневмонические плевриты верифицированы у 23 пациентов (дальнейшее лечение осуществлялось на терапевтических отделениях), у 4 пациентов этиология плеврита не установлена (ввиду неин-



формативности гистологического материала), выписаны к специалистам «плевритных центров». Применение комплекса диагностических и лечебных мероприятий у 96,7% больных позволило выявить причину экссудативного плеврита, определить план дальнейшего обследования и лечения, сократить сроки пребывания в стационаре.

515. СРАВНЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ МЕТОДОМ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ И ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ

Королев М.П., Федотов Л.Е., Оглоблин А.Л., Мамедов Ш.Д.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет Минздрава России.

Введение: Ахалазия кардии – это врожденное или приобретенное заболевание, характеризующееся постепенным развитием функциональной непроходимости пищевода на уровне пищеводно – желудочного перехода, связанной с отсутствием расслабления нижнего пищеводного сфинктера на акт глотания и утратой нормальной сократительной способности пищевода, вследствие поражения Ауэрбаха межмышечного сплетения. Заболевание считается достаточно редким, его распространенность составляет 10 случаев на 100000 населения, причем мужчины и женщины подвержены этому заболеванию одинаково. В отечественной и иностранной литературе, посвященной ахалазии кардии, нет единого мнения о лечении заболевания, но многие хирурги и эндоскописты, располагающие наибольшим опытом и возможностями, отдают предпочтение методу форсированного растяжения кардии с помощью баллонной дилатации. В 2008 г японский профессор Inoue Н. впервые разработал и применил у человека новый метод лечения пероральную эндоскопическую миотомию - Peroral Endoscopic Myotomy (ПОЕМ). Методика заключается в формировании канала в подслизистом слое, в зоне повышенного тонуса пищевода и рассечении циркулярного мышечного слоя. Идею рассечения мышечного слоя пищевода, и в первую очередь циркулярных мышц нижнего пищеводного сфинктера, для лечения ахалазии кардии впервые озвучил Георг Готштейн из Бреслау в 1901г., а в 1913г. Эрнстом Хеллером в Лейпциге была выполнена первая подобная операция у человека.

Цель исследования: Сравнить результаты лечения у больных, страдающих ахалазией кардии, которым была выполнена эндоскопическая баллонная дилатация кардии и пероральная эндоскопическая миотомия. Материалы и методы: На кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии СПбГПМУ, на базе СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» г. Санкт – Петербурга, баллонную дилатацию пищеводно-желудочного перехода мы выполнили 144 больным, из которых 87(61%), женщин и 57(39%) мужчин. Возрастной интервал колебался от 23 до 87 лет, средний возраст пациентов составил 51 год. Больных I стадией было 26(18%), II стадией 57(39%), III стадией 60(41%) больных и IV стадией болезни 1(2%) больной. Для оценки групп сравнения проведён ретроспективный анализ результатов лечения с 2003г. по 2014г. по временным промежуткам - 14 дней, 12 месяцев и 36 месяцев с момента лечения. Через 14 дней у всех 144 (100%) больных получен хороший результат. Спустя 12 месяцев после дилатации, результат лечения оценен у 122 (84%) больных, из них 16 (13%) пациентов по результатам обследования выявлен рецидив заболевания. Спустя 36 месяцев удалось оценить 117(81%) больных, рецидив отмечен у 32(28%) человек. К 2014 году под наблюдением осталось 48 (33%) человек, из которых 26 имели рецидив заболевания. Во всех случаях при рецидиве заболевания выполнялась дилатация кардии. Пероральная эндоскопическая миотомия выполнена 53(100%) больным, из которых было 32(61%) женщины и 21(39%) мужчина. Возрастной интервал составлял от 23 до 87 лет, средний возраст составил 51 год. С I стадией ахалазии кардии было 13(25%) больных, II стадией 21(39%), III стадией 17(32%) и 2(4%) больных с IV стадией заболевания. Период наблюдения составлял 14 дней, 12 и 36 месяцев. Результат лечения оценен у всех 53(100%) больных на протяжении всех 3-х временных периодов наблюдения. У всех больных получен хороший результат лечения выражающиеся клиническая ремиссия заболевания. **Выводы:** Эндоскопическая баллонная дилатация кардии широко используемая манипуляция во всех стационарах общего профиля. Может применяться во всех стадиях заболевания, имеет довольно низкий риск развития осложнений. После ее выполнения довольно часто возникает рецидив заболевания, что требует проведения повторных сеансов баллонной дилатации. Пероральная эндоскопическая миотомия, может быть использована для лечения больных, страдающих всеми четырьмя стадиями заболевания, имеет низкий риск развития осложнений и приводит к клинической ремиссии заболевания, что нельзя сказать о применении баллонной дилатации при лечении ахалазии кардии.



516. ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Мяконький Р.В.(1), Быков А.В.(2)
Волгоград

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

На протяжении XVII-XIX столетий в российской медицине происходило заимствование методов и технологий из медицины европейских стран. Такое положение дел объяснялось отсутствием собственных разработок и более прогрессивным развитием медицинской науки, главным образом в Италии, Австрии, Германии. С появлением СССР в нашей стране формируется собственная система здравоохранения, которая в последующем будет признана ООН, как наиболее эффективная. Падение советского государства, изменение политического строя и научно-технический прогресс в США и Европе привели к тому, что российская медицина была вынуждена снова осваивать западные технологии. В отечественном здравоохранении на протяжении более четверти века продолжает реализовываться проамериканский и проевропейский вектор развития, яркой иллюстрацией этому является Болонский процесс в медицинском образовании. При этом внедряемые модели заимствованы не полностью, а представляют собой частичное заимствование, которое не всегда адаптируется к российской ментальности и традиции. Эффективность профессиональной деятельности любого врача определяется уровнем его профессиональной подготовки, психологическим состоянием, социально-экономическими условиями и особенностями работы, которые являются неотъемлемыми частями его социальной роли как специалиста. Перечисленные элементы профессиональной и социальной роли врача нельзя рассматривать в отрыве от факторов, воздействующих на общество в целом. В современном обществе, где США и страны Европы, преследуют свои геополитические интересы, идет продвижение иностранных принципов и стандартов, которые ведут к неизбежной ассимиляции, с частичной или полной потерей российской медицинской традиции и отечественных медицинских школ. Проанализировав развитие врачебных профессий в России, в настоящее время, можно заключить, что рыночные факторы, наряду со стремлением государства поддерживать эффективные и высокопрофессиональные услуги в сфере здравоохранения, в последние годы оказы-

вали большое влияние на положение дел в медицине. Сейчас рынок и государство в корне изменяют систему регулирования врачебных профессий. В тоже время одной из функций государства продолжает оставаться забота о здоровье и благополучии граждан, в частности, предоставления им доступной и качественной медицинской помощи. В хирургической практике имеются особые риски для пациента, связанные как с самим хирургическим вмешательством, так и с естественным процессом смены поколений врачей при котором, на смену опытным хирургам приходят не стажированные, находящиеся в процессе профессионального становления. Социальный контроль со стороны врачебного сообщества на практике может принимать самые различные формы. В основе системы неформального управления профессиональной медицинской группой лежит набор правил/норм для определения неких пределов приемлемого/допустимого, основанный на представлениях о себе, своих коллегах, а также характере медицинских работ. Практикующие врачи, в частности в хирургии, при принятии решений действуют по собственному усмотрению без ограничений, пока их поведение не становилось вопиющим из-за некачественного предоставления медицинских услуг пациентам или не создавало неудобства для других коллег-врачей (корпоративный вред). И если наступает частный или корпоративный вред, тогда включаются механизмы неформального контроля и наказания, ввиду резкого отхождения от норм «коллегии». Однако эти «нормы» были размыты и ослаблены по причине отсутствия официальной коллегиальной отчетности. В результате действующие нормы были разработаны и эксплуатировались таким образом, чтобы предоставить каждому врачу максимальную автономию в выполнении его работы. Для минимизации частного и корпоративного вреда созданы и внедряются национальные клинические рекомендации. Неминуемый приход в профессию молодого поколения хирургов, в некоторой степени повышает вероятность наступления, как частного, так и корпоративного вреда, что связано с реализацией профессиональных рисков. Порой плохие исходы в хирургии неизбежны. Они порождаются самими принципами диагностики и лечения. В медицине в целом, и в хирургии в частности не бывает стопроцентных гарантий успеха - только высокая или низкая вероятность. Сегодня, как правило, при осуществлении последипломного обучения, основной мотивацией врачей хирургов при прохождении циклов повышения квалификации сводится не к овладению новыми знаниями и умениями, а к получению документа, необходимого для прохождения аттестации (переподготовки) и продления (получения) сертификата специалиста. Вряд ли изменится мотивация с вве-



дением аккредитации. Это обстоятельство ведет к повышению рисков и ограничению объемов доступности современных методов при оказании хирургической помощи населению. Ранее, в нашей стране, занятие хирургической практикой не подразумевало получения множества разрешающих документов, которые требуются сейчас. Кроме, того особенностью советской медицины был неофициальный институт наставничества, когда повсеместно старшие коллеги брали своеобразное шефство над начинающим хирургом, это было традицией и позволяло более быстро, с наименьшими рисками осуществить полноценное вхождение в профессию. В современных условиях работы капиталистической модели построения отношений в обществе, где рынок решает все, механизмы поддержания и развития врачебного профессионализма в формальном и неформальном вариантах определяется субкультурой учреждения, межличностными отношениями врачей, выраженностью/ невыраженностью чувства ответственности. С одной стороны, врачи, как правило, советского поколения, поддерживают модель преемственности в воспроизводстве врачебного профессионализма, с другой – часть врачебного сообщества, как правило, представители современной России, втянута в конкурентные отношения, согласно которым помогать молодым и друг другу в овладении более широкими профессиональными навыками становится материально и лично не выгодно. Чем уникальнее специалист, тем меньше вероятность того, что он будет участвовать в обучении тех, кто рядом. Исключение могут составить те ведущие специалисты, которые имеют свои научные школы и считают необходимым эти школы развивать. Таким образом, имевшаяся в начале времен тенденция заимствования из зарубежной медицины наиболее эффективных способов лечения, совершенствование и сохранение традиционных для русской медицины принципов и подходов к лечению и передачи опыта на сегодняшний день стремительно растрачивается. Складывающаяся ситуация при оказании хирургической помощи населению России предполагает проведение серьезной оптимизации системы как вузовского, так и непрерывного послевузовского образования хирургов, с активным включением в эту работу Российского общества хирургов, как основы отечественного хирургического профессионального сообщества. При этом крайне необходимо поработать вопросы профессионального становления именно начинающих хирургов с оценкой их профессиональных возможностей и рисков. Отечественная хирургическая традиция с многообразием и самобытностью этого раздела медицины нуждается в междисциплинарном изучении широким кругом специалистов.

517. НЕРВОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А., Хатьков И.Е.

Москва

Московский клинический научный центр
Департамента здравоохранения

Введение: лечение заболеваний прямой кишки (ЗПК) традиционно имеет ряд особенностей, связанных с ограниченностью операционного поля при мобилизации прямой кишки в глубине малого таза, создавая определенные трудности для соблюдения основных принципов абластики. В последние годы в хирургию прямой кишки внедрен ряд важных достижений: стандартизирована техника операции с выполнением тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ), широко используются малоинвазивные методики: лапароскопические операции, трансанальная микрохирургия, роботические технологии.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения заболеваний прямой кишки за счет внедрения роботических технологий.

Материалы и методы. В исследование включены 90 пациентов, которым с 2014 по 2016гг. выполнены операции на прямой кишке по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований. Все пациенты были разделены на 3 группы: основная (ОГ) - оперированные с использованием роботической платформы DaVinci (25 пациентов); контрольная 1 (К1) - оперированные с использованием лапароскопической техники (43 пациента) и контрольная 2 (К2) - оперированные лапаротомным доступом (22 пациента). Все группы были сопоставимы по полу, возрасту, виду заболевания, стадии, степени операционного риска. Всем пациентам перед операцией выполнена морфологическая верификация, компьютерная томография, МРТ, исследованы онкомаркеры РЭА, СА-19.9. Оценка операционного риска проводилась по шкале ASA; нарушения тазовых функций, держания - по шкале Wexner, ректальной манометрия, сфинктерометрии. Для оценки мочеиспускательной функции использована шкала IPSS (International prostate symptom score), определение остаточного объема мочи. Результаты: ТМЕ выполнена 14(56%) пациентам в ОГ, в группе К1 – 18(41%); К2 – 7(32%). Средняя продолжительность операции (мин): ОГ -343, К1 –318, К2 –233; средняя кровопотеря (мл): ОГ -176, К1 –150, К2 –256. Ин-



траоперационные осложнения не отличались во всех 3 группах и не превышали 4%, $p=0.05$. Оценка уродинамики после операции выявила различия по показателям в исследуемых группах: в ОГ и К1 группах восстановление мочеиспускания происходило на 1-2 сутки, в группе К2 – среднее время составило 3.6 суток (различия достоверны).

518. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛЛАГЕНОВОЙ ПЛАСТИНЫ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Горский В.А., Сивков А.С., Тутков Б.Е.,
Поливода М.Д., Хачатрян Г.В.*

Москва

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

Цель. Показать возможность применения коллагеновой пластины в качестве защитного барьера между полипропиленовым имплантом и органами брюшной полости.

Материалы и методы. Выполнены 25 операций у больных вентральными грыжами с применением биорассасывающейся коллагеновой пластины. Оперированы 15 женщин и 10 мужчин в возрасте от 38 до 82 лет. 20 пациентов страдали послеоперационными вентральными грыжами, 5 - грыжами белой линии живота. Результаты. Из открытого доступа были оперированы 22 пациента, лапароскопически - 3. У 2 больных произведены симультанные операции: резекция дивертикула Меккеля и холецистэктомия. У всех пациентов выполнена интраперитонеальная пластика полипропиленовой сеткой. Под сетку предварительно подкладывали пластину, загибали на 1-2 см по краям и фиксировали к импланту полипропиленовой нитью. Затем комплекс импланта с коллагеновой пластиной подшивали к брюшине стенке полипропиленовой нитью в условиях открытой операции и герниостеплером при лапароскопическом вмешательстве. Время вмешательства от начала до его завершения у пациентов при открытых операциях составило от 45 минут до 3 часов 15 минут. Длительность последней операции обусловлена спаечным процессом в области подпеченочного пространства при выделении желчного пузыря (симультантное вмешательство). Всем пациентам выполнено УЗИ - фиксации сальника к импланту не отмечено. У 20 больных, которым была произведена традиционная операция, раневой процесс протекал без отклонений. У 5 отмечали серомы послеоперационных ран – дренированы. Нагноения ран не было. Отдаленные результаты (от 6 до 12

месяцев) прослежены у 10 больных – рецидивов грыж не выявлено. Применение предложенного комбинированного импланта позволило снизить стоимость расходных материалов для интраперитонеальной герниопластики в 3 раза.

Заключение. Предложенная комбинированная субстанция в виде полипропиленовой сетки покрытой коллагеновой пластиной имеет определенные преимущества перед официально изготовленными композитными имплантами. Положительный опыт использования данной субстанции позволяет рекомендовать ее к клиническому применению.

519. НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

Москва

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

Паралитическая кишечная непроходимость закономерно 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, с 1985 года 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 пассив-



ный 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 процедуры следует строго соблюдать технику интубации, чтобы избежать ненужных осложнений.

520. МЕРЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖ

Горский В.А., Агапов М.А.

Москва

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

Цель работы - на основании анализа причин сформулировать основные мероприятия предупреждения возникновения грыж после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Материал и методы. В работе проанализированы результаты течения послеоперационного периода у 1712 больных, перенесших ЛХЭ за 5 лет. Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе был выполнен ретроспективный анализ лечения 34 больных с послеоперационными вентральными грыжами, возникшими после ЛХЭ. 18 больным ЛХЭ были проведены в нашей клинике, 16 – в других лечебных учреждениях. В проспективном исследовании сделана попытка профилактики троа-

карных грыж.

Результаты. В ретроспективном исследовании для определения факторов достоверно влияющих на развитие послеоперационных грыж после ЛХЭ был выполнен статистический анализ связи признаков по непараметрическому методу Спирмена. Полученные данные позволили говорить о статистически достоверном влиянии на развитие грыж следующих факторов: 1) возраст больных старше 60 лет, 2) наличие ожирения I-III степени - индекс массы тела (ИМТ) 30-50 кг/м², 3) функциональная недостаточность соединительной ткани, 4) нагноение операционной раны. Первые 3 фактора мы отнесли к неконтролируемым параметрам риска возникновения грыж. В проспективном исследовании анализировались возможности профилактики нагноения послеоперационной раны и исследовалась эффективность использования иглы для ушивания троакарных ран Endoclose. Антибиотикопрофилактику применили у 37 больных, которым была произведена ЛХЭ по поводу острого холецистита. Для этого использовали препарат амоксициллин, который вводился внутривенно в дозе 1,2 г перед операцией и в первые сутки послеоперационного периода. В группу сравнения вошли 40 больных, которым проводили антибактериальную терапию цефалоспорином III поколения в течении 7 суток в/м, в сочетании с метронидозолом в/в в течении 3-х суток. В основной группе у одного больного сформировался инфильтрат в области ложа желчного пузыря. В группе сравнения инфильтрат в области ложа желчного пузыря выявлен у 2-х больных, абсцесс подпеченочного пространства - у 1 больного, нагноение послеоперационной раны отмечено у 1 больного. Для оценки эффективности методики с использованием иглы Endoclose нами было проведено стратифицированное рандомизированное исследование. В исследовании представлены две группы пациентов по 50 человек в каждой. В основной группе ушивание троакарной раны производилось при помощи иглы Endoclose, в группе сравнения использовался ручной способ закрытия раны. Все пациенты обеих групп были старше 60 лет. В основной группе средний ИМТ составил 35,1±3,7, в группе сравнения средний ИМТ - 34,3±3,5. Кроме того, все пациенты обеих групп имели один или несколько косвенных признаков, свидетельствующих о наличии недостаточности соединительной ткани. Таким образом, у всех пациентов представленных групп имелись основные неконтролируемые факторы возникновения грыж в послеоперационном периоде. В группе сравнения грыжи сформировались у 10% пациентов, в то время как в основной группе случаев образования грыж не отмечено.

Заключение. Из выявленных при анализе факторов, лишь состояние послеоперационной раны и



способ ее ушивания являются контролируемые. Поэтому мероприятия по профилактике образования грыж после ЛХЭ были направлены именно на эту группу факторов. Проведение антибиотико-профилактики у больных с деструктивными формами холецистита позволило снизить количество инфекционных осложнений не только со стороны послеоперационной раны, но и в зоне оперативного приема. Анализ эффективности методики применения иглы Endoclose по сравнению с ручным способом закрытия апоневроза показал, что данная методика позволяет добиться достоверного снижения частоты риска образования послеоперационной грыжи после ЛХЭ.

521. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИМЕДИАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Горский В.А., Агапов М.А., Хорева М.В.

Москва

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

Введение. Одну из ведущих ролей в развитии панкреонекроза (ПН) играют медиаторы воспаления, в частности, цитокины. Однако доступных для широкой практики и надежных препаратов для подавления активности цитокинов до настоящего времени не существовало. Специфические ингибиторы (рекомбинантный человеческий ИЛ-1Ра, анти-ФНОα «Инфликсимаб», анти-ФАТ «Лексипафант») колоссально дороги, а самое главное, обладая плейотропным действием, не могут подавлять весь спектр провоспалительных цитокинов.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов антимедиаторной терапии нестероидным противовоспалительным средством класса оксикамов у больных ПН. Материалы и методы. Сравнительное исследование эффективности антимедиаторной терапии выполнили у 334 больных ПН. У 88 больных в комплексное лечение включали препарат класса оксикамов (основная группа). 246 пациентов получали стандартную базисную терапию - группа сравнения. Оценивали уровень интерлейкинов крови (на 1,3,7 и 12 сутки), количество осложнений и летальных исходов. Результаты. На 1 сутки выявили повышенный уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у всех исследуемых больных. После проведенного лечения больных основной группы уровень ФНОα, ИЛ-6 и ИЛ-8 достоверно снижались уже к 3 суткам заболевания, в то время как в

группе сравнения концентрация ФНОα, ИЛ-6 и ИЛ-8 продолжала увеличиваться. Уровень ИЛ-10 в основной группе и группе сравнения составил 2,3 пг/мл и 2,2 пг/мл соответственно, а на 3 сутки, хотя и снижался, но его значимого различия в обеих группах не наблюдали. Общая летальность – 14,6% (49 больных). В группе сравнения умерло 43 больных (17,5%), в то время как в основной группе летальность составила 6,8% (6 больных). В основной группе отмечено уменьшение как висцеральных, так и гнойных осложнений. Так висцеральные осложнения (желудочно-кишечные кровотечения, псевдокисты, аррозивные кровотечения, панкреатические свищи) в основной группе возникли в 15 случаях, а в группе сравнения – в 43 случаях. Значимо снизилось количество инфицированных форм ПН в основной группе- 2 против 20 больных. При этом летальных исходов в основной группе не наблюдали, а в группе сравнения умерло 6 больных после оперативных вмешательств, выполненных по поводу инфицированных форм ПН.

Заключение. Таким образом, антимедиаторная терапия НПВС класса оксикамов в комплексном лечении больных ПН оказалась эффективной. На это указывает снижение количества осложнений и летальности. Кроме того, проведение терапии лорноксикамом приводило к уменьшению выброса цитокинов. Следовательно, значительное понижение уровня провоспалительных цитокинов служит аргументом в пользу выраженного противовоспалительного эффекта испытываемого препарата и его способности воздействовать на продукцию цитокинов.

522. НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНОГО ФЛЕБОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Арясов В.В. (2), Чубирко Ю.М.(1), Грицаенко Р.В.(1)

Воронеж

- 1) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ
- 2) Клиника “ДокторЪ Ч”

Цель: повысить эффективность работы, доступность и качество оказания медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (раздел – флебология) в амбулаторных условиях пациентам с варикозной болезнью нижних конечностей.

Материалы и методы. В непосредственной работе амбулаторного флебологического центра до 2015 года было задействовано 3 врача сердечно-сосудистых хирурга, 3 врача функциональной диагно-



стики. Сердечно-сосудистые хирурги вели первичный амбулаторный прием пациентов, выполняли оперативные вмешательства пациентам с варикозной болезнью нижних конечностей, а также различные манипуляции в виде склеротерапии, перевязок и снятия швов. Врачи функциональные диагносты проводили ультразвуковое исследование пациентам с заболеванием сосудистой системы (доплерографию, дуплексное сканирование артерий и вен). С 2015 года все сердечно-сосудистые хирурги прошли усовершенствование по ультразвуковым метода исследования в диагностике хирургической патологии сосудов нижних конечностей.

Результаты. В настоящее время во время приема сердечно-сосудистого хирурга (флеболога) при возникновении необходимости в проведении ультразвукового сканирования, врач самостоятельно выполняет вышеуказанное исследование. С одной стороны, этот подход достаточно оправдан с целью точной постановки диагноза и определения тактики дальнейшего лечения, в том числе оперативного. Ведь не всегда есть возможность лечащему врачу передать информацию в диагностические службы, на что сделать особый упор в исследовании. С другой стороны, пациенту очень удобно в кратчайшие сроки получить полную информацию о своем здоровье без посещения дополнительных кабинетов, ожидания в очереди, сохраняя свое время. С точки зрения доступности медицинской помощи пациентам данный подход крайне актуален. С точки зрения организации работы, снижается нагрузка на фонд оплаты труда, нет необходимости в расширении штата. Врач получает дополнительную возможность за счет совмещения зарабатывать больше. При этом нельзя забывать, что в большинстве стран мира вообще отсутствуют такие отдельные специальности как врач ультразвуковой и функциональной диагностики. Там врач-специалист самостоятельно владеет и выполняет различные виды дополнительных исследований.

Выводы: подобный подход к организации работы в амбулаторном флебологическом центре позволяет не только повысить эффективность работы, доступность и качество медицинской помощи, но и оптимален с экономической точки зрения.

523. СОСУДИСТАЯ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

*Корейба К.А.(1), Максимов А.В.(2),
Нуретдинов Р.М.(2)*

Казань

Центр "Диабетическая стопа"(1), ГАУЗ
«Республиканская клиническая больница МЗ
Республики Татарстан» (2).

Актуальность. Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) является одной из наиболее частых причин инвалидизации. Распространенность её в популяции точно не известна и обычно определяется как 500-1000 случаев на 1 млн. населения. Такая варибельность определения частоты заболевания, по-видимому, обусловлена тем фактором, что занимаются лечением этой патологии не только сосудистые хирурги, но и врачи других специальностей – общие хирурги, специалисты по гнойно-септической хирургии, диabetологи, что затрудняет точный статистический учет. Актуальность проблемы в последние годы увеличивается в связи с резким ростом количества больных с сахарным диабетом, сосудистые осложнения которого являются наиболее фатальными. Несомненно, что оптимальным решением проблемы критической ишемии является своевременная реваскуляризация. В ряде статистических исследований показана отчетливая отрицательная корреляция между количеством сосудистых реконструкций и частотой ампутаций в популяции.

Материалы и методы. С 2011 года в г.Казани организован Центр «Диабетическая стопа», в задачи которого входит организация хирургической помощи больным с осложнениями сахарного диабета. До 2011 года консультации сосудистого хирурга данной группе пациентов выполнялись лишь эпизодически, больные на реконструктивные операции практически не направлялись. С 2011 года в связи с введением в штат Центра «Диабетическая стопа» должности сосудистого хирурга, отбор больных на реваскуляризирующие операции ведется систематически. Всем больным, переведенным в отделение сосудистой хирургии, диагноз верифицировался ангиографическим исследованием. После выполнения реваскуляризации при необходимости дальнейшего лечения для заживления трофических расстройств больные в кратчайшие сроки переводились вновь в отделение хирургии. В течение 2014 года в центре стационарно пролечено 540 пациентов, из них 24,8% с гангренозными поражениями нижних ко-



нечностей и 19% по поводу критической ишемии нижних конечностей (КИНК). В течение 2015 года в центре стационарно пролечено 580 пациентов, из них 30% с гангренозными поражениями нижних конечностей и 27% по поводу КИНК. Возрастание удельного веса этой патологии было связано, в первую очередь, с более широким охватом населения специализированной хирургической помощью в условиях центра. В 2014-2015 годах все больные с КИНК были осмотрены сосудистым хирургом Республиканской клинической больницы. В 148 случаях (72,2%) реваскуляризация была признана невозможной в связи с выраженностью трофических расстройств и/или тяжестью общего соматического статуса. Этим больным были произведены органоуносящие операции (2014 год: в 1,9% случаях - надколенная, в 7% - ампутация на уровне голени; 2015 год: в 1,8% случаях - надколенная, в 6,5% - ампутация на уровне голени). За 2014-2015 г. средний возраст пациентов составил $70,5 \pm 1,3$ лет (38-87 лет), 33 из них (57,8%) были старше 70 лет, а 12 (21,1%) – старше 80 лет. Хроническая артериальная недостаточность (ХАН) III ст (по Покровскому А. В.) диагностирована у 25,6% пациентов (2014 год) и у 18,4% пациентов (2015 год), IV ст (по Покровскому А. В.) диагностирована у 33,9% пациентов (2014 год) и у 33,8% пациентов (2015 год). Артериальная гипертензия была у 96,5% больных, ИБС – у 86 %, 8,8% больных имели выраженный стеноз внутренней сонной артерии по данным ЦДС. Дистальная аортоартериография была выполнена всем пациентам, переведенным в отделение сосудистой хирургии. Внедрение мультидисциплинарного подхода в лечении больных с критической ишемией конечностей отразилось на общих статистических показателях хирургической деятельности центра.

Выводы: 1. Применение реваскуляризирующих методик значительно улучшает результаты лечения больных с критической ишемией конечностей у больных с синдромом диабетической стопы, 2. Обеспечение полноценного мультидисциплинарного подхода к лечению этой категории больных возможно с созданием организационных структур («кластеров»), включающих в себя отделение сосудистой хирургии, имеющее возможность применения как открытых, так и рентгенэндоваскулярных методик и отделения хирургии.

524. КОМПЛЕКС ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Корейба К.А.(1), Корейба Е.А.(2), Яковлева Л.А.(2)

Казань

Центр "Диабетическая стопа"(1), г.Казань;
ГАУЗ "ГдВВ", г.Казань

В настоящее время диагностический алгоритм синдрома диабетической стопы далек от совершенства. Зачастую теряется время уже на этапе диагностики и изменения, происходящие в организме больных сахарным диабетом, принимают характер не функциональных, а морфологических поражений. В Центре «Диабетическая стопа», г. Казань, разработан алгоритм своевременной, доступной, информативной диагностики. Материалы и методы. При поступлении пациенту выполнялась необходимая диагностическая программа, включающая в себя: 1. Определение неврологического статуса в соответствии со шкалой нейропатического дисфункционального счета (НДС), разработанной M.J. Young в 1986 г. и рекомендованной исследовательской группой Neurodiab при Европейской ассоциации по изучению диабета, 2. Пальпаторное определение пульсации магистральных артерий нижних конечностей, 3. Определение уровня сатурации кислорода артериальной крови нижних конечностей – транскутанная пульсоксиметрия (SpO₂), 4. Рентгенография стоп при наличии диабетической остеоартропатии и/или дефектов кожи и мягких тканей стоп, 5. Цветовое дуплексное сканирование (ЦДС) артерий нижних конечностей. Нормальными для больных с синдромом диабетической стопы считали показатели сатурации (SpO₂) 90-92% и выше. Интерпретация данных транскутанной пульсоксиметрии с разделением пациентов на группы: 1. Показатели мониторинга SpO₂ равны или ниже 90 – 92 % и пальпаторно не определялась пульсация на магистральных артериях нижних конечностей. Больной направлялся на консультацию ангиохирурга без дополнительных методов обследования для выбора дальнейшей тактики диагностики и лечения, 2. Показатели мониторинга SpO₂ равны или ниже 90-92%, но пульсация на магистральных артериях нижней конечности пальпаторно определялась. Пациент направлялся на ЦДС артерий нижних конечностей. После этого, при необходимости, на консультацию к ангиохирургу, 3. Показатели мониторинга SpO₂ равны или выше 90-92%, пульсация на магистральных арте-



риях нижней конечности пальпаторно определялась. Больной направлялся на рентгенографию стоп, при наличии дефектов кожи и мягких тканей и/или деформации стоп. Проведение ЦДС проводилось части пациентам с целью выявления корреляционной зависимости с пульсоксиметрией, 4. Показатели мониторинга SpO₂ равны или выше 90-92%, пульсация на магистральных артериях нижней конечности пальпаторно не определялась. Больной направлялся на консультацию сосудистого хирурга, с параллельным проведением ЦДС. Если в результате первичного осмотра, диагностического поиска в условиях амбулаторно-диагностической службы Центра отсутствовали показания для перевода больного в стационар с отделением хирургии или стационар с отделением сосудистой хирургии и отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, то пациент направлялся в дневной стационар или проходил амбулаторные курсы консервативного лечения под наблюдением специалистов Центра. При верификации уровня и степени поражения сосудистого русла по вышепредложенному алгоритму, больной направлялся в отделение сосудистой хирургии №1 РКБ МЗ РТ, где производилась диагностическая ангиография по итогам которой коллегиально выбирался тип реконструктивного оперативного лечения. В дальнейшем, после лечения в отделение сосудистой хирургии, на 2-4 сутки (при отсутствии послеоперационных осложнений) при наличии тяжелых трофических нарушений кожных покровов и мягких тканей, соответствующих классификации Wagner 3-5, больной направлялся в отделение хирургии Центра для проведения хирургического пособия на пораженной нижней конечности. При отсутствии или наличии раневых дефектов кожных покровов и мягких тканей, соответствующих классификации Wagner 1-2 пациент направлялся в дневной стационар Центра для проведения поддерживающей, реабилитационной терапии. Выводы. 1. Все звенья предложенного алгоритма, связаны между собой принципом «прямая-обратная связь» для оптимизации диагностической «дорожной карты» больного и достижения позитивного конечного результата, 2. Разработанный в Центре «Диабетическая стопа» комплекс диагностических мероприятий является общедоступным, информативным и позволяет больным с СДС в кратчайшие сроки перейти от диагностического этапа к получению специализированной хирургической помощи, осуществляемую специалистам компетентным во всех проявлениях СДС, а не получать поэтапную терапию, теряя время на стадии диагностического поиска, усугубляя течение данной патологии и повышая риск потери нижней конечности и летального исхода.

525. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Бурмистров М.В.(1), Сигал Е.И.(1), Бебезов С.И.(2), Еникеев Р.Ф.(1), Шарапов Т.Л.(1), Сигал Р.Е.(1), Федоров В.И.(2), Хазиев Р.А.(1).

Казань

1) ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РТ) КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность: Рак пищевода занимает 9-е место среди всех онкологических заболеваний в мире. Ежегодно в целом в стране регистрируется более 7000 случаев (7133 – 2014 г.). В среднем по России, на первом году наблюдения погибает около 60 % впервые в жизни зарегистрированных больных (60% - 2014 г.) Среди осложнений хирургического лечения рака пищевода, на первом месте стоит несостоятельность швов эзофагогастроанастомоза (ЭГА). Средняя частота несостоятельности ЭГА колеблется в пределах 15-20%. Данное осложнение приводит к удлинению сроков госпитализации, а в послеоперационном периоде – к формированию рубцовых стриктур анастомоза.

Материалы и методы: В период с 1995 по 2015 год во 2-м онкологическом (торакальном) отделении Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ Республики Татарстан находилось на лечении 1043 пациента. Соотношение женщин и мужчин составило 1:3,15. Возраст пациентов колебался от 24 до 82 лет (средний возраст 60,12±9,44 года). Уровень расположения опухоли: шейный отдел 25 (2,4%); верхняя треть грудного отдела 49 (4,7%); средняя треть грудного отдела 521 (50,0%); нижняя треть грудного отдела 279 (26,7%); грудной отдел 27 (2,6%); опухоли, выходящие за пределы одной анатомической зоны 142 (13,6%). Предоперационную лучевую терапию получило 471 (45,2%) пациентов. В зависимости от локализации опухоли пищевода операция выполнялась из различных доступов: абдоминоцервикальный 522 (50,05%), трансторакальный 505 (48,42%) видео-ассистированный 16 (1,53%). Летальность после операции составила 114 (10,9%) больных. Частота несостоятельности ЭГА составила 200 (19,2%). В период с 1995 по 2007 число несостоятельности составляло 145 (28,9%). Начиная с 2007 года, нами производилось измерение кровоснабжения шейного отдела пищевода во время операции с помощью пульсомоторографии. Для определения гемодинамики в стенке шейного отдела пищевода интраоперационно использовали устройство (оп-



топара), смонтированное на базе стандартного зажима, на браншах которого размещался датчик с воспринимающими пульс элементами.

Результаты: Данная методика позволила уменьшить количество несостоятельности до 50 (10,5%). С 2015 года дополнительно к измерению кровоснабжения шейного отдела пищевода, мы начали измерять кровоснабжение желудочного трансплантата для определения уровня наложения анастомоза. В результате количество несостоятельности уменьшилось до 5 (7,8%).

Заключение: Интраоперационная оценка кровоснабжения дистального сегмента пищевода и проксимального сегмента желудочного трансплантата является надежным способом профилактики несостоятельности ЭГА.

526. ВЗГЛЯД НА ОСТРУЮ СПАЕЧНУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ С ПОЗИЦИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Левин Л.А., Малышкин П.О., Назаренко А.А.

Санкт-Петербург

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Среди причин острой кишечной непроходимости доминируют брюшинные сращения, в большинстве случаев являющиеся следствием лапаротомных операций. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) часто требует хирургического вмешательства для ее устранения, которое само по себе вызывает образование новых спаек. В этом отношении малотравматичный видеолапароскопический способ оперативного лечения представляет особый интерес. Однако в силу различных причин лапароскопические операции по поводу ОСКН широкого распространения пока не получили. Мы попытались проанализировать причины неудач при использовании видеолапароскопической технологии и оценить ее перспективы в диагностике и лечении при ОСКН. Для этого использовали материал Санкт-Петербургской Александровской больницы, куда в 2012-2016 гг. были госпитализированы 30995 больных с ургентной абдоминальной хирургической патологией, среди которых у 602 (1,94%) диагностирована ОСКН. У 366 (60,8%) из них нарушение кишечной проходимости устранено консервативными методами лечения, а 236 (39,2%) пациентов были оперированы. Для сравнения: десятью годами ранее за аналогичный пятилетний период 2002-2006 гг. в эту же больницу поступили 33290 больных с ургентной абдо-

минальной хирургической патологией, в том числе с ОСКН 933 (2,8%) человека (р0,1). Следовательно, за последнее десятилетие уменьшилась частота ОСКН среди других форм «острого живота», но не произошло существенных изменений в оперативной активности при ОСКН. Среди 236 больных, оперированных по поводу ОСКН, было 132 (55,9%) женщины и 104 (44,1%) мужчины в возрасте от 20 до 89 лет. Большинство пациентов – 158 (70%) человек - было старше 50 лет. В сроки менее 12 часов с момента появления болей в животе в стационар поступили только 49 (20,8%) больных, от 12 до 24 часов – 105 (44,5%), до 2х суток – 47 (19,9%), до 3х суток - 17 (7,2%) , более 3х суток – 18 (7,6%) пациентов. Среди больных с ОСКН 50 человек были направлены в стационар с другими диагнозами. У больных ОСКН самой частой операцией в анамнезе была традиционная аппендэктомия. Среди 236 оперированных в 20 (8,5%) случаях – у 7 женщин и 13 мужчин – ОСКН возникла у пациентов, не имевших в анамнезе операций на брюшной полости. Причиной образования спаек у них были воспалительные заболевания, травмы живота. В ранние сроки от начала заболевания, а также при неотчетливой клинической картине ОСКН начинали лечение консервативными методами и при необходимости расширяли стандартный объем обследования, дополняя его сонографией, компьютерной томографией, наблюдением за пассажем бария в кишечнике. При отсутствии эффекта от консервативного лечения решался вопрос о возможности устранения кишечной непроходимости лапароскопическим способом. В запущенных случаях ОСКН с резко выраженным вздутием живота вопрос о лапароскопическом вмешательстве не поднимался, больных сразу начинали готовить к открытой операции. Лапароскопия с диагностической и лечебной целью была предпринята у 111 больных с ОСКН - 52 (46,8%) мужчин и 59 (53,2%) женщин в возрасте от 21 и до 89 лет. Предпочтение отдавалось доступу по Hasson'у. Среди этих пациентов в 82 (73,9%) случаях лапароскопически обнаружить препятствие и устранить непроходимость не удалось из-за обширного спаечного процесса в брюшной полости и/или сильного вздутия кишечника. Во всех этих случаях перешли на традиционную лапаротомию срединным доступом. Лишь в 29 (26,1%) наблюдениях удалось осуществить лапароскопический адгезиолизис и устранить ОСКН. Лапароскопические операции оказались успешными там, где непроходимость была вызвана локальным сращением кишок с брюшной стенкой или между собой в виде двустволок, либо одиночными шнуровидными тяжами, сдавливавшими кишку без некроза ее, и расширение кишок было умеренным. Продолжительность лапароскопических операций варьировала от 30 до 45 минут



(в среднем $30 \pm 8,9$ мин.). Осложнений во время и после лапароскопического устранения спаечной кишечной непроходимости не было. Средний койко-день после лапароскопических операций был $6 \pm 2,3$ дня. Традиционные операции продолжались от 60 минут до 6 часов (в среднем 110 ± 27 мин.). При традиционных операциях случались повреждения кишечной стенки, возникали различные послеоперационные осложнения, в 10 (4,9%) наблюдениях имели место летальные исходы. Средний койко-день составил $10,2 \pm 4,6$ дня, в том числе $2 \pm 1,3$ дня в условиях реанимационного отделения. Значительные различия между лапароскопически и традиционно оперированными больными закономерны, поскольку их группы несопоставимы по тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии. Ретроспективно по результатам ревизии брюшной полости при 207 лапаротомных операциях установлено, что причиной ОСКН в 50 (24,2%) случаях явились единичные спайки, которые могли бы быть устранены лапароскопическим способом, если операции были бы начаты с лапароскопической диагностики или предприняты в более ранние сроки, до появления сильного вздутия кишечника. Хотя в большинстве наблюдений лапароскопические операции представлялись невозможными из-за позднего обращения больных за медицинской помощью, в ряде случаев все же были и другие причины выбора открытого способа операции: 1) безуспешное консервативное лечение затянато и упущен подходящий для лапароскопической операции момент; 2) экономический аспект - действовавшие в рамках ОМС тарифы таковы, что за лапароскопическое устранение ОСКН больница получала вдвое меньшую сумму, чем за аналогичную открытую операцию. Коррекция тактических подходов и устранение экономических диспропорций в страховых тарифах будут способствовать более широкому использованию эндохирургической технологии при ОСКН.

527. ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Тихомиров М.В., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В., Тихомиров В.М., Барвинский Д.С., Каракулов Д.Б.

Нижевартовск

БУ Нижевартовская окружная клиническая больница

Количество операций при перфоративной язве на протяжении последних десятилетий держит-

ся на уровне 7,5-13,0 на 100000 человек. Важной задачей хирургии сегодня является внедрение и использование минимальноинвазивных способов оперативного лечения, в том числе в условиях оказания urgentной помощи. В БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница» используются три миниинвазивных способа хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы. При отсутствии противопоказаний ушивание перфоративной язвы и санация брюшной полости выполняется с использованием миниинвазивных технологий. Общими противопоказаниями для использования миниинвазивных способов являются: гнойный перитонит, абдоминальный сепсис; труднодоступная локализация язвы (атипичные перфорации); подозрение на малигнизацию язвы. Приоритетным является видеолапароскопическое ушивание перфоративной язвы. При наличии таких противопоказаний как – большой диаметр перфоративного отверстия, наличие противопоказаний к пневмоперитонеуму, наличие 2 факторов риска по прогностической шкале Воеу, а также отсутствие в дежурной бригаде хирургов владеющих навыками лапароскопических операций – выполняется ушивание перфоративной язвы и санация брюшной полости из минилапаротомного доступа. Так же эти миниинвазивные способы используются в сочетании (видеолапароскопически-ассистированные операции), но мы применяем данный вариант только как результат конверсии видеолапароскопии. Операции из минидоступа проводятся с использованием комплекта «Мини-Ассистент» (М.И. Прудкова). Для определения противопоказаний применяем шкалу оценки тяжести перитонита у пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой (получен патент РФ на изобретение): 1. Оценка времени прошедшего с момента перфорации – каждый час + 1 балл 2. Оценка распространенности перитонита – каждые 100 мл выпота + 1 балл 3. Оценка перитонита по характеру выпота в бр. полости: Серозный выпот, либо желудочное содержимое + 0 баллов Серозно-фибринозный выпот + 5 баллов Гнойно-фибринозный выпот + 10 баллов 4. Оценка перитонита по тяжести клинических проявлений: Перитонит без явлений абдоминального сепсиса + 0 баллов Перитонит с явлениями абдоминального сепсиса + 10 баллов Противопоказания к операции из мини-доступа: абсолютные – Сумма более 11 баллов; относительные – вес более 80 кг, перенесенные операции на бр. полости, сроки заболевания свыше 6ч. В 2015-2016гг., в БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница» выполнено 57 ушиваний перфоративных гастродуоденальных язв. Видеолапароскопическое ушивание перфорации выполнено у 27 пациентов (47%), ушивание и санация брюшной полости из минила-



паротомного доступа выполнено у 11 пациентов (17%), видеолaparоскопически-ассистированная операция произведена 2 пациентам (4%). Из традиционного верхнесрединного доступа оперировано 17 пациентов (30%). Все оперированные традиционно имели противопоказания для миниинвазивных операций, в большинстве случаев (52,6%), это явления абдоминального сепсиса. При анализе историй болезни пациентов оперированных миниинвазивно получили следующие результаты: 1. Видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы - среднее время операции $75 \pm 5,5$ мин., средний срок пребывания в ОАР – $90,7 \pm 7,3$ мин., средние сроки госпитализации $6,1 \pm 0,3$ койко-дней. 2. Ушивание перфоративной язвы из минидоступа - средняя величина доступа составила $30,8 \pm 0,6$ мм, среднее время продолжительности операции $34,5 \pm 3,5$ мин., средний срок пребывания в ОАР – $88,3 \pm 5,5$ мин, Средние сроки госпитализации – $5,9 \pm 0,2$ койко-дней. У пациентов оперированных миниинвазивно, традиционно наблюдали менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде и как следствие меньшее использование анальгетиков, и более раннюю активизацию. Осложнений связанных непосредственно с операциями и летальных исходов не наблюдали. Наш опыт хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв показывает, что у большинства больных данной патологией, возможно и целесообразно применение миниинвазивных методик. Каждая, из используемых нами, минимальноинвазивных методик имеет свои преимущества и недостатки, показания и противопоказания. Однако, сочетанное их применение в стационаре, позволило нам в 2015-2016 гг. выполнить миниинвазивные вмешательства при ушивании перфоративной язвы в 70% случаев, без роста числа осложнений.

528. ОСНОВЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИТОНИТА

Маскин С.С.(1), Карсанов А.М.(2), Дербенцева Т.В.(1), Климович И.Н.(1), Матюхин В.В.(1), Ерофицкая В.В.(1)

Волгоград, 2) Владикавказ

1) ВолгГМУ, 2) СОГМА

Цель исследования. Разработка и изучение результатов применения модифицированных критериев абдоминального сепсиса (АС) при распространенным перитоните, вследствие заболеваний и травм толстой кишки (РПТК), в рамках диффе-

ренцированного подхода к хирургическому контролю осложненной внутрибрюшной инфекции. **Материалы и методы.** Исследование основано на результатах лечения 224 пациентов с РПТК. Критерием исключения был аппендикулярный перитонит. В работе были использованы модифицированные критерии АССР/SCCM (1991). Согласно им, за отсутствие сепсиса при РПТК признавалась ситуация, когда имел место внутрибрюшной источник инфекции + 1-2 критерия ССВР + отсутствовали признаки синдрома кишечной недостаточности (СКН) 2-3 стадии, из проявлений указанного синдрома может присутствовать лишь нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника, также нет каких либо проявлений органной недостаточности (SOFA=0). 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(0,05). В структуре летальности в группе ЭРЛТ преобладали интраабдоминальные осложнения и раковая интоксикация. Были получены достоверные различия между летальностью при РПТК без сепсиса ($17,1 \pm 2,6\%$), при АС ($28,7 \pm 2,6\%$), при ТС и СШ ($55,9 \pm 6,8\%$) ($p < 0,05$). В то же время, при применении тактики полужакрытого ведения брюшной полости с помощью однократной лапаротомии с дренированием установлен значительный рост летальности по мере возрастания степени тяжести РГП.

529. КОНТРОЛЬ НАД РИСКАМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОНКОХИРУРГИИ

Карсанов А.М.(1), Маскин С.С. (2), Слепушкин В.Д.(1), Климович И.Н.(2), Карсанова З.О.(1), Валиев Р.В.(1), Дербенцева Т.В.(2)

Владикавказ, 2) Волгоград

1) СОГМА, 2) ВолгГМУ

Цель исследования. Разработать и внедрить принципы эскалационного подхода к профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), как компонента программы ускоренного восстановления (ПУВ) с дигестивными локализациями рака.

Материалы и методы. Результаты профилактики ВТЭО у оперированных онкологических больных анализировались за два периода наблюдения: “период рутинной профилактики ВТЭО” (2000-2007 гг.) – 184 пациента (контрольная группа), в



которой были применены современные международные и национальные рекомендации по профилактике ВТЭО и “период эскалационной профилактики ВТЭО” (2008-2013 гг.) – 254 пациента (основная группа), у которых комплекс мер по профилактике послеоперационных осложнений (ПО) реализовывался в рамках адаптированного нами варианта ПУВ. В зависимости от частоты воспроизводимости в конкретном исследовании, компоненты ПУВ были градируются по трем уровням. Высокий уровень воспроизводимости (УВ) “А” включал мероприятия, воспроизведенные нами с частотой 81-100%; средний УВ “В” – с частотой 61-80% и к низкому УВ “С” отнесены мероприятия, воспроизведенные с частотой $\leq 60\%$ от всех пациентов основной группы. В основной группе компоненты ПУВ, способствующие эскалации мер профилактики ВТЭО реализовывались в рамках различных УВ. Так к УВ “А” относились: введение низкомолекулярного гепарина (НМГ) 12 часов до операции – 100%, удаление центрального венозного и уретрального катетеров в течение 48 часов (83,5%), внутрибрюшинные технологии профилактики кишечной непроходимости и синдрома абдоминальной гипертензии (84,6%). УВ “В” соответствовали: ультразвуковое компрессионное ангиосканирование (УЗАС) вен нижних конечностей (73,4%), создание адекватного режима регидратации путем инфузии кристаллоидов по 2 мл/кг/ч (66,7%), интраоперационный мониторинг с включением оценки уровня сознания по БИС-монитору для дозирования гипнотиков и электромиографии для дозирования миорелаксантов (73,2%), дополнительная инфузия при гипотонии или олигурии (74,2%), использование с целью анальгезии инфузий раствора парацетамола и инъекций кеторола по требованию (86,4%), активизация в виде принятия сидячего и вертикального положения к исходу 1-х суток (73%), со ступенчатым удлинением периода активизации. УВ “С” соответствовали: ЭХО-кардиография при сочетании нескольких факторов риска (14,4%), УЗАС вен нижних конечностей на 3-и сутки после операции (38,6%), повышение суточной профилактической дозы НМГ на 25-50% на 3-и сутки, при отсутствии увеличения теста АЧТВ, как минимум в 1,2 раза от исходного у конкретного больного и при ухудшении ряда гемостазиологических показателей более чем на 20% от исходных и, что наиболее значимо, пролонгирование инъекций НМГ до 30 суток на основе добровольного информированного согласия при сочетании нескольких факторов риска (21,4% случаев). Результаты. В контрольной группе интегральный показатель, получивший название “индекс риска эмбологенности” (ИРЭ) и вычисляемый, как частное от соотношения относительных показателей проксимальных и дистальных ВТ, к

которым нами были отнесены не только тромбоз глубоких вен, но и варикотромбофлебит, составил 0,73, что коррелировало с частотой ТЭЛА (1,1%) и тем более фатальной ТЭЛА (0,5%). При внедрении эскалационного подхода к профилактике ВТЭО ИРЭ составил 0,33, что не только свидетельствовало о двукратно превосходящем риске ТЭЛА в контрольной группе, но и фактически отразилось в отсутствии летальности от ТЭЛА в основной. Эффективность эскалационного подхода к профилактике ВТЭО была реализована в виде сокращения всех категорий послеоперационных ВТЭО с 4,9% до 2%. При внедрении стратегии активной переоценки клинической ситуации по ходу лечения наиболее значимым является снижение частоты проксимальных ВТ (с 1,6% до 0,4%) и отсутствие фатальной ТЭЛА. Заключение. Достижение низких показателей послеоперационных ВТЭО является одной из слагаемых концепции периоперационной безопасности пациентов. Профилактика ВТЭО должна основываться на внедрении внутреннего протокола, основанного на определении степени риска и активной переоценке ее эффективности на всех этапах лечения. Внедрение эскалационного подхода к профилактике в рамках общей стратегии ПУВ позволяет добиться у больных высокого риска более чем двукратного снижения частоты ВТЭО по сравнению со стандартными мерами.

530. ВАРИАНТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ИНЦИЗИОННЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХИРУРГИИ

Карсанов А.М.(1), Маскин С.С.(2), Климович И.Н.(2), Дербенцева Т.В.(2), Карсанова З.О.(1), Бичегкуев Е.Г.(1), Валиев Р.В.(1), Павлов А.В.(2)

Владикавказ, 2) Волгоград

1) СОГМА, 2) ВолгГМУ

Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения рака ободочной кишки (РОК) позволяет не только повысить безопасность лечения, снизить материальное бремя на лечебное учреждение, но и стратегически повышает радикализм противоопухолевого лечения.

Цель исследования. Оценить возможности внедрения протокола профилактики и мониторинга инцизионных инфекций (ИИ) в хирургии РОК.

Материалы и методы. Работа основана на анализе частоты и характера инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ), осложнивших лечение 183 больных РОК, оперированных открытым способом с 2007 по 2013 гг. и рандомизированных на две группы сравнения. В основной



группе (80 больных) периоперационный комплекс лечебных мероприятий реализовывался на основании адаптированного варианта протокола ускоренного восстановления - «Fast track surgery» (FTS), в контрольной группе (103 больных) была использована традиционная методика ведения больных. В основной группе среди мер, имеющих прямую корреляцию с вероятностью развития ИОХВ были применены (после дефиса указана частота соблюдения): отказ от механической очистки толстой кишки - 94%, антибактериальная профилактика путем селективной деконтаминации ЖКТ - 71% и внутривенное введение разовой дозы цефалоспоринов без псевдомонадной активности за 30 минут до разреза - 100%; протекция операционной раны - 47%, формирование ручных анастомозов продольным однорядным экстрамукозным абсорбируемым швом - 77%, недопущение интраоперационной гипотермии - 100%, при зашивании лапаротомной раны после герметизации апоневроза - последовательный лаваж водным раствором хлоргексидина и 3% раствором перекиси водорода с экспозицией 3 минуты, тщательная адаптация всех слоев раны, шов кожи полипропиленом и бесповязочное ведение. К послеоперационным осложнениям были отнесены возникшие в течение 30 суток после операции. Для оценки ИОХВ применены общепринятые критерии CDC, а для инцизионного раневого процесса - интегральная шкала ASEPSIS, начиная с 3-х и через каждые двое суток послеоперационного периода. Результаты. При анализе осложнений в группах получены статистически достоверные отличия, как среди общих, так и среди хирургических осложнений. В контрольной группе наряду с абсолютным ростом частоты хирургических осложнений (13,6%), по сравнению с основной (2,5%), возросла как их доля в общей структуре осложнений по сравнению с основной группой (с 18% до 52%), так и степень их тяжести. При межгрупповом анализе частоты и характера ИОХВ выявлены существенные отличия в частоте регистрации ИОХВ по критериям CDC и ASEPSIS. По CDC: всего ИОХВ было зарегистрировано 2,5% и 8,7%; раневых поверхностных - 2,5% и 3,5%, раневых глубоких - 0% и 2,9%; органа/полости - 0% и 1,9%, в основной и контрольной группах соответственно. По шкале ASEPSIS: удовлетворительное заживление раны было - в 97,5% и 90%; нарушенное (замедленное) заживление - в 2,5% и 2,9%; ИИ легкой степени - в 0% и 1%; ИИ средней степени - в 0% и 2%; тяжелая ИИ - в 0% и 1% случаев в основной и контрольной группах соответственно. Применение протокола FTS в хирургии РОК, позволяет добиться сокращения продолжительности лечения (8,9 против 13,1 дней (без учета случаев повторной госпитализации), снижения частоты и тяжести послеоперационных осложне-

ний (13,7% против 26,2%). При попытке объективизировать оценку частоты ИОХВ у больных РОК с помощью шкалы ASEPSIS, были получены противоречивые по структуре раневых осложнений результаты. Хотя при межгрупповом сравнении обе шкалы продемонстрировали статистически достоверные результаты.

Заключение. Большинство компонентов классической мультимодальной программы FTS могут быть успешно внедрены при лечении РОК. Основным преимуществом технологии FTS является нивелирование последствий операционной агрессии, выразившееся в достоверном снижении как общих, так и хирургических осложнений. Применение шкалы ASEPSIS для интегральной динамической оценки и регистрации характеристик течения раневого процесса у больных РОК продемонстрировало не только сопоставимые по качественным параметрам результаты с общепринятой системой CDC, но и большую вариабельность и динамизм анализируемых параметров и хроно-морфологических нюансов репаративного процесса.

531. ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИЩЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Карсанов А.М.(1,2), Карсанова Т.К.(2),
Болиева А.И.(2), Бичегкуев Е.Г.(1), Дзахов В.В.(2),
Толасова З.М.(2)*

Владикавказ

- 1) СОГМА,
- 2) НУЗ УБ на ст. Владикавказ ОАО "РЖД"

Цель исследования - проведение мониторинга и оценка уровня организации мер социальной защищенности хирургических пациентов (СЗП) в Узловой больнице на ст. Владикавказ ОАО "РЖД" (УБ).

Материал и методы. Анкетирование осуществлялось непрерывно с ежеквартальным, полугодовым, годовым анализом результатов в рамках врачебной комиссии. С соблюдением принципов проведения популяционных исследований была разработана анкета для пациента, включающая 26 вопросов. Всего опрошено 168 респондентов, прошедших стационарное лечение в 2014 г.

Результаты. Женщины составили подавляющее большинство - 82%, так же как и трудоспособное население - 81,6%. 73% пациентов были городскими жителями. 95% обратились в лечебное учреждение для лечения, а остальные для обследования. Важным социальным показателем функционирования УБ является то, что 86,9% ре-



спондентов не пришлось испытывать затруднения при госпитализации. Чуть более процента из опрошенных (1,2%) оценили свои проблемы при госпитализации как существенные. Недовольство качеством обслуживания в различных подразделениях УБ выразили малое количество респондентов. Так работой регистратуры были не довольны 3%, приемным покоем и врачом поликлиники – по 1%. В целом по больнице 3% пациентов не были ознакомлены с правилами внутреннего распорядка. 96,4% респондентов указали, что были проинформированы о своих правах и обязанностях надлежащим образом. В результате анкетирования 3,6% респондентов не подтвердили факта письменного оформления информированного согласия. 97,6% опрошенных указали, что имели возможность задать любые вопросы лечащему врачу, 0,6% – не имели и 1,8% имели не в полном объеме. Среди наших пациентов полную удовлетворённость обеспечением медикаментов за счёт страховых компаний подтвердили 92,3%, частично удовлетворёнными были 4,7%, неудовлетворёнными – всего 0,6% и затруднились ответить – 1,8%. Удовлетворённость доступностью диагностического комплекса в больнице отметили 84% пациентов, остальным 16% пришлось оплачивать дополнительные обследования, что для территориальных лечебных учреждений в нашем регионе является вполне приличным показателем, особенно с учетом того, что наше учреждение не является многокочным и оснащено строго в соответствии со спектром определенных учредителем лечебно-диагностических задач. При оценке в целом своего отношения к нашей больнице 79,1% опрошенных оценила её на 5 баллов, 13,7% – на 4 балла, 3,6% – на 3 балла, а оценки в 1 и 2 балла не было вовсе, что внушает оптимизм при оценке качества предоставления медицинских услуг. В итоге: 99,4% респондентов оказались удовлетворёнными качеством работы всего персонала больницы и лишь 0,6% - не были удовлетворены. В отделениях этот показатель колебался от 96% до 100%. Отношением лечащих врачей были удовлетворены 98,2%, медицинских сестер – 100%. Качеством проводимой уборки младшим персоналом остались довольны 98,2% респондентов. На завершающий вопрос анкеты: “Хотите ли Вы получить помощь в нашей больнице в будущем?”, 97% респондентов ответили утвердительно и лишь 3% не намерены обращаться в наше лечебное учреждение. Главные выводы, предложения по совершенствованию системы и мероприятия по устранению недостатков, были доведены до сведения коллектива УБ. Выводы. Среди индикаторов СЗП выделяются: свобода выбора врача и медицинского учреждения, отношение системы здравоохранения к людям с точки зрения уважения их достоинства,

внимание к личностным потребностям пациентов и соблюдение принципов конфиденциальности, высокое качество бытовых удобств для пациентов, участие пациентов в процессе принятия решений, ясность общения с медицинским персоналом и достаточность времени для уточнения неясных вопросов. Хорошо спланированное и организованное анонимное анкетирование пациентов является высокоэффективным средством мониторинга удовлетворенности уровнем организации мер СЗП. В результате проведения популяционных исследований выявляются скрытые дефекты качества оказания медицинской помощи. Адекватные меры целевого устранения недостатков организации СЗП являются единственным возможным способом управления современным лечебным учреждением.

532. ДЕФИНИЦИЯ СЕПСИСА: ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА В ПОИСКАХ ИСТИНЫ

Сажин В.П.(1), Слепушкин В.Д.(2), Маскин С.С.(3), Коровин А.Я.(4), Карсанов А.М.(2)

Рязань, 2) Владикавказ, 3) Волгоград,
4) Краснодар

1) РязГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2) СОГМА,
3) ВолгГМУ, 4) КубГМУ

Сепсис был и остаётся нерешённой, потенциально смертельной проблемой глобального здравоохранения. Несмотря на многолетние усилия всего мирового научного сообщества, несовершенство дефиниции и отсутствие унификации в определении понятия “сепсис” как в контексте разных исторических периодов, так и среди представителей различных национальных школ специалистов в области хирургической инфекции. Только после согласованного в глобальном масштабе, единого понимания терминологии, классификации и принципов диагностики, что было осуществлено 25 лет назад по итогам Согласительной конференции ACCP/SCCM (1991) в мире начал реализовываться системный подход к решению проблемы сепсиса. **Цель исследования** – оценить 25-летний опыт использования критериев сепсиса в контексте развития его дифференциальных характеристик.

Материалы и методы. Нами, на модели распространённого гнойного перитонита (РГП), были предложены модифицированные критерии абдоминального сепсиса (АС). Модель апробировалась на когорте из 224 пациентов (2008-15 гг.), у которых перитонит был следствием заболеваний и травм толстой кишки, при этом: РГП без сепсиса



был констатирован у 23,2±1,4%, АС – у 47,8±2,4% и ТС – у 28,9±1,6% из них.

Результаты. Исходы лечения пациентов с РГП оценивались в рамках дифференцированного подхода к контролю источника внутрибрюшной инфекции. В результате, летальность при РГП и отсутствии сепсиса составила 13,5±4,7%, при АС – 30,8±4,7%, при тяжелом сепсисе (ТС) и септическом шоке (СШ) – 58,5±6,1%.

533. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ХИРУРГИИ: РЕАЛЬНОСТЬ И НАЧАЛЬНЫЕ ШАГИ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Сажин В.П.(1), Маскин С.С.(2), Карсанов А.М.(3,4)

Рязань, 2) Волгоград, 3) Владикавказ

1) РязГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2) ВолгГМУ,
3) СОГМА, 4) НУЗ УБ на ст. Владикавказ ОАО "РЖД"

Цель исследования – многоцентровое изучение профессиональной информированности хирургов в области периоперационной безопасности пациентов (БП) для определения первоочередных мер образовательного характера.

Материалы и методы. Авторами исследования была разработана анкета из 50 вопросов, структурированных по 8 основным блокам: о концепции безопасности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ); о правовых и информационных основах безопасности пациента; о комплексной профилактике венозных тромбозных осложнений (ВТЭО); о понимании проблемы профилактики хирургических инфекций; о профессиональной ориентации хирургов в выборе оптимального шовного материала; о теоретической подготовке и практическом опыте респондентов в области видеоскопической хирургии; о периодичности и форме профессиональной подготовки и самоподготовки хирурга; о членстве в РОХ и об отношении хирургов к образовательным инициативам общества. Результаты опроса 110 курсантов - хирургов разных регионов статистически обработаны с помощью программы Statistica 6.1. Среди респондентов хирургами стационара были 88,2% врачей, остальные работали в поликлинике. 80% были мужчины, а средний стаж работы – 16,1±0,97 лет. 7% опрошенных были заведующими структурными подразделениями. В российском обществе хирургов (РОХ) состоят 21,8%. Преимущественно плановой хирургией занимаются 47,3%, остальные – экстренной.

Результаты. Ранее фигурантами конфликтных ситуаций с пациентами были 55,5% хирургов, одна-

ко только 60,9% из них на момент исследования используют в каждодневной работе 323 ФЗ. Только половина из опрошенных хирургов знакома с программой ВОЗ "О безопасности пациентов", так же, как и по таким важным направлениям обеспечения БП, как профилактика венозных тромбозных осложнений и инфекций области хирургического вмешательства. Несмотря на то, что 81% хирургов считают более значимым риск тромбозов легочной артерии, нежели риск интраоперационного кровотечения, только 50% наших респондентов проводят оценку риска ВТЭО перед каждой операцией, а другая половина хирургов считает такую оценку целесообразной только при наличии клинических факторов риска. Только 47,3% респондентов всегда проводят перед операцией оценку риска инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ), 49,1% выполняют это только при явном риске ИОХВ, а 3,6% – не делают этого никогда. Эти результаты труднообъяснимы, ведь 94,3% из опрошенных хирургов вполне справедливо считают ИОХВ серьезной проблемой и только 5,7% так не считают. При риске ИОХВ применяют периоперационную антибактериальную профилактику (АБП) 57,3% хирургов. На наш взгляд, требуют безотлагательного решения выявленная в деятельности отдельных учреждений проблема, суть которой заключается в том, что 37,3% опрошенных применяют АБП во всех случаях плановых операций, а 5,4% хирургов – вообще ее не используют. 76% респондентов имеют возможность применения видеоскопических технологий, однако реализуют её только 36%, причём в ургентной хирургии - не более половины. 42,1% из числа опрошенных хирургов поддерживают образовательные инициативы РОХ, 20,6% относятся к ним отрицательно, еще 16,7% считают их невыполнимыми, а оставшиеся 20,6% – не знакомы с системой непрерывного образования общества. 33% хирургов не обучаются добровольно на сертификационных образовательных циклах. В качестве основного источника хирургической информации 36,3% используют сеть интернет, 25,7% – монографическую литературу, 24,2% – хирургические журналы, 9% – материалы и резолюции научных форумов. Только 79% хирургов не сомневаются в правильности выбора своей профессии. Выводы. Современные реалии требуют сфокусировать внимание хирургического сообщества на вопросах формирования такого понятия, как "безопасность хирургических пациентов и медицинских работников". На данном этапе следует исходить не только из необходимости более интенсивного научного поиска в области развития технологий безопасности хирургических пациентов и скорейшей их реализации в практическое здравоохранение, но и из потребности акцентированно формировать обра-



зовательные программы национального хирургического сообщества.

534. РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Орлов А.Е. (1,2), Воздвиженский М.О. (1,2),
Козлов С.В. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В. (1,2),
Борисов А. П. (1,2)

Самара

(1) Самарский областной клинический
онкологический диспансер (2) Самарский
государственный медицинский университет

Цель исследования: оценка результатов применения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов КРР печени при циторедуктивных операциях (ЦО).

Материал и методы исследования. С целью проведения анализа результатов РЧА колоректальных метастазов печени при паллиативных операциях нами проведено исследование двух групп больных: 54 пациента с РЧА метастатических очагов составили основную группу, в контрольную группу вошел 61 больной с атипичной резекцией. Средний возраст в основной и контрольной группах составил $55,47 \pm 6,71$ и $57,39 \pm 4,99$ лет ($t=1,71$, $p=0,089$) соответственно. Общее число метастазов, удаленных при атипичной резекции составило - 177, РЧА - 194. Количество метастатических новообразований в основной группе было от 2 до 6, среднее их число составило - $3,09 \pm 0,76$, в контрольной - от 1 до 4, среднее число - $2,88 \pm 0,89$ ($p=0,24$).

Результаты и их обсуждения. Проведенный анализ годовых отчетов хирургических отделений ГБУЗ СОКОД с 2001 года по 2008 годы показал, что общее число ЦО при КРР 4 стадии в данный период значительно не менялось и составило $54,37 \pm 7,71$ операции в год. В основной группе послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (13%), в контрольной - у 18 (29,5%) пациентов ($p=0,04$). Осложнения, связанные с операцией на печени после РЧА были диагностированы - у 2 (28,6%), а после атипичной резекции - у 10 (55,5%) пациентов. Пятилетняя бессобытийная выживаемость в основной группе была выше, чем в контрольной, их значения составили 13,1% и 6,0% соответственно, медианы бессобытийной выживаемости составили 24 и 15 месяцев соответственно ($p=0,04$). Показатели пятилетняя общей выживаемости в основной и контрольной группах составили 26,4%

и 12,7% соответственно ($p=0,07$).

Выводы: таким образом, применение РЧА в лечении единичных билобарных метастазов в печени позволило значимо увеличить число ЦО РО, выполняемых при лечении КРР 4 стадии, снизить объем интраоперационной кровопотери и риск развития послеоперационных осложнений.

535. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА И ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Санкт-Петербург

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

Частота травм поджелудочной железы (ПЖ) в структуре абдоминальной травмы составляет от 4,3% до 10,7%. При этом, повреждения ПЖ при торакоабдоминальных ранениях (ТАР) и ранениях живота встречаются достаточно редко. Послеоперационные осложнения возникают у 32-75% пострадавших, а летальность может достигать 80%. Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с ранениями живота и торако-абдоминальными ранениями с повреждением ПЖ. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 41 пострадавшего с открытыми повреждениями ПЖ, находившихся на лечении в хирургических отделениях Елизаветинской больницы и с 1991 по 2015 годы. 15 пациентов, находившихся на лечении с 1991 по 2003 годы, составили контрольную группу (I), 26 пациентов, пролеченных с 2004 по 2015 годы, - группу исследования (II). В I группе все пострадавшие были мужчинами - 15 (100,0%). Во II мужчин было 22 (84,6%), женщин - 4 (15,4%), средний возраст составил $33,3 \pm 3,0$ и $36,4 \pm 2,6$ соответственно. Большинство пострадавших поступали в ясном сознании 27 (65,8%) пациентов, в оглушении - 3 (7,3%), в сопоре - 6 (14,6%) пострадавших. Кома наблюдалась в 3 (7,3%) наблюдениях и, в основном, была следствием тяжелой кровопотери. Основной жалобой явилась боль в области ран - 31 (75,6%). В состоянии шока поступило 18 (43,9%) пациентов. Чаще всего встречалась II и III степени шока, в терминальном состоянии поступил 1 (3,8%) пострадавший из II группы. 9 (21,9%) пострадавших поступили в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, что затрудняло



оценку объективного статуса. Изолированные ранения живота встретились в 28 (68,3%) случаях, в то время как ТАР – в 10 (24,4%). В подавляющем числе случаев имел место колото-резаный характер ранения – 36 (87,8%). Огнестрельные ранения выявлялись крайне редко – лишь в 5 (12,2%) наблюдениях. Во всех случаях ранения носили криминальный характер. Результаты и обсуждение. При наличии абсолютных признаков проникающего ранения живота выполнялась лапаротомия. При сомнениях в характере ранения во II группе прибегали к УЗИ живота – 6 (23,1%) случаев, также у 6 (23,1%) пострадавших во II группе осуществлялась диагностическая лапароскопия. Всем пострадавшим с ТАР проводилась рентгенография органов грудной клетки. В 3 (75,0%) из 4 случаев ТАР в I группе и в 4 (66,7%) из 6 наблюдений во II группе, а также в 1 (100,0%) случае сочетанного ранения живота и груди выявлены признаки повреждения органов грудной клетки – гемо-, пневмоторакс, а в одном случае во II группе обнаружена сглаженность «тали» сердца, что послужило показанием к неотложной торакотомии в связи с подозрением на ранение сердца. Резекция ПЖ выполнялась 2 пациентам во II группе при повреждении ее хвоста с нарушением целостности панкреатического протока. Ушивание осуществлялось только с гемостатической целью при повреждении целостности кровеносного сосуда в проекции ПЖ, что часто встречалось при ранениях. Оно применено в 7 (46,7%) случаев в I группе и также в 7 (26,9%) случаев во II группе. Вскрытие гематомы в области ПЖ выполнено только в 1 (3,8%) случае во II группе. Панкреатодуоденальная резекция выполнена в 1 (3,8%) случае во II группе при проникающем ранении желудка с ранением головки ПЖ. Дренирование брюшной полости и сальниковой сумки применено у всех пострадавших, однако у 2 (13,3%) пострадавших в I группе и у 14 (53,8%) во II группе данный объем оперативного вмешательства являлся единственным этапом хирургического лечения.

536. МЕСТО ТЕРМОАБЛАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БИЛОБАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

*Орлов А.Е. (1,2), Воздвиженский М.О. (1,2),
Козлов С.В. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В. (1,2),
Борисов А. П. (1,2)*

Самара

- (1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
- (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: обосновать применение радиочастотной термоабляции (РЧА) в комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

Материалы и методы исследования. В программу исследования вошли 178 больных с билобарными единичными и множественными метастазами колоректального рака (КРР) в печени. В основную группу (n=93) больные, которые получали комбинированное лечение: химиотерапия и радиочастотной абляции (РЧА). Больным контрольной группы (n=85) проводилась только химиотерапия без хирургического воздействия на метастатические очаги. Сравнительный анализ результатов лечения проводился: в основной (n=39) и контрольной (n=33) группах - с единичными метастазами; и в основной (n=54) и контрольных (n=52) группах - с множественными метастазами. Результаты и их обсуждения. У больных в основной группе с единичными метастазами КРР в печени была достигнута трехлетняя безрецидивная выживаемость, которая составила 3,5%, медиана безрецидивной выживаемости достигла 15 месяцев. В контрольной группе с единичными метастазами были получены только двухлетние показатели – 6,9%, медиана выживаемости составила 9 месяцев. Общая пятилетняя выживаемость в основной группе с единичными метастазами - 4,3%, медиана общей выживаемости достигла 28 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 9,9%, с медианой выживаемости 15 месяцев. В основной группе больных с множественными билобарными метастазами КРР в печени проведение РЧА позволило достичь двухлетней безрецидивной выживаемости - 3,4% с медианой безрецидивной выживаемости 9 месяцев, в то время как в контрольной группе с множественными метастазами аналогичный показатель равнялся нулю, медиана выживаемости



достигла 6 месяцев. Применение РЧА в основной группе с множественными метастазами позволило достичь показателя общей четырехлетней выживаемости – 1,8%, медиана выживаемости 18 месяцев, тогда, как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость - 2,1%, медиана выживаемости 11 месяцев.

Выводы: Применение метода РЧА в комбинации с химиотерапией позволяет значительно улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости у больных с метастатическим КРР.

меров выявленных mts более 7 см показатели ОМ были значимо выше: РЭА99,43±81,45 нг/мл, СА19-9 176,65±75,03, СА242 191,45±111,81 Е/мл ($p=0,03$, $p=0,01$, $p=0,01$ соответственно).

Выводы: Проведенные исследования показали, что у больных с наличием до 3 колоректальных mts в печени и с суммой максимальных размеров до 7 см средние показатели РЭА, СА19-9, СА242 были значимо ниже, чем у больных, имевших более 3 mts, с суммой максимальных размеров более 7 см.

537. ДИАГНОСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОНКОМАРКЕРОВ

*Воздвиженский М.О. (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Козлов С.В. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В (1,2),
Борисов А. П. (1,2)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: Изучение зависимости показателей онкомаркеров (ОМ) от степени распространенности метастатического поражения печени при колоректальном раке.

Материал и методы исследования. В программу исследования вошли 60 больных с диагнозом колоректальный рак. Прогрессия процесса в виде метастатического поражения печени в данной группе больных была выявлена в среднем через 15,18±6,09 месяцев после удаления опухоли толстой кишки. Всем пациентам в сыворотке крови определяли концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США). Результаты и их обсуждения. В группе больных, у которых было выявлено до 3 метастазов (mts) в печени, показатели РЭА составили 69,37±59,49 нг/мл, СА19-9 142,21±105,21 Е/мл, СА242 142,53±105,19 Е/мл, в группе пациентов имевших 4-5 mts значения ОМ были выше: РЭА88,89±78,30 нг/мл, СА19-9 163,71±73,37 Е/мл, СА242 180,87±104,70 Е/мл ($p=0,05$, $p=0,12$, $p=0,05$ соответственно). В группе больных с суммой максимальных размеров выявленных mts до 7 см показатель РЭА составил 57,08±39,12 нг/мл, СА19-9 115,29±96,64 Е/мл, СА242 126,46±83,47 Е/мл, а в группе пациентов с суммой максимальных раз-

538. ОЗОНОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТАБЛАЦИОННОГО СИНДРОМА

*Воздвиженский М.О. (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Козлов С.В. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В (1,2),
Борисов А. П. (1,2), Кочетков Р. И. (1),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
(2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить результаты применения озонотерапии в послеоперационном периоде с целью профилактики и лечения «постаблационного» синдрома.

Материал и методы исследования. В исследование включено 98 больных, которым выполнялась чрескожная радиочастотная термоабляция (РЧА) метастазов КРР в печени под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде 58 пациентам, с целью профилактики и лечения «постаблационного» синдрома был применен метод озонотерапии. Пациентам контрольной группы ($n=40$) в послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная, обезболивающая терапия.

Результаты и их обсуждения. «Постаблационный» синдром в основной группе возник у 8 (15%), в контрольной - у 29 (73%) больных ($p=0,000$). Было выявлено, что применение метода озонотерапии позволяет снизить абсолютный риск возникновения «постаблационного» синдрома на 57,4% при отношении шансов 0,067. У пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде на 2 сутки отмечалось повышение температуры до 37,96±0,52°C, продолжающееся в течение 4-5 суток, в основной группе температура повышалась



лишь до субфебрильных цифр $37,30 \pm 0,25^\circ\text{C}$ в течение двух первых дней после операции. Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). В контрольной группе максимальные болевые ощущения были на 1 сутки и достигли $7,20 \pm 1,13$ баллов, данный синдром сохранялся на уровне 6 баллов со 2 по 4 сутки. В основной группе максимальные значения ВАШ отмечались также на 1 сутки и составил $7,37 \pm 1,07$ балла с прогрессивным снижением показателей в течение 5 дней. Сравнительный дисперсионный анализ с повторными измерениями в основной и контрольной группах показал значимую разницу значений ВАШ в контрольные сроки исследования ($F=9,79$ $p=0,000$). **Выводы:** Применение метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с РЧА метастазов в печени позволило провести не только профилактику возникновения «постаблационного» синдрома, но и нормализовать у больных клиническую картину в более ранние сроки.

кровопотери (1 литра), интраоперационная контаминация брюшной полости. В нашем исследовании мы предлагаем интегральный прогностический критерий, учитывающий субъективную интегральную оценку оперирующим хирургом предоперационных факторов риска (общее состояние больного, запущенность основного заболевания, тяжесть сопутствующей патологии, объем планируемой операции: 1 балл - хороший, 2 балла - удовлетворительный, 3 балла - плохой прогноз), а также таких интраоперационных критериев, как продолжительность операции (более 3 часов - + 1 балл) и интраоперационная контаминация раны +1 балл. Результаты и их обсуждения. ГПО осложнения были диагностированы у 48 пациентов (17,2%). Частота ГПО при локализации опухоли в прямой кишке составила 22,2%, в правой половине ободочной кишки - 3%, в левой половине - 11,1%..

539. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Козлов С.В. (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Фролов С.А. (1), Козлов А.М. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В (1,2),
Борисов А. П. (1,2)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: выявить прогностические критерии развития гнойных послеоперационных осложнений (ГПО) у больных колоректальным раком (КРР).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 278 больных КРР. К первой группе были отнесены: пол, возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии, индекс массы тела, локализация опухоли, стадия основного заболевания, длительность догоспитального периода, характер ранее перенесенного специального лечения, наличие осложненного рака толстой кишки, наличие анемии, степень анестезиологического риска по ASA. Ко второй группе предикторов ГПО были отнесены: характер оперативного вмешательства, вариант восстановления кишечной непрерывности, стаж работы хирурга (< 5 лет, > 5 лет), длительность операции (3 часов), объем

540. МЕТОДЫ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

*Козлов С.В. (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В (1,2),
Борисов А. П. (1,2)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
(2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: определить факторы риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) в печени. **Материал и методы исследования.** Проведено исследование результатов комбинированного лечения с применением чрескожной радиочастотной термоабляции (РЧА) у 93 больных с единичными и множественными билобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени, выявленными в различные сроки диспансерного наблюдения после удаления первичной опухоли. Проводился многофакторный анализ, изучающий влияние различных предикторов на риск развития рецидива и появления новых метастазов после проведения РЧА. Результаты и их обсуждения. На основании проведенного исследования была создана математическая модель $P=1/1+2,71-z$, где p - вероятность того, что произойдет интересующее собы-



тие; $2,71$ – основание натуральных логарифмов; z – формула множественной линейной регрессии: $Z = 4,68 \cdot X_1 + 0,02 \cdot X_2 + 0,03 \cdot X_3 - 4,68 \cdot X_4 - 12,03$, В настоящем исследовании математическую модель строили в модуле логистической регрессии по алгоритму Вальда, с пошаговым исключением в программе SPSS. При использовании этого метода первоначально брались в расчет все 11 предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель. В результате была получена модель, включающая в себя 4 наиболее значимых предиктора (X_1 - X_4): X_1 -число выявленных метастазов; X_2 -значение СЕА до операции в нг/мл; X_3 - значение СА19-9 до операции в Ед/мл; X_4 - число метастазов размером от 2 до 3 см. Далее приведена классификационная таблица, рассчитанная на основании вышеуказанной модели. Проведено сравнение результатов у 93 больных, полученных при выполнении КТ брюшной полости с целью выявления рецидива и прогрессии метастатического процесса (наблюдаемые результаты) и предсказанных результатов, полученных при помощи математической модели. Была просчитана чувствительность 95,5%, специфичность 100% и точность 96,8% данной математической модели.

Выводы: Применение математической модели позволяет выбрать наиболее эффективный алгоритм обследования больных после выполнения малоинвазивного лечения, что позволяет своевременно выявлять дальнейшую прогрессию заболевания.

541. РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Козлов С.В. (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В. (1,2),
Борисов А. П. (1,2), Кочетков Р. И. (1),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: сравнить отдаленные результаты одноэтапных (ОРО) и двухэтапных (ДРО) реконструктивных операции на молочной железе с использованием имплантов.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты реконструктивных операции у больных I-III стадией раком молоч-

ной железы. В основную группу вошли больные ($n=33$), которым проводилось ОРО. Показаниями к ОРО были желание больных восстановить молочную железу в один этап, птоз 1-2 степени, объем железы не более 400 мл и отсутствие показаний для послеоперационного облучения. Больным контрольной группы ($n=28$) выполнялась ДРО. Во время первого этапа, по возможности, сохранялась ареола и сосок, при этом избытки кожного лоскута не иссекались, а дезэпидермизировались с целью увеличения количества мягких тканей над экспандером. Экспандер раскачивался в первые два месяца (во время первых трех курсов химиотерапии) на 20-25% больше номинала и оставался без изменения на этапе облучения. Второй этап выполнялся через 4-6 месяцев после завершения комплексного лечения. На втором этапе, при необходимости, производили капсулэктомию и ремоделирование субмаммарной складки. Больным выполнена корригирующая операция на противоположной молочной железе: мастопексия ($n=7$), масторедукция ($n=9$), эднотезирование ($n=6$). Результаты и их обсуждения. Продолжительность операции в основной группе было на 60-90 минут больше чем в контрольной. Послеоперационные осложнения возникли у четырех больных основной группы. В контрольной группе у двух больных отмечен разрыв экспандера и рожистое воспаление. Протрузия протеза на втором этапе возникла у одной больной через 1,5 месяца после операции. Формирование фиброзной контрактуры 3-4 степени (постоянная болезненность, деформация протеза) зарегистрировано у 5 пациенток основной группы и только у одной из контрольной. Эстетические результаты через 6-12 месяце после завершения второго этапа оценены как отличные ($n=8$), хорошие ($n=13$), удовлетворительные ($n=7$) у больных контрольной группы, в основной группе отличные ($n=3$), хорошие ($n=10$), удовлетворительные ($n=20$).

Выводы: Таким образом, способ ДРО может быть рекомендован больным РМЖ как основной в случае предполагаемого специального лечения или для достижения более значимого эстетического результата.



542. РЕКОНСТРУКТИВНО - ПЛАСТИСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Савельев В.Н. (1), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Ткачев М.В. (1,2),
Борисов А. П. (1,2), Кочетков Р. И. (1),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить результаты реконструктивно - пластических операций (РПО) у больных раком молочной железы (РМЖ) с использованием различных методик.

Материал и методы исследования. Проведен анализ непосредственных результатов РПО у 75 пациенток РМЖ, находившихся на лечении в отделении общей онкологии в 2013-14 гг. Реконструкция молочной железы с использованием экспандеров-эндопротезов выполнена у 52 пациенток, у 23 пациенток использованы собственные ткани (поперечный нижний эпигастральный кожно-мышечный (ТРАМ) и торакодорзальный (ТД) лоскут. Показаниями для одномоментной РПО с использованием эндопротезов служили I, II стадия РМЖ, возможность максимального сохранения кожи молочной железы, объем молочной железы менее 550 мл. Двухэтапная реконструкция была показана пациенткам со II и III стадией РМЖ, в случае обязательного адьювантного лечения, при объеме молочной железы более 500 мл или необходимости проведения корригирующей операции на контралатеральной молочной железе. Выбор способа отсроченной пластики зависел от выраженности послеоперационных и постлучевых рубцовых изменений в мягких тканях грудной клетки, степени выраженности птоза противоположной молочной железы и уровня эстетических претензий пациентки.

Результаты и их обсуждения. Выполнение РПО не привело к увеличению продолжительности госпитализации и не привело к изменению ранее составленного плана онкологического лечения. Прогрессия заболевания в виде отдаленного метастазирования возникла у 6 пациенток (8%), местный рецидив у одной (1,3%). У 5 (9,6%) пациенток диагностирована ротация эндопротеза, еще у 7 (13,4%) развитие капсулярной контрактуры 2 степени, у 3 (13,1%) женщин отмечено образование липогранулем в проекции ТРАМ-лоскута. Отлич-

ный эстетический результат достигнут у 11 пациенток, хороший у 23, удовлетворительный у 15 и неудовлетворительный отмечен у 3 пациенток при использовании аллотрансплантатов, после выполнения РПО собственными тканями у 10 пациенток отличный результат, у 9 -хороший и у 3 -удовлетворительный.

Выводы: Выполнение РПО не приводит к ухудшению результатов лечения больных РМЖ. Более значимые эстетические результаты требуют дальнейшего совершенствования методик РПО аллотрансплантатами и освоения новых методик реконструкции с применением микрохирургической техники.

543. РОЛЬ СОХРАНЕНИЯ СОСКОГО - АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Савельев В.Н. (1), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Ткачев М.В. (1,2),
Борисов А. П. (1,2), Кочетков Р. И. (1),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
(2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: внедрить реконструктивно-пластические операции (РПО) с сохранением сосково-ареолярного комплекса (САК) у больных РМЖ, оценить полученные результаты в зависимости от вида реконструктивной операции.

Материал и методы исследования. С 2010-2014 83 больным РМЖ (23 - 63 лет) выполнены радикальные мастэктомии (РМЭ) с сохранением САК и одномоментной реконструкцией. 1 стадия у 24 пациенток, 2 - у 45, 3 - у 14. Реконструкция собственными тканями (нижний эпигастральный (ТРАМ), торакодорзальный лоскут) произведена 39 пациенткам, имплантами в один этап - 31, в два этапа - 13 больным. Показания к сохранению САК: отсутствие клинического, инструментального и гистологического подтвержденного вовлечения САК в опухолевый процесс. Доступы - радиарные разрезы до САК у 62 больных, субмаммарный у 21. РПО ТРАМ-лоскутом (37) выполнена на ипсилатеральной ножке, с частичной или полной дезэпидермизацией, ТДЛ - 2 пациентки. Симметричная коррекция противоположной железы - 12 пациенток (масторедукция). РПО имплантами: полный



мышечный карман - 18, сетчатый имплант - у 13 пациенток. Двухэтапная РПО имплантом - у 13 пациенток с высоким риском назначения адьювантной химио-лучевой терапии. Для достижения симметрии 5 больным выполнена мастопексия, у 13 масторедукция, у 11 - эндопротезирование. Адьювантная полихимиотерапия проведена 59 пациенткам, лучевая терапия - 15, гормональная терапия тамоксифеном - 28.

Результаты и их обсуждения. У 4 пациенток САК удален по результату гистологического исследования (срочное 3, плановое 1). Полных некрозов САК не было, частичный некроз - у 4 (4,8%) пациенток. Частичный некроз ТРАМ-лоскута - у 1 (1,2%) пациентки. Рецидив в подмышечной области возник у 2 (2,4%) пациенток, отдаленные метастазы у 2 (2,4%), рецидива в области САК не было. У 6 (7,2%) - ротация эндопротеза, у 4 (4,8%) развитие капсулярной контрактуры 3 степени, у 3 (3,6%) - образование липогранулем. Эстетические результаты оценивались после операции и через год. Отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результату 8/21/13/2 пациенток РПО имплантами, у 15/20/4/- РПО собственными тканями. Выводы: РПО с сохранением САК онкологически безопасны, РПО собственными тканями определяют более значимый эстетический результат.

544. РОЛЬ СЕТЧАТОГО ЭКСПЛАНТА ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Савельев В.Н. (1), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Ткачев М.В. (1,2),
Борисов А. П. (1,2), Кочетков Р. И. (1),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить возможность применения сетчатого экспланта для создания кармана эндопротеза при выполнении реконструкции молочной железы.

Материал и методы исследования. В 2014 году пятнадцати 15 больным I-II стадией РМЖ после радикальной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярного комплекса выполнялась реконструкция молочной железы имплантом с использованием синтетического экспланта, вшиваемого

между субмаммарной складкой и осеченной от нее большой грудной мышцей. Показаниями к использованию послужили птоз молочных желез 1-2 степени и объем молочной железы более 300 мл. Первым этапом фиксировали сетку к складке, начиная от медиального края отдельными узловыми швами. Далее размещали имплант и сшивали сетку по краю большой грудной мышцы отдельными матрацными швами. Нижний мастэктомический лоскут отдельно фиксировали к сетке. Дренажи удаляли на 4-6 сутки при объеме отделяемого менее 50 мл. У всех больных были установлены высокопрофильные протезы: 300-400 мл у шести пациенток, 400-500 мл - у семи, 500-550 мл у двух.

Результаты и их обсуждения. Ранних послеоперационных осложнений не было. Лимфорея в области экспланта к 14 суткам составляла в среднем 20 мл и обычно прекращалась через 2 недели. У одной больной произошла протрузия протеза на 2-м месяце на фоне курсов химиотерапии в связи с расположением кожного рубца непосредственно над сетчатым эксплантом. Эстетические результаты через 6-12 месяце после завершения хирургического лечения наблюдались как отличные (n=5), хорошие (n=8), удовлетворительные (n=1). У восьми больных удалось восстановить птоз молочной железы, достигнув значительной симметрии без вмешательства на противоположной железе. Ни у одной пациентки не зарегистрировано формирование фиброзной капсулярной контрактуры 3-4 степени отмечалась выраженная подвижность импланта в сравнении с больными, у которых выполнено полное мышечное укрытие эндопротеза. Выводы: Неполное мышечное укрытие импланта не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений. Использование сетчатого экспланта позволяет добиться более значимого эстетического результата за счет формирования птоза молочной железы и большей подвижности импланта.



545. МАСТОРЕДУКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Кочетков Р. И. (1), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Савельев В.Н. (1),
Ткачев М.В (1,2), Борисов А. П. (1,2),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

- (1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
- (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: доказать необходимость планирования хирургического лечения у больных с гигантомастией в объеме радикальной мастэктомии (РМЭ) и первичной масторедукции с противоположной стороны.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2015 гг. в отделении общей онкологии ГУЗ СОКОД выполнена 21 масторедукция у больных с гигантомастией, которым была проведена РМЭ с противоположной стороны. У 11 женщин была первичная масторедукция, у 10 - отсроченная.

Результаты и их обсуждения. Послеоперационные осложнения в виде воспаления послеоперационной раны возникли у одной пациентки, еще у одной пациентки диагностирована гематома. Консервативное лечение было эффективным и не повлияло на сроки и результат лечения. Согласно исследованиям травматолога - ортопедической службы Самарской области, у женщин с гигантомастией после радикальной мастэктомии в 90% случаев в течение первого года после операции развивается компенсаторная кифотическая, сколиотическая осанка или их комбинация. Для разработки математических моделей и оценки достоверности полученных результатов применяется подография, стабилметрия, электромиография, рентгенография и МРТ позвоночника. При планировании типа масторедукции учитывали ростовые показатели, индекс массы тела, возраст, индивидуальные антропометрические данные молочных желез. При выполнении первичной масторедукции ортопедические нарушения не проявлялись. У лиц, которым масторедукция была произведена в отсроченном периоде через 1,5-3 года после мастэктомии, отмечали следующие осложнения: у 9 пациенток сформировались спинно-мозговые грыжи и кифосколиотическая осанка. Выполняя первичную масторедукцию, мы придерживались следующих положений: операция выполняется в один этап, без корректирующих

вмешательств; сосково-ареолярный комплекс перемещается в более высокое положение; грудь должна иметь естественный вид, сохраняются соски с ареолами, при необходимости их диаметр уменьшается. Первичная масторедукция выполнялась со следующими вариантами питающих локусов: верхне-нижний, верхне-боковой, нижний и боковой (наружный и внутренний).

Выводы: Первичную масторедукцию у больных с гигантомастией, перенесших радикальную мастэктомию с противоположной стороны, необходимо включить в стандарты планирования объема хирургического лечения.

546. ОРГАНО-СОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Кочетков Р. И. (1), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Савельев В.Н. (1),
Ткачев М.В (1,2), Борисов А. П. (1,2),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

- (1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
- (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: доказать, что радикальная резекция не вызывает увеличения количества рецидивов и не влияет негативно на отделенные результаты.

Материал и методы исследования. В отделении общей онкологии СОКОД за период 2012 - 2013 гг, выполнено 1640 хирургических вмешательств на молочной железе по поводу злокачественных новообразований. Из них радикальных резекций 77(4,7%). По стадиям пациенты распределились следующим образом: 0 - 1(1,3%), 1- 46(59,7%), II - 30(38,9%). Основными критериями для выбора этого варианта хирургического лечения являлись: размер опухоли до 3,0 см; по данным маммографии отсутствует мультицентричный или мультифокальный рост; желание пациентки получить удовлетворительный косметический результат, не прибегая к травматичным реконструктивно-восстановительным операциям.

Результаты и их обсуждения. В отделении выполнено 31(40,25%) операций при расположении опухоли в наружных квадрантах. При расположении во внутреннем квадранте - 18(23,37%). При подобной локализации, пациенткам выполнялась клиновидная резекция молочной железы, с перемещением латерального контура, и сосково-аре-



олярного комплекса. Считается, что расположение опухоли в центральном квадранте вызывает выраженную деформацию, а удаление соска и ареолы делает эстетический результат ниже. При такой локализации опухоли проведено 28(36,38%) операций. Лучевая терапия применялась у 74 (96,10%) пациенток. В послеоперационном периоде не было выявлено ни одного осложнения. Лимфоррея не превышала 16 дней. За время наблюдения развился один местный рецидив 1,3%, который привел к ампутации молочной железы с последующей пластикой эндопротезом. После проведенного радикального хирургического лечения, 65 (84,42%) пациенток оценивают результат как хороший и 12 (15,58%), как отличный. Выводы: Выполнение органосохранной операции, в независимости от локализации опухоли в молочной железе, позволяет получить хороший косметический результат. Выполнение радикальной резекции не ухудшает отдаленные результаты. При использовании этого варианта хирургического лечения не снижается социальная активность пациенток и возрастает эстетическая удовлетворенность результатами лечения.

547. ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

*Борисов А. П. (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Савельев В.Н. (1),
Кочетков Р. И. (1), Ткачев М.В (1,2),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер(2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучение влияния гипербарического кислорода в раннем послеоперационном периоде после радикальной мастэктомии (РМЭ) у больных раком молочной железы.

Материал и методы исследования. Барокамера является единственным медицинским приспособлением, позволяющие проводить интенсивную кислородотерапию. Метод гипербарической оксигенации (ГБО) заключается во вдыхании кислорода при окружающем давлении, превышающем одну атмосферу, его растворении в плазме крови и проникновении через капилляры в ткани организма, повышая их насыщенность. При помощи барокамеры, возможно, увеличить содержание

кислорода в тканях организма в 20 раз превышающее обычный уровень, не подвергая при этом пациента опасности развития каких-либо осложнений. Подобная высокая дозировка кислорода ведёт к запуску различных физиологических механизмов, способствующих восстановлению тканей. Кислород необходим при различных физиологических процессах, связанных с заживлением ран, в том числе, для нормальной работы белых клеток крови (лейкоцитов), роль которых заключается в борьбе с инфекцией, остеокластов и остеобластов, участвующих в разрушении и образовании костной ткани, фибробластов, вырабатывающих коллаген, необходимый для регенерации тканей при заживлении ран и т. д. Исследована возможность использования ГБО с целью повышения регенеративных способностей тканей. Больные были разделены на две группы сравнения: 1 группа - больные, которым проводилась ГБО после оперативного лечения (25 человек); 2 группа больных - ГБО не проводилось (30 человек). Возраст больных составил от 35 лет до 60 лет. Средний возраст $48,5 \pm 2,3$ года при I и II стадии заболевания. Сеансы проводились в одноместной барокамере БЛКС-303 один раз в сутки на режиме 1,4 Атм, время изопреции 40 мин. Результаты и их обсуждения. У больных I группы отмечалось снижение лимфорреи в два раза (с 230мл до 120 мл) на 3-4 день после начала применения ГБО, а также уменьшение интенсивности болевого синдрома на 2 сутки, чего не было у больных II группы.

Выводы: Раннее применение ГБО при РМЭ дает возможность сохранить жизнеспособность тканей, способствует формированию эластичной рубцовой ткани. По мере восстановления функции верхней конечности включаются коллатеральные пути оттока лимфы, что ускоряет восстановительные процессы.



548. ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОЛОГИИ

*Борисов А. П. (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Савельев В.Н. (1),
Кочетков Р. И. (1), Ткачев М.В (1,2),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

- (1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
- (2) Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: освоить и внедрить видео-ассистированные реконструктивно-пластические операции (ВАРПО) у больных раком молочной железы.

Материал и методы исследования. ВАРПО были использованы у 5 пациенток РМЖ. Трём пациентам во время второго этапа реконструкции молочной железы (замена экспандера на эндопротез), у одной пациентки в случае отсроченной пластики экспандером и у одной больной во время одномоментной реконструкции молочной железы эндопротезом. Первоначально у первых трех пациенток выполнялось удаление экспандера, далее в образовавшуюся полость вводился специальный крючок с системой дымоотсоса и гильзой для фиксации оптической системы. Особое внимание уделялось диссекции нижнемедиального угла раны, так как прецизионное рассечение поверхностной фасции вдоль новой субмаммарной складки предопределяло формирование максимально естественной складки, как по уровню расположения, так и степени выраженности. В случае отсроченной реконструкции видео-ассистенция использовалась после формирования первичной оптической полости, к которой следует отнести ретропекторальное пространство.

Результаты и их обсуждения. Увеличение продолжительности оперативного вмешательства на 35 минут отмечено только у пациентки во время одномоментной реконструкции молочной железы, увеличение объема кровопотери не зарегистрировано. Послеоперационных осложнений не было. Использование видеоассистированной методики позволило прекрасно визуализировать все анатомические структуры и зоны оперативного вмешательства через минимальный доступ без совершения «лишней» мобилизации тканей, ранее применяемой при стандартном доступе. То есть ни разу не возникла необходимость в продлении разреза медиально, где, как правило, ка-

чество рубца значительно хуже, выраженность подкожной клетчатки меньше, что потенциально повышает вероятность развития послеоперационных осложнений и, в первую очередь, протрузии эндопротеза.

Выводы: Целесообразно использование видео-ассистированной реконструкции молочной железы у пациенток в случае отсроченного варианта (установка экспандера, замена экспандера на эндопротез). Необходимо дальнейшее совершенствование методик ВАРПО при одномоментном восстановлении железы на этапе мобилизации мастэктомических лоскутов и подмышечной лимфодиссекции.

549. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СОСТОЯНИЮ НА 2015 ГОД

*Ткачев М.В (1,2), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Савельев В.Н. (1),
Кочетков Р. И. (1), Борисов А. П. (1,2),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1)*

Самара

- (1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
- (2) Самарский государственный медицинский университет

Актуальность: В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место, составляя 20,7%. В структуре смертности женского населения РМЖ также занимает первое место, составляя 17,1%. Заболеваемость раком молочной железы в России увеличивается ежегодно на 1-2%. Цель работы: определить заболеваемость раком молочной железы в городах Самарской области.

Материалы и методы: В основу работы положен анализ клинического материала по заболеваемости раком молочной железы, предоставленный территориальными подразделениями Самарской области за период с декабря 2014 г по декабрь 2015 г. Были проанализированы показатели заболеваемости раком молочной железы на 100 000 населения, и динамика его роста.

Результаты: Среди территориальных образований Самарской области наибольший процент заболеваемости раком молочной железы отмечен в г.о. Самара- 58,8 на 100 000 населения, динамический прирост -8,2. В г. Чапаевск заболеваемость составляет -55,27, при этом, динамический показатель



-0,9; в г. Тольятти заболеваемость-52,98, динамический показатель-3,7; в г. Сызрань заболеваемость РМЖ – 51,77, динамический показатель- (-12,7), в г.Октябрьск-44,3, динамический показатель- 41,8; в г. Новокуйбышевск – 43,97, динамический показатель- (-7,0), в г. Отрадный- 42,01, динамический показатель- 25,2; наименьший же показатель заболеваемости РМЖ в г. Жигулевске-36,54, динамический показатель -4,7.

Выводы: в большинстве городов Самарской области наблюдается динамический рост заболеваемости РМЖ, исключениями являются г. Сызрань и г. Новокуйбышевск. Наибольший показатель заболеваемости РМЖ на 100 000 населения регистрируется в г.о. Самара, наименьший в Жигулевске. Таким образом, на территории Самарской области наблюдается неуклонный рост заболеваемости РМЖ и составляет-54,7 на 100 000 населения, при динамическом показателе – 5,0.

550. ОПЫТ БИОПСИИ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

*Полетаева С.В. (1), Орлов А.Е. (1,2),
Воздвиженский М.О. (1,2), Козлов С.В. (1,2),
Каганов О.И. (1,2), Савельев В.Н. (1),
Ткачев М.В (1,2), Кочетков Р. И. (1),
Борисов А. П. (1,2), Ламонов М.С. (1),
Коновалова Т.В. (1)*

Самара

- (1) Самарский областной клинический онкологический диспансер
- (2) Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Сигнальные лимфоузлы (СЛ) являются первыми на пути лимфатического дренажа и метастазирования карциномы молочной железы. В настоящее время актуальны несколько протоколов исследования СЛ. В нашей работе СЛ исследовались полностью, с наибольшего лимфоузла выполняли срезы с пластов толщиной не более 3 мм каждый.

Материал и методы: Исследованы СЛ от 23 пациенток, возраст варьировался от 35 до 63 лет (медиана – 48 лет). Введение красителя в зоне опухоли с дальнейшим прокрашиванием и идентификацией первых дренирующих лимфоузлов с тщательным гистологическим исследованием СЛ на предмет микрометастазов с большим количеством интервальных срезов (по протоколу

согласительной конференции по СЛ в Филадельфии, 2001, рекомендации центра Jefferson, 2002, заливка всего узла, с отдельным исследованием пластов толщиной 3 мм, на 2-4 срезах с каждого).

Результаты: Распределение по гистологическому типу инвазивной карциномы молочной железы: 15-неспецифического (протокового), 8 – долькового типа. По размерам первичной опухоли (в 1 наблюдении мультифокального поражения учитывался размер наибольшего узла) : ≤ 1 см -2, 1-2 см – 14, 2-3 см – 6, более 3 см – 1. Распределение первичной опухоли по степени гистологической злокачественности, определяемой по сумме баллов Ноттингемского прогностического индекса: G1 – 4, G2 – 13, G3 – 6. Количество идентифицированных СЛ: 1 – 16 набл., 2 – 4 набл., 3- 3 набл., 4 – 0 набл. Максимальный диаметр СЛ варьировал от 0,4 см до 2,0 см, медиана -1,1 см. Реакции СЛ объединяли в следующие группы: 1) нестимулированный лимфоузел – 3 набл.; 2) жировое перерождение ткани или истощение лимфоцитов – 3 набл.; 3) реактивные изменения – 12 набл.: а – синусный гистиоцитоз (умеренновыраженный – 5, выраженный – 7), б – сосудистая пролиферация в строме (8 набл.), в – фолликулярная гиперплазия с преобладанием фолликулов со светлым центрами (7 набл.), с появлением фолликулов с макрофагальной инфильтрацией (4 набл.), с появлением прогрессивно трансформирующихся фолликулов (2 набл.), г – паракортикальная гиперплазия (4 набл.), д – плазматизация паракортикальной зоны (4 набл.), е – отложение внутри- и внесосудистого фибрина с усилением склероза лимфоузла (5 набл.); 4) метастатическое поражение СЛ – в 5 набл., макрометастазы д 0,3 см и 0,5 см, в 3 наблюдениях изолированное вовлечение СЛ, с опухолевыми комплексами в виде нескольких дискретных групп в синусах с перисинусоидальной инвазией в ткань лимфоузла, в двух других - с распространением метастаза в перинодальную клетчатку – с метастазами еще в 2 подмышечных лимфоузлах. В остальных наблюдениях при отсутствии метастазов в СЛ все остальные группы лимфоузлов не содержали кластеров опухолевых клеток (исследования на выявление изолированных опухолевых клеток не проводились). У двух пациенток выявлено поражение не сигнального лимфоузла по результатам планового гистологического исследования всех групп удаленных лимфоузлов, что определяет специфичность 85%. Заключение: выявление отрицательного метастатического статуса СЛ достоверно ассоциировано с отсутствием вовлеченности лимфоузлов остальных уровней, может обосновывать рекомендацию проведения интраоперационного исследования СЛ на замороженных срезах, или интраоперационного цитологического исследования СЛ. Изолированный спо-



соб идентификации сигнального лимфатического узла витальным красителем необходимо комбинировать с другими способами (радиоизотопный, флюоресцентный) для повышения точности данного исследования.

551. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Артюхов С.В.

Санкт-Петербург
Александровская больница

Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака ободочной кишки. При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки частота этого неотложного состояния в структуре других его осложнений составляет около 90%. По данным Всемирной организации здравоохранения в развитых странах мира рак ободочной и прямой кишки занимает третье место, а среди осложненных форм злокачественных опухолей, требующих срочных хирургических вмешательств, является лидирующей. В последние 2 десятилетия в эпидемиологии рака ободочной кишки наблюдаются две неблагоприятные тенденции. Во-первых, растет заболеваемость данной патологией, во-вторых – увеличивается удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста, лечение которых сопряжено с определенными организационными и лечебно-тактическими особенностями. Так среди больных раком ободочной кишки 65% – 75% старше 60 лет. Возрастает число больных раком ободочной кишки и в России. В 2011 году показатель заболеваемости по разным регионам составил 17,3 – 20,1 а показатель распространенности – 58,6 – 60,2 на 100 тысяч населения. Как следует из Государственного доклада, анализирующего здоровье населения РФ, в 2000 г. прирост заболеваемости раком ободочной кишки на 100 тысяч населения за год составил 2,57%. Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики рака ободочной кишки, увеличение доступности высокотехнологических инструментальных методов исследования, у большинства пациентов рак ободочной кишки выявляется в запущенных стадиях или при развитии острых хирургических осложнений. Если в развитых странах соотношение плановых и экстренных хирургических вмешательств при раке левой половины толстой кишки составляет 3,5 к 1, то в России 79% больных этой патологией опериру-

ются при развитии острой кишечной непроходимости или других осложнений. Далеко неоднозначными остаются подходы к хирургическому лечению обтурационной кишечной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки. До сих пор выполняются трехэтапные оперативные вмешательства типа Цейдлера–Шлоффера. Чаще всего рекомендуют различные варианты обструктивных вмешательств с удалением опухоли. Из-за высокого риска развития несостоятельности отношение к первичным анастомозам остается весьма сдержанным. Однако по причине тяжести состояния и декомпенсации сопутствующих заболеваний выполнить операцию типа Гартмана удается не всегда, либо оно сопровождается высокой летальностью. Кроме того, формирование колостомы на длительные сроки, а иногда и на всю жизнь, существенно снижает качество жизни пациентов, особенно в стесненных жилищных условиях или при отсутствии коммунальных удобств. До сих пор недостаточно четко определены возможности эндовидеохирургических и эндоскопических технологий при лечении осложненного рака левой половины толстой кишки. Таким образом, существует необходимость выработки хирургической тактики, которая, посредством применения малоинвазивных технологий, позволила бы снизить тяжесть хирургической агрессии на первом этапе операции, предполагающей выполнение в ближайшие сроки радикального вмешательства, при котором удаляется опухоль и восстанавливается непрерывность кишечника. Обоснованию подобной тактики и посвящено данное исследование. Материал и методы. За 2003 – 2012 гг. в больницу госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26 до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов. 97% больных доставлены в стационар после 24 часов с момента развития острой кишечной непроходимости. С целью уточнения диагноза при поступлении больных в приемное отделение выполнялись различные инструментальные методы исследования. Объем обследования и лечения согласовывался с медико – экономическими стандартами в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007. Результаты и их обсуждение. Из проанализированных 2200 случаев, у 1154 (52,5%) пациентов диагностирована только острая обтурационная кишечная непроходимость, у 1046 (47,5%)



больных, наряду с кишечной непроходимостью, имелись другие осложнения рака. Чаще всего опухоль располагалась в сигмовидной кишке, ректосигмоидном отделе и нисходящей ободочной кишке. Согласно классификации TNM (2009) рак T3 стадии выявлен у 9,2% больных, T4 а, b стадии – у 90,8%. Синхронный рак ободочной кишки обнаружен у 47 (2,1%) больных. Из дальнейшего анализа исключены (всего 1181 (53,7%) больной) - 810 больных с отдаленными метастазами, 223 пациента с местнораспространенными неудаляемыми опухолями и 148 больных, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, не позволившие выполнить радикальную операцию. Объектом исследования стали 1019 (46,3%) больных, у которых при операции не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены 1-й и 2-й этапы операции. После предоперационной подготовки все пациенты были оперированы в течение 3 – 6 часов после госпитализации. При выборе вида оперативного вмешательства учитывали тяжесть состояния и соматический статус пациента, наличие и характер дополнительных осложнений. При тяжести состояния менее 15 баллов по шкале APACH-II оперативное вмешательство принципиально начинали с диагностической лапароскопии доступом по Хассену. Наличие в структуре больницы отделения неотложной эндовидеохирургии способствует решению многих организационных проблем, связанных с использованием этой методики. Диагностическая лапароскопия была выполнена 295 (28,9%) больным, из них у 128 (43,4%) удалось визуализировать опухоль и выбрать петлю ободочной кишки для формирования двуствольной колостомы. Участок кишки для формирования стомы выбирали ближе к опухоли. После этого посредством минилапаротомии, при помощи лапароскопической ассистенции, петлю ободочной кишки выводили в виде двуствольной колостомы. Далее пациенты в течение нескольких дней находились в отделении реанимации, где им выполнялась катетеризация эпидурального пространства, интенсивная терапия, направленная на восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Вторым этапом без выписки из стационара в сроки от 6 до 18 суток выполнены 500 (49,0%) больным (табл. 5), в том числе 353 (70,6%) больным после двуствольной колостомии, 128 (25,6%) – после лапароскопически ассистированной двуствольной колостомии и 19 (3,8%) – после цекостомии (при наличии участков некроза в куполе кишки) и трансверзостомии (левая треть поперечной ободочной кишки). Сроки полного восстановления функции желудочно-кишечного тракта после лапароскопически ассистированной и традиционной двуствольной колостомии существенно отличались. После лапароскопических вмешательств колосто-

ма начинает нормально функционировать сразу после операции, тогда как после традиционных операций перистальтика ободочной кишки восстанавливается на 2 – 5 сутки. После лапароскопических вмешательств, все повторные оперативные вмешательства с радикальным удалением опухоли и восстановлением непрерывности кишки удалось выполнить на 6 – 10 сутки. После традиционной колостомии повторные вмешательства были выполнены на 8 – 18 сутки, около 80% больных были оперированы на 10 – 13 сутки. После лапароскопически ассистированной колостомии большинство вмешательств были выполнены на 7 – 8 сутки. Причинами поздних операций после традиционных дренирующих операций явились различные осложнения раннего послеоперационного периода. Выполнение повторных операций после лапароскопически ассистированных колостомий практически не представляло технических неудобств для операционной бригады, так как спаечный процесс в брюшной полости практически отсутствовал, тогда, как лапаротомия всегда приводила к более или менее выраженному спаечному процессу, усложняющему выполнение повторного оперативного вмешательства. Немаловажным является и то, что при такой тактике пациент перед повторной операцией подвергался дополнительному обследованию, которое позволяло более четко стадировать заболевание и выполнить радикальное вмешательство более квалифицированной хирургической бригадой. Умерло после повторных вмешательств 5 пациентов, все из группы больных с традиционно выполненной колостомой.

552. ВЫПОЛНЕНИЕ ОРГАНСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Орлов А.Е. (1,2), Воздвиженский М.О. (1,2),
Козлов С.В. (1,2), Каганов О.И. (1,2),
Савельев В.Н. (1), Ткачев М.В. (1,2),
Кочетков Р. И. (1), Борисов А. П. (1,2),
Ламонов М.С. (1), Коновалова Т.В. (1),
Этибарян А.В. (2)*

Самара

(1) Самарский областной клинический онкологический диспансер (2) Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Современная общепринятая ми-



ровая тактика при лечении больных с диагнозом первично-операбельный рак молочной железы (РМЖ) (I-II стадий) предусматривает хирургическое лечение в объеме органосохраняющей операции. Официально признано, что качество жизни онкологических больных так же важно, как и её продолжительность.

Цель исследования - оценить непосредственные результаты органосохраняющих операций у больных РМЖ и доказать, что радикальная резекция, выполняемая с соблюдением стандартов комплексного и комбинированного лечения, не вызывает увеличения количества рецидивов и не влияет негативно на отдалённые результаты.

Материал и методы. В отделении общей онкологии Самарского областного онкологического диспансера за период 2014-2015 гг. выполнено 77 радикальных резекций. По стадиям пациенты распределились следующим образом: 0 - 1(1,3%), I-46(59,7%), II - 30(38,9%). Основными критериями для выбора этого варианта хирургического лечения являлись: размер опухоли до 3,0 см, по данным маммографии отсутствует мультицентричный или мультифокальный рост, желание пациентки получить удовлетворительный косметический результат, не прибегая к травматичным реконструктивно-восстановительным операциям (TRAM-лоскут, двухэтапная реконструкция).

Результаты. В отделении выполнено 31 (40,25%) операций при расположении опухоли в наружных квадрантах, при расположении во внутреннем квадранте - 18 (23,37%), в центральном квадранте - 28 (36,38%) операций. Однако, расположение опухоли в центральном квадранте вызывает выраженную деформацию, а удаление соска и ареолы делает эстетический результат ниже. Для восполнения объёма молочной железы использовался glandулярный лоскут по Grizotti. В послеоперационном периоде не было выявлено ни одного осложнения. Лимфоррея не превышала 16 дней. За время наблюдения развился один местный рецидив 1,3%, который привел к ампутации молочной железы с последующей пластикой эндопротезом. После проведенного радикального хирургического лечения 65 (84,42%) пациенток оценивают результат как хороший и 12 (15,58%) как отличный. **Выводы.** Таким образом, выполнение органосохраняющих операций не приводит к ухудшению результатов лечения больных РМЖ. Выполнение онкопластической резекции позволяет получить хороший эстетический результат, улучшить качество жизни и не снижает социальную активность больных.

553. МЕТОДЫ МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ.

*Эргашев О.Н. (1), Зиновьев Е.В. (2),
Виноградов Ю.М. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова,
- 2) НИИ Скорой помощи имени И.И. Джанелидзе

Несмотря на достижения современной хирургии, комбустиологии и реаниматологии, диагностика, профилактика и лечение острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ОЭЯП ВО ЖКТ) у тяжелообожженных остаются до конца не изученными, что заставляет осуществлять поиск критериев выбора индивидуального подхода у этой категории больных. Адекватная реализация алгоритма прогнозирования вероятности развития ОЭЯП ВО ЖКТ у тяжелообожженных при использовании современной компьютерной техники позволяет предотвратить эвристический подход к проблемам современной медицины. Цель исследования. Улучшить результаты лечения и профилактики ОЭЯП ВО ЖКТ у пострадавших с тяжелой ожоговой травмой за счет использования математического прогнозирования вероятности развития данного грозного осложнения ожоговой болезни (ОБ). **Материал и методы исследований.** Общий массив исследования составил 85 пострадавших от обширных ожогов, лечившихся в ожоговом отделении ГБУЗ ЛОКБ. На основании данных о течении ОБ (осложненное / неосложненное развитием ОЭЯП ВО ЖКТ все пациенты (85 обожженных) были разделены на две группы. Первую группу составили 45 обожженных (53%), у которых ОБ осложнилась развитием ОЭЯП ВО ЖКТ в первые 14 суток после травмы. Вторая группа - 40 пострадавших (47%), у которых ОБ не осложнилась развитием ОЭЯП ВО ЖКТ в первые две недели после поступления. **Результаты и обсуждение.** Анализ различных данных (клинических, лабораторных и инструментальных), отражающих состояние пострадавших от тяжелой ожоговой травмы, позволил выделить 10 параметров, которые являются наиболее информативными по частоте обнаружения при осложненном и неосложненном течении ОБ. На основе этих показателей создана шкала прогноза развития ОЭЯП ВО ЖКТ у тяжелообожженных, согласно которой каждому выбранному признаку для прогноза определено адекватное значение или диапазон значений, при



помощи которых рассчитывали соответствующие им весовые коэффициенты. Все коэффициенты по этим 10 показателям суммировались, а сумма соответствовала индексу прогноза (ИП). Значения ИП рассчитывались при доверительном интервале от -15 до $+15$ у.е. При ИП большем или равном $+15$ у.е. с большой вероятностью более 85% можно ожидать развития ОЭЯП ВО ЖКТ. Если ИП меньше или равно -15 у.е., то с такой же вероятностью осложнения в виде ОЭЯП ВО ЖКТ не разовьются. При величине ИП от -15 до $+15$ у.е. прогноз неопределенный, с вероятностью развития ОЭЯП ВО ЖКТ в 50%.

Заключение. Проанализированные данные подтверждают правильность выбора прогностических критериев развития ОЭЯП ВО ЖКТ у тяжелообожженных. Учет прогностических критериев и профилактика позволяют достоверно снизить частоту развития ОЭЯП ВО ЖКТ у пострадавших от тяжелой ожоговой травмы. Таким образом, изучение клинической картины, результатов лечения пострадавших, перенесших тяжелую ожоговую травму, позволило создать шкалу прогноза развития ОЭЯП ВО ЖКТ, высокая достоверность которой позволяет прогнозировать развитие ОЭЯП ВО ЖКТ и принимать своевременные профилактические меры.

554. ЛАПАРОСКОПИЯ – ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Прибыткин А.А. (1), Сергеев А.В. (1,2), Нарезкин Д.В. (2,1), Безалтынных А.А. (2,1)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1).

Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. Несмотря на наличие современной клиничко-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ-диагностики, вопросы дифференциальной диагностики острых заболеваний (хирургических и нехирургических) остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения стали возможны благодаря стремительному развитию лапароскопической хирургии.

Материалы и методы. Анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся лапароско-

пической диагностике и лечению, проведён за период с 2000 по 2016 год. Выполнено более 5000 экстренных лапароскопических вмешательств. Структура острых заболеваний органов брюшной полости представлена следующей патологией: острый аппендицит (преимущественно деструктивные формы), острый холецистит (в том числе флегмонозный, гангренозный, с перивезикальным инфильтратом), перфоративная язва желудка и ДПК, острый панкреатит (в том числе с ферментативный перитонитом), тупая травма живота с повреждением и без повреждения внутренних органов, некроз жировых привесков сигмовидной кишки, мезаденит, острая гинекологическая патология, кисты ухахуса, онкологические заболевания тонкого и толстого кишечника, осложнённый дивертикулит, синдром абдоминальной ишемии, тромбоз мезентериальных сосудов, перитониты, осложняющие вышеперечисленные заболевания. При острой абдоминальной патологии лапароскопия является наиболее приоритетным по информативности и оперативности осуществления методом дифференциальной диагностики. При этом диагностическая лапароскопия всегда может быть переведена в лечебную с применением лапароскопических технологий оперирования и санации брюшной полости.

Результаты. В структуре экстренных лапароскопических вмешательств преобладают: диагностические лапароскопии, лапароскопические аппендэктомии, лапароскопические холецистэктомии, санация и дренирование брюшной полости при остром панкреатите, ушивание префоративных язв желудка и ДПК. Выполнено 2473 лапароскопических аппендэктомий. Из них: 2243 (90,7%) выполнено по методике обработки брыжейки червеобразного отростка монополярной коагуляцией и клипированием основания аппендикса; лигатурным способом выполнено 173 (7,0%) лапароскопических аппендэктомий; с использованием аппарата GIA-30 – 57 (2,3%) операция. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась при всех формах острого аппендицита, преобладают деструктивные формы – флегмонозный аппендицит (77,3%), гангренозный аппендицит (13,1%). С 2007 года при выполнении ЛА нами используется аппарат Liga Sure (в рамках данного исследования ЛА выполнена 403 пациентам). Выполнена 941 лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите, как флегмонозном, гангренозном (калькулёзном и бескаменном), так и с наличием перивезикального инфильтрата и/или абсцесса. После выполнения диагностической лапароскопии на предмет выявления перфоративной язвы желудка и ДПК, в 167 случаях выполнено лапароскопическое ушивание прободной язвы с дополнительной перитонизацией линии шва прядью большого сальника,



санацией и дренированием брюшной полости. Одной из наиболее грозных хирургических патологий является острый панкреатит. Доказано, что лапароскопическая санация брюшной полости, блокада круглой связки печени, декомпрессия по показаниям желчного пузыря, дренирование брюшной полости способны abortивно прервать острый процесс в поджелудочной железе и добиться ремиссии ферментативного перитонита. С 2000 года по настоящее время выполнена 531 диагностическая и лечебная лапароскопия по поводу острого панкреатита, с санацией и дренированием брюшной полости, раскрытием париетальной брюшины по флангам брюшной полости, формированием транскутанных транспечёночных или контактных холецистостом. При травме живота выполнена 369 диагностическая и лечебная лапароскопия. При тупой травме живота без повреждения внутренних органов диагностическая лапароскопия в 59,7% случаев позволила избежать неоправданных лапаротомий. При проникающих ножевых ранениях живота у 53,6% пострадавших лапароскопия позволила исключить повреждение внутренних органов. В 23 случаях выполнена диагностическая и лечебная торакокопия при проникающих ножевых и огнестрельных ранениях грудной клетки, торакоабдоминальных ранениях, закрытой травме груди при ДТП и другой тяжёлой сочетанной травме. Удаление некротизированных привесков сигмовидной кишки выполнено у 46 пациентов. В 132 клинических наблюдениях, при выполнении диагностической лапароскопии, констатировано отсутствие абдоминальной хирургической патологии, т.е. диагностирован ложный острый живот.

Заключение. Активное использование лапароскопических методик в диагностике и лечении ургентной хирургической патологии позволило сократить продолжительность времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий и торакотомий.

555. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АПЕНДИЦИТА

*Прибыткин А.А. (1), Сергеев А.В. (1,2),
Безалтынных А.А. (2,1), Ковальчук В.О. (1).*

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1). Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. Особое место в дифференциальной диагностике острого аппендицита занимает лапароскопия. Частота диагностических ошибок при остром аппендиците достигает 28-38,3%. Около 15-25% удаленных червеобразных отростков при гистологическом исследовании оказываются неизменными. С развитием эндовидеотехнологий диагностическая лапароскопия получила дальнейшее развитие в виде лапароскопической аппендэктомии (ЛА).

Материалы и методы. За 2000-2016 гг. на базе больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска проведено 2473 лапароскопических аппендэктомий. Использовались следующие способы ЛА: клипирование основания червеобразного отростка – 2243 (90,7%) больных; лигатурный способ – 173 (7,0%) больных; с использованием аппарата GIA-30 – 57 (2,3%). ЛА с использованием аппарата GIA-30 проводилась на этапах освоения методики данной операции, а в настоящее время применяется при выраженных изменениях в области основания аппендикса с явлениями тифлита. С 2007 года при выполнении ЛА нами используется аппарат Liga Sure (в рамках данного исследования ЛА выполнена 403 пациентам). В методике с использованием клипс, брыжейка червеобразного отростка обрабатывалась с применением монополярной коагуляции, а основание червеобразного отростка клипировалось и пересекалось. Культия аппендикса обрабатывалась раствором антисептика. При лигатурном способе клипсы заменялись на эндопетли, уже готовые к использованию, или же формировался экстракорпоральный узел по методике Рёдера. В случае использования аппарата Liga Sure, брыжейка аппендикса и его основание подвергались обработке аппаратом. Дополнительно на основание червеобразного отростка накладывалась клипса с целью лучшей герметизации. Во всех случаях удалённый червеобразный отросток извлекается из брюшной полости в торакаре или пластиковом контейнере. После ЛА проводились клинические, лабораторные, бактериологические и морфологические исследования.



Результаты. У 903 (27,4%) больных, поступавших в клинику с предположительным диагнозом острый аппендицит, после лапароскопии эта патология была исключена в связи с выявлением заболеваний, нуждающихся в иной хирургической коррекции (мезаденит, сальпингоофорит, апоплексия яичника, внематочная беременность, острый холецистит, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и ДПК). Время выполнения ЛА в группе с использованием клипирования составило $30,1 \pm 2,6$ мин (с аппаратом Liga Sure – $17,9 \pm 2,4$ мин). При гистологическом исследовании выявлены следующие изменения: катаральный аппендицит – у 238 (9,6%), флегмонозный – у 1911 (77,3%), гангренозный – у 324 (13,1%). При бактериологическом исследовании мазков с культи червеобразного отростка выявлено: в группе с применением монокоагуляции в 1294 случаях (57,7%) высеяна E. Coli (105 КОЭ/мл). В группе с применением аппарата Liga Sure констатировано отсутствие роста микробной флоры во всех наблюдениях. При морфологическом исследовании брыжейки аппендиксов установлено: в группе, где применялась монополярная коагуляция, зона некроза составила $2,2 \pm 0,31$ мм. Зона гомогенизации брыжейки после применения Liga Sure составила $1,3 \pm 0,19$ мм. У 42 (1,7%) больных из-за технических сложностей потребовалась конверсия к традиционной аппендэктомии. Причины перехода к открытой операции: вскрывшийся аппендикулярный абсцесс при гангренозном аппендиците - у 23 (1,1%) больных, распространенный фибринозно-гнойный перитонит при гангренозно-перфоративном аппендиците – у 19 (0,8%) больных соответственно. У 23 клинических наблюдений в группе, где применялось клипирование, имелись интра- и послеоперационные осложнения: кровотечение из аппендикулярной артерии у 13 (0,6%) пациентов, которое остановлено интраоперационно дополнительным коагулированием. Инфильтрат правой подвздошной области отмечен у 8 больных (0,4%), ранняя спаечная кишечная непроходимость - у 2 (0,08%) пациентов. При использовании аппарата Liga Sure в 4 случаях констатировано нагноение троакарной раны (1,01%). В ходе работы установлены относительные противопоказания к применению аппарата Liga Sure для лапароскопической аппендэктомии: перфорация в области основания червеобразного отростка; выраженный тифлит; гангренозный аппендицит, когда диаметр червеобразного отростка более 10 мм; флегмона брыжейки червеобразного отростка.

Выводы. 1. Диагностическая лапароскопия показана во всех случаях неоднозначной симптоматики острого аппендицита, и позволяет значительно сократить число диагностических ошибок и общее количество операций по поводу острого аппенди-

цита. 2. Лапароскопическую аппендэктомию лучше выполнять методом клипирования или лигирования, а пересечение брыжейки червеобразного отростка проводить аппаратом Liga Sure.

556. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Сергеев А.В. (1,2), Прибыткин А.А. (2), Нарезкин Д.В. (2,1), Безалтынных А.А. (2,1)

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Смоленска (1). Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. С бурным ростом эндоскопических технологий диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, выявление гастроэзофагеальнорефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) не составляет затруднений. Это позволяет хирургам шире использовать возможности оперативной коррекции этой патологии. Лапароскопический вариант операций обладает рядом преимуществ перед традиционными открытыми оперативными методиками лечения ГЭРБ и ГПОД.

Материалы и методы. За 2012-2016 гг. на базе отделения неотложной хирургии № 1 больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска проведено 38 лапароскопических операций по поводу гастроэзофагеальнорефлюксной болезни, развившейся на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы. В 35 случаях констатированы скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, в трёх – параэзофагеальные грыжи с внутригрудным расположением 1/3 желудка. В шести наблюдениях ГПОД сочеталась с хроническим калькулёзным холециститом. Все оперативные вмешательства проводились с использованием аппарата Liga Sure и ультразвукового скальпеля. Обязательным считаем интраоперационное зондирование желудка (с оставлением назогастрального зонда в раннем послеоперационном периоде на одни сутки). Наиболее широко использовалась фундопликация по способу Nissen-Rosetti с полноценной мобилизацией большой кривизны и дна желудка для наложения полноценной манжеты. В пяти наблюдениях были использованы методики Toupet и Dor. Всем пациентам до оперативного лечения проводилась суточная рН-метрия. Результаты. Средняя продолжительность лапароскопического вмеша-



тельства составила 120 ± 43 мин. Средний объём кровопотери не превышал 100 ± 21 мл. Средний размер грыжевых ворот составил $6,7 \pm 3,6$ см. У 33 больных выполнена лапароскопическая фундопликация по способу Nissen-Rosetti, у четырёх пациентов – Toupet, у одного – по методике Dor. Изменение методики операции в данных пяти случаях связано с малыми размерами грыжевых ворот. В одном случае потребовалась конверсия в открытую операцию, так как при мобилизации большой кривизны и дна желудка констатирован выраженный периспленит. Ввиду высокого риска травматизации селезёнки осуществлена конверсия, операция закончена классическим способом фундопликации по Nissen. У 9 больных круорография и фундопликация дополнены холецистэктомией по поводу хронического калькулёзного холецистита. Послеоперационный период у пациентов в большинстве случаев протекал без осложнений и характеризовался минимально выраженным болевым синдромом. Пациенты активизировались в 1-е сутки после операции. У 4 пациентов в послеоперационном периоде отмечались явления дисфагии, продолжительность которой в среднем составляла около 4-6 суток. Разрешение во всех случаях достигнуто консервативными мероприятиями. У одного больного на 4-е сутки послеоперационного периода отмечены интенсивные боли в эпигастрии. При проведении ФЭГДС констатировано наличие в нижней 1/3 пищевода крупных фрагментов пищи, что обусловило вышеописанную симптоматику. Фрагменты пищи удалены эндоскопически. Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. При проведении анализа ближайших и отдалённых результатов, рецидивов ГПОД у всех пациентов не отмечено (по результатам ФЭГДС, контрастной РГ-скопии желудка, клиническим данным). У 27 больных констатировано нивелирование явлений ГЭРБ и восстановление качества жизни. У одного пациента в течение года после оперативного лечения сохранялась стойкая изжога, однако при проведении обследования рецидив ГПОД не подтверждён. Изжога успешно купировалась приёмом блокаторов протонной помпы. Выводы. 1. При ГПОД II-III степени возможно успешное применение оперативных вмешательств лапароскопическим доступом. 2. Эндовидеохирургические операции при ГПОД позволяют значительно улучшить результаты лечения больных, сократить сроки стационарного лечения, улучшить качество жизни пациентов. 3. Наиболее благоприятные результаты отмечены у пациентов, оперированных по способу Nissen-Rosetti с методикой с полноценной мобилизацией большой кривизны и дна желудка для наложения полноценной манжеты.

557. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

*Сергеев А.В. (1,2), Нарезкин Д.В. (2,1),
Прибыткин А.А. (1), Безалтынных А.А. (2,1),
Ковальчук В.О. (1).*

Смоленск

Клиническая больница скорой медицинской помощи (1).

Смоленский Государственный Медицинский Университет, кафедра госпитальной хирургии (2).

Актуальность. Проблема лечения аппендикулярного перитонита остается крайне актуальной в настоящее время, даже при современных методах диагностики и лечения urgentных хирургических заболеваний. До сих пор в научных кругах ведутся споры о необходимости поиска оптимальных методов хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения аппендикулярного перитонита у 62 пациентов в возрасте от 15 до 76 лет, оперированных с применением лапароскопических методик, и 63 пациентов той же возрастной группы, оперированных традиционным открытым способом, в период с 2010 по 2016 гг. Сроки от момента заболевания до проведения оперативного вмешательства операции составляли от 2-х часов до 3 суток. Сравнимые группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу и клиническим формам перитонита. Всем пациентам проводилась предоперационная подготовка, включавшая инфузионно-детоксикационную терапию, введение антибактериальных препаратов (цефалоспорины III поколения), постановку назогастрального зонда и мочевого катетера, коррекцию КЩС. Оперативное вмешательство традиционным методом выполняли из ниже-срединной лапаротомии или классического доступа Волковича-Дьяконова. После аппендэктомии оценивали состояние брюшины, распространенность перитонита, характер воспалительных изменений кишечника. Определяли объем оперативного вмешательства, осуществляли промывание и дренирование (по показаниям, двумя-тремя дренажами) брюшной полости. Промывание брюшной полости осуществляли до аспирации визуально чистых промывных вод. При использовании эндовидеохирургической технологии, выполняли постановку эндопортов из трех стандартных точек (варианты постановки троакаров могут изменяться в зависимости от интраоперационной картины). Проводили оцен-



ку распространенности перитонита и характер изменений кишечника. Аспирировали выпот и проводили первый этап – промывание и санацию брюшной полости. Аппендэктомия выполняли чаще всего двумя вариантами: в первом случае брыжейка червеобразного отростка пересекалась с применением монополярной коагуляции. Основание червеобразного отростка клипировалось (либо использовались эндопетли) и пересекалось. Культия аппендикса обрабатывалась раствором антисептика. Во втором случае брыжейка аппендикса подвергалась обработке аппаратом Liga Sure, основание аппендикса клипировалось или накладывали эндопетли (при флегмонозных формах острого аппендицита, основание аппендикса обрабатывалось аппаратом Liga Sure с дополнительным наложением одной клипсы). В первом случае использовалась стандартная постановка троакаров: два 10 мм в параумбиликальной и правой подвздошной областях, 5 мм – в левой подвздошной области. Во втором случае 5 мм троакар вводился в правой подвздошной области, а 10 мм – в левой подвздошной и параумбиликальной областях. Удаленный червеобразный отросток асептично извлекался из брюшной полости помещением его в пластиковый контейнер. Затем проводили ревизию кишечника с разделением инфильтратов, абсцессов, деформаций, создающих предпосылки для ранней кишечной непроходимости. Во время ревизии промывание брюшной полости повторяли. Затем производили третий окончательный этап лаважа брюшной полости до чистых промывных вод с тщательной аспирацией жидкости и последующим ее бактериологическим исследованием на количество микробных тел. Дренирование брюшной полости проводили постановкой 2-3 трубчатых дренажей. Результаты. Бактериологическое исследование гнойного выпота в брюшной полости у пациентов обеих групп выявило отсутствие различий по микробному спектру, высеянной патогенной флоры. Отмечено преобладание монофлоры *Escherichia coli* в 43,7% случаев, либо *Pseudomonas aeruginosa* - 6,4%. У 19,3% пациентов в посевах обнаружено два вида патогенных микробов. Чаще всего это было сочетание *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa* - 8,7%, а также *Clebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Staph. aureus*. Сочетание трех видов флоры отмечено в 3,9% с идентификацией *E. Coli* и β haemolytic *Streptococcus*, *Str. constellatus*, либо *Clebsiella pneumoniae* или *Pseudomonas*. Антибактериальная терапия у пациентов обеих групп не имела существенных различий до получения результатов посевов с учетом чувствительности к препаратам, и включала комбинацию цефалоспоринов, макролидов и метранидазола. В тяжелых случаях и при отсутствии эффекта применяли антибактериальные препараты

на ванкомицин, аугментин, амоксицилин, офлоксацин, тиенам. Отмечено уменьшение кратности и длительности применения обезболивающих препаратов, а также сроков восстановления перистальтики кишечника у пациентов первой группы, где применялись лапароскопические технологии. Общее количество койко-дней в хирургическом стационаре для пациентов первой группы и второй группы составило 7,9 и 12,6 дней соответственно. Ранний послеоперационный период у пациентов группы традиционного лапаротомного доступа осложнился продолжающимся перитонитом, потребовавшим лапароскопической санации, у 9 пациентов. Еще у 5 пациентов выявлен послеоперационный инфильтрат брюшной полости, что потребовало смены антибактериальных препаратов. У 6 пациентов наблюдались осложнения со стороны операционной раны – инфильтрат и гематома – нивелирование процесса достигнуто консервативным путём. У 2 пациентов группы лапароскопического лечения в раннем послеоперационном отмечена клиническая картина ранней спаечной кишечной непроходимости. В первом случае выполнен лапароскопический адгезиолизис и повторное дренирование брюшной полости. В другом наблюдении интраоперационная картина потребовала конверсии в лапаротомию, адгезиолизис, назоинтестинальную интубацию, санацию и повторное дренирование брюшной полости. Все пациенты выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальности в обеих группах не наблюдалось. Выводы: сравнительный анализ результатов лечения аппендикулярного перитонита у пациентов с применением миниинвазивных и традиционных методов выявил разницу в сроках послеоперационного лечения. Минимизация ранних послеоперационных осложнений, меньшие потребности пациентов в обезболивающих препаратах, более быстрое восстановление перистальтики кишечника и косметический эффект делают лапароскопические операции при аппендикулярном перитоните предпочтительными. Полученные данные позволяют рекомендовать лапароскопическую аппендэктомию и санацию брюшной полости при аппендикулярном перитоните к более широкому применению при наличии соответствующего оборудования и квалифицированной подготовки хирургической бригады.



558. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Бакиров М.Р (1), Бурмистров М.В, Сигал Е.И,
Шарапов Т.Л (2)

Набережные Челны, 2) Казань

- 1) ГАУЗ РТ БСМП г.Набережные Челны
- 2) Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ г.Казань (РКОД)

Актуальность. В настоящее время ахалазия кардии (АК) составляет 3,1–20% от всех заболеваний пищевода. АК является предраковой патологией: риск возникновения рака пищевода на ее фоне увеличивается в 14,5-33 раза. Частота злокачественной трансформации заболевания составляет 88 человек на 100 000 пациентов. Это указывает на необходимость более раннего выявления данной патологии и создания современных методов профилактики и лечения этой группы пациентов.

Материалы и методы. В период с 1996 по 2016 год на базе отделения хирургии пищевода и желудка РКОД МЗ РТ находилось на лечении 236 пациентов с диагнозом АК. Из них мужчин 108, женщин 128, возраст от 18 до 80 лет. Распределение больных по стадиям: 1ст.-8 пац.; 2ст.- 125пац.; 3ст.-100пац.;4ст. 3пац. Показаниями к оперативному лечению являлись: неэффективность кардиодилатации 52 пац., неэффективность ботулотоксина 23 пац., возраст больных меньше 40 лет или как первичное лечение 161пац. Операцией выбора являлась видеолапароскопическая (ВЛС) эзофагокардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору. Профилактика осложнений осуществлялась с применением трансиллюминационного тензометрического зонда (ТТЗ). Результаты Основные показатели ВЛС операции Геллера Дора: -летальность и конверсия к лапаротомии 0 (0%); -интраоперационные осложнения 48 (20%) (перфорации 47; кровотечения 1); -ранние послеоперационные осложнения 7 (3%) (кровотечение 1; спонтанный разрыв пищевода 1; желудочный свищ 1; эмпиема плевры 1; внутрибрюшная гематома 1; формирование ГПОД 1; несостоятельность шовной линии 1. -поздние послеоперационные осложнения 24 (10%) рецидив дисфагии 23; псевдодивертикул 1. Все послеоперационные рецидивы АК были распределены согласно классификации А.Л. Гребенева — В.Х. Василенко (1995) на 3 типа. Рецидив 1-го типа (неэффективная миотомия НПС) проявляет себя в раннем послеоперационном периоде. Этот тип рецидива диагностирован у 5 (1,9%) пациен-

тов. Для устранения дисфагии 2 пациентам выполнили релапароскопию, ремиотомию с отличным эффектом. Трех пациентам, вследствие их отказа от повторной операции, выполнили эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулинического токсина А (Диспорт 250 единиц) с хорошим эффектом. Рецидив 2-го типа (рубцово-спаечный процесс в области НПС). Дисфагия, как правило, появляется на отдаленных сроках (3-12 месяцев) после операции. Данный тип рецидива был верифицирован у 10 (3,8%) пациентов. В связи с чем, кардиодилатацию провели 9 больным с хорошим отдаленным эффектом. Одной пациентке вследствие развития небужиреваемого стеноза нижней трети пищевода более 6 см выполнили экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой стеблем из большой кривизны желудка и наложением эзофагогастроанастомоза (ЭГА) на шее. Рецидив 3-го типа (атония пищевода) связан с прогрессирующим нарушением перистальтики пищевода вследствие аганглиоза его грудной части, хотя давление в НПС при этом не выходит за пределы нормы. Дисфагия проявляется на сроках 5-10 и более лет. Данный тип рецидива был диагностирован у 8 (3%) больных. Тактика лечения данного вида рецидива была следующая: - тораколапаротомия, экстирпация пищевода с пластикой стеблем желудка и наложением ЭГА на шее выполнено 3 пациентам - видеоторакоскопическая экстирпация пищевода, лапаротомия, пластика пищевода стеблем желудка с ЭГА на шее выполнено 2 пациентам - видеоторакоскопическая экстирпация пищевода, видеолапароскопическая пластика пищевода стеблем желудка с ЭГА на шее выполнено 3 пациентам

Выводы. 1) Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру, дополненная передней модифицированной гемифундопликацией по Дору является операцией выбора для пациентов с АК 2) Тактика лечения послеоперационных рецидивов у пациентов с ахалазией кардии в каждом случае определяется индивидуально.

559. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАКСИЛЯРНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пришвин А.П., Яковлев П.Н., Криволапов Д.Н.

Санкт-Петербург

Многопрофильная клиника имени Н.И. Пирогова

Использование трансаксилярного трансареолярного эндовидеохирургического доступа (ТТЭД) для



выполнении резекции щитовидной железы (ЩЖ) обеспечивает лучший косметический эффект и меньшую травматичность, по сравнению с классическим воротничкообразным доступом по Кохеру и видеоассистированными хирургическими вмешательствами из минидоступа.

Материалы и методы: За период с января 2014 г. по январь 2017 г., в многопрофильной клинике им. Н.И. Пирогова (СПб) было выполнено 109 эндовидеохирургических резекций ЩЖ с применением ТТЭД. Все прооперированные больные – женщины, средний возраст которых 36,4 года. Показанием к операции являлась фолликулярная опухоль ЩЖ у 62 (56,8%) больных, многоузловой нетоксический зоб у 24 (22,0%), токсическая аденома ЩЖ – у 19(17,4%), хронический аутоиммунный тиреоидит Хасимото с узлам в ЩЖ – у 2 (1,8%), диффузный токсический зоб – у 2(1,8%) больной. В 8 (7,3%) наблюдениях был отмечен зоб большого размера (более 60 см³).

Результаты и обсуждение: Объем хирургического вмешательства у 72 (66,0%) пациентов – гемитиреоидэктомия, у 21(19,2%) – тиреоидэктомия, в 16(14,7%) наблюдениях была выполнена субтотальная резекция ЩЖ. Конверсия в доступ Кохера была предпринята у 4 (3,6%) пациентов. В трех наблюдениях причиной конверсии являлось кровотечение из ткани ЩЖ при токсическом зобе, в одном случае – опасность газовой эмболии при повреждении притока наружной яремной вены. Средняя продолжительность операции составляла 2,8±0,72 часа. У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал гладко, средняя длительность госпитализации составила 2 суток. Кровотечений и послеоперационных парезов гортанного нерва отмечено не было, в двух наблюдениях (1,8%) имел место трахнзиторный послеоперационный гипопаратиреоз, купированный назначением препаратов кальция.

Выводы: Применение ТТЭД в лечении больных с хирургической патологией ЩЖ позволяет добиться лучшего, по сравнению с другими оперативными доступами, косметического эффекта, сократить время пребывания больных в стационаре и не ведет к росту специфических операционных осложнений.

560. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С РАЗЛИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ЭКСПЛАНТАТА.

Ромашкин-Тиманов М.В.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб НИИ СП им.И.И.Джанелидзе

Введение. Вопрос выбора способов устранения послеоперационных вентральных грыж составляет предмет дискуссии до настоящего времени. Методы. Проанализированы особенности телосложения и результаты хирургического лечения у 113 больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ), оперированных ненатяжными способами герниопластики с различным расположением сетчатого эксплантата.

Результаты. Послеоперационные вентральные грыжи в основном образуются у женщин брахиморфного телосложения старше 50 лет. Они составляют более 70% среди всех больных с ПОВГ. Существующие традиционные натяжные способы хирургического лечения ПОВГ обеспечивают надежный результат у больных с малыми ПОВГ, где рецидивы не превышают 7%. При устранении рецидивных ПОВГ натяжными способами пластики вероятность рецидива заболевания увеличивается более чем в 2 раза. Эффективным способом восстановления целостности передней брюшной стенки у больных с первичными и рецидивными ПОВГ является пластика с использованием сетчатого эксплантата. Рецидивы заболевания при ее использовании не превышают 3%. Сетчатый полипропиленовый эксплантат биологически инертен, надежно укрепляет переднюю брюшную стенку, прорастает соединительной тканью, кровеносными сосудами и составляет единое целое с ее апоневротическими структурами. Обсуждение. Успех хирургического лечения зависит от дифференцированного использования различных способов эксплантации сетчатого полипропиленового протеза, основанных на морфофункциональных особенностях строения передней брюшной стенки, а также виде, размерах грыжи, локализации ее грыжевых ворот. Должны быть учтены возраст и телосложение больного. Устранение послеоперационной вентральной грыжи натяжным способом пластики обосновано только у людей в возрасте до 50 лет при грыжевых воротах до 5 см. У больных старше 50 лет, особенно брахиморфного телосложения с грыжевыми воротами до 5 см, более надежным будет использовать укрепление линии швов сетчатым эксплантатом, размещенным по-



верх ушитого «край в край» апоневроза передней брюшной стенки. У больных с грыжевыми воротами более 5 см, вне зависимости от локализации грыжи, показана ненатяжная герниопластика сетчатым эксплантатом. Преимущества ее заключаются в сохранении неизменным объема брюшной полости, что обеспечивает отсутствие дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде, раннюю активизацию оперированного больного и нормализацию функции ЖКТ. Оперативные способы хирургического лечения ПОВГ с предбрюшинным (или подапоневротическим) расположением сетчатого эксплантата предпочтительны. Это определяется всасывающей способностью брюшины, что уменьшает продукцию экссудата вокруг эксплантата. Внутрибрюшное давление способствует плотному прилеганию протеза к тканям передней брюшной стенки, что способствует его быстрому прорастанию. Предбрюшинное расположение эксплантата не требует дренирования раны. Установка сетчатых эксплантатов требует повышенного внимания к шовному материалу. Фиксацию протеза к апоневрозу передней брюшной стенки целесообразно выполнять полипропиленовой мононитью условным диаметром не менее 2/0 обвивным или узловым швом.

561. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Петрова В.В., Воробьев С.Л., Смирнов Г.А.,
Аржелас М.Н., Давлетшина В.В.*

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский Государственный
университет Университетская клиника Минздрава
России.

Актуальность проблемы. Длительное существование язвы грозит развитием различных инфекционных осложнений вплоть до септического процесса. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в местном лечении хронических ран различного генеза, до настоящего времени остается нерешенной проблема сокращения репаративной фазы раневого процесса и достижения быстрой эпителизации без формирования патологических рубцов. Доказано, что коллаген 1 типа играет важнейшую роль на всех стадиях заживления раны и служит ключевым внеклеточным компонентом для восстановления соединительной ткани.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с хроническими ранами различной эти-

ологии и локализации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 52 пациента с хроническими ранами различного генеза во второй и третьей фазах раневого процесса. Из них: 11 пациентов с трофическими язвами на фоне ХВН (21,2%); 12 пациентов с синдромом диабетической стопы (23%); 7 пациентов с нейротрофическими язвами (13,5%); 13 пациентов с хроническими язвами после перенесенной травмы или оперативных вмешательств (25%); 4 пациента с язвами Марторелла (7,7%) и трофическими язвами на фоне ХАН — 5 (9,6%). Средний возраст пациентов составил 52,7 ± 8,2 года. Распределение по полу составило: мужчин 15, женщин 37. Длительность существования язв до лечения составляла от 1,5 месяцев до 1,5 лет. Для лечения ран использовался рассасывающийся коллагеновый материал в различных формах выпуска: мембраны (32 пациента), порошок (27 пациентов), гель (23 пациента), шарики (6 пациентов). Оптимальный эффект лечения достигался при комбинированном использовании различных форм препарата. Клиническую оценку результатов лечения проводили на основе визуального контроля над течением раневого процесса: количества и характера отделяемого, сроков эпителизации. Скорость закрытия язвенного дефекта производилась по расчету его площади и глубины в мм 1 раз в 5-7 дней в течение 4-6 недель. Площадь раны и ее изменения оценивались количественно перед началом лечения, после 7-го и 28-го дней лечения и в конце исследования. Клинические и лабораторные исследования проводили до, во время и после курса лечения. Кроме того выполнялось гистологическое исследование тканей из зоны эпителизации и сформированного рубца. Результаты. У всех пациентов раны эпителизировались. перевязки производились 1 раз в 3-5-7 дней. Сроки эпителизации составляли от 14 до 28 дней от начала лечения. У всех пациентов наблюдали краевую и островковую эпителизацию. По данным гистологического исследования (окраска препаратов - окраска гематоксилин-эозин, ШИК-реакция, трихром по Массону) участки эпителизации представлены: на поверхности - формирующейся грануляционной тканью со слабым экссудативным фибринозным компонентом; в глубоких отделах - сформированной хорошо васкуляризированной грубоволокнистой фиброзной тканью с очаговой слабо выраженной неспецифической лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией, с хорошо сформированными зрелыми сосудами.

Выводы. Проведенное исследование позволило констатировать следующие преимущества применения биопластического материала: 1. Простоту и удобство в использовании для врачей и пациентов, эффективность применения, отсутствие по-



бочных проявлений, безболезненные перевязки. 2. Возможность проведения всего курса лечения амбулаторно. 3. Увеличение скорости заживления раневого дефекта и отсутствие деформирующих рубцов.

562. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

*Цулеискири Б.Т., Петров Д.И., Ярцев П.А.,
Курсанов И.И.*

Москва

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. В структуре онкологических заболеваний опухоли толстой кишки занимают третье место, при этом, большинство больных раком ободочной кишки поступают в общехирургические стационары с осложненными формами, из них наиболее часто встречающееся - обтурационная толстокишечная непроходимость, составляющая по данным разных авторов от 40% до 60%. Выполнение операций с формированием первичного кишечного анастомоза сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений, в частности несостоятельности межкишечного анастомоза. В связи с чем, наиболее широкое применение получила тактика выполнения двухэтапных операций с удалением первичной опухоли и выведением колостомы при лечении больных с острой кишечной непроходимостью, которая снижает риск развития послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью межкишечного анастомоза. Однако эта методика ухудшает социально-трудовую реабилитацию пациентов и требует выполнения повторной операции, срок которой не всегда можно прогнозировать.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2016 гг. был оперирован 31 пациент с обтурационной толстокишечной непроходимостью с использованием миниинвазивных методик. Средний возраст пациентов составил $65,4 \pm 3,6$ лет. Тяжесть по шкале SAPS II составила $32,45 \pm 4,5$. В исследование были включены пациенты, которым первым этапом была выполнена временная декомпрессия ободочной кишки проксимальнее опухолевого стеноза. Вторым этапом была выполнена лапароскопическая резекция с формированием первичного

анастомоза. Противопоказанием к фиброколоноскопии с заведением дренажной трубки являлось супрастенотическое расширение кишки более 8 см в диаметре (по данным рентгенологического исследования). При наличии противопоказаний или технической невозможности эндоскопической реканализации выполняли выведение временной лапароскопической колостомы. Результаты. Эндоскопическая реканализация выполнена 28 пациентам, 3 пациентам выполнено выведение временной лапароскопической колостомы. Всем больным выполнена лапароскопическая резекция ободочной кишки в объеме: резекция сигмовидной кишки – 13 больных (42,0%), левосторонняя гемиколонэктомия – 7 пациентов (22,6%), правосторонняя гемиколонэктомия – 10 больных (32,2%), резекция поперечно-ободочной кишки – 1 пациент (3,2%). Межкишечный анастомоз выполнили с использованием сшивающих аппаратов у 16 больных, ручной шов – у 15 пациентов. Послеоперационные осложнения были выявлены у 6 больных: супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения – 2 (7,14%), несостоятельность межкишечного анастомоза – 1 (3,2%), тромбоэмболия легочной артерии – 1 (3,2%), нагноение послеоперационной раны – 2 (6,4%). При несостоятельности межкишечного анастомоза было выполнено отключение кишки из пассажа выше зоны несостоятельности. Летальных исходов не было.

Заключение. Использование временной декомпрессии у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью позволяет выполнить лапароскопическую операцию с формированием первичного межкишечного анастомоза во временных рамках одной госпитализации.

563. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНЫХ С КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ (КТМТ) ПРИ ОКАЗАНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (КМП).

*Зубрицкий В.Ф.(1), Колтович А.П.(1),
Палтышев И.А.(2)*

Москва, 2) Балашиха

1) ГКГ МВД России, 2) ГВКГ ВНГ России

Проанализированы результаты лечения 93 раненых с КТМТ, которым была оказана КМП в МОСН ГВКГ ВВ МВД России в период в 1994-1997 гг. и в 1999-2014 гг. Все раненые мужчины, в возрасте от 19 до 48 лет. Причиной повреждений 75 (80,6%) человек стал подрыв на фугасных минах, 18 (19,4%)



– попадание снаряда в боевую технику. В течение первого часа поступило 16 (17,2%) человек, второго – 47 (50,5%), в сроки от 2 до 24 часов 30 (32,3%). Легкие КТМТ диагностированы у 5 (5,4%) человек, средней степени – 23 (24,7%), тяжелой степени – 38 (40,8%), крайне тяжелой степени – 27 (29,0%) раненых. Ранения головы были у 67 (72%) раненых, верхних конечностей – 44 (47,3%), нижних – 50 (53,8%), груди – 21 (22,6%) раненого, живота и таза – 18 (19,4%), магистральные сосуды – 7 (7,5%) раненых. У 8 (8,6%) ожог дыхательных путей. Ожоги I-II степени были у 76 (82,6%) пострадавших, IIIA – 30 (32,6%), IIIB – 20 (21,7%), IV – 11 (12,0%). У 61 (65,6%) раненого ожоги локализовались в области огнестрельных ран. До 2001 г. была использована только тактика ранней помощи в полном объеме Early Total Care (ETC) (29 (31,2%) раненых). С 2002 г. было начато применение дифференцированного подхода с использованием тактики программируемого многоэтапного хирургического лечения Damage Control Surgery (DCS). При АДсист. выше 90 мм рт. ст. использовали тактику ETC – 30 (32,2%) раненых. При АДсист. менее 90 мм рт. ст. или развитии полиорганной недостаточности – применяли тактику DCS (34 (36,6%) человека). Послеоперационный период в 83% протекал тяжело в связи с развитием травматического шока. Продолжительность лечения на этапе КМП составила в среднем 6,6 суток. Лечение 7 (7,5%) раненых с легкими повреждениями на этапе КМП стало окончательным. Остальные 76 (81,7%) пострадавших эвакуированы на этап оказания специализированной медицинской помощи. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 51 (54,8%) человека. После применения традиционной тактики у 15 (51,7%) человек из 29, и у 36 (56,2%) из 64 после применения дифференцированной хирургической тактики. Общая летальность составила 9 (9,7%) раненых, 4 (13,8%) – после применения тактики ETC (группа 1) и 5 (7,8%) – после применения дифференцированной тактики (группа 2) ($p=0,453$). Погибали только раненые, поступившие в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, чаще с ведущим повреждением конечностей – 5 (5,4%) человек. Применение дифференцированной хирургической тактики привело к уменьшению летальности с 13,8% до 7,8% ($p=0,453$) по сравнению с группой раненых, у которых только применялась традиционная тактика одномоментного устранения всех повреждений.

564. ДИАПЕВТИКА ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

*Рогов М.Л., С.В.Новиков, А.М.Кузьмин,
П.А.Иванов, Р.Ш.Байрамов, С.Г.Гюласарян*

Москва

ГБУЗ Научно-исследовательский Институт Скорой Помощи им.Н.В. Склифосовского, г. Москва

Лечение острого панкреатита является актуальной проблемой современной медицины. В течение последних 5 лет заболеваемость острым панкреатитом заняла первое место в Москве и составила 25% среди всех острых абдоминальных заболеваний; предыдущее десятилетие пациенты с острым панкреатитом не достигли и 20%. Тяжелые формы панкреонекроза составляют 20%, летальность при этом достигает 30%, а в случае развития осложнений – 85%. Толстокишечные свищи являются одним из осложнений панкреонекроза, и они развиваются у 8,5% больных. Патогенез развития толстокишечных свищей при панкреонекрозе различен, требует дальнейшего исследования и разработки мероприятий профилактики и лечения. Цель. Улучшение результатов лечения больных панкреонекрозом осложненным толстокишечными свищами с использованием интраскопических методов. Материалы и методы. В период с 2013 по 2016 годы, включительно, в отделении острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы на лечении находилось 244 пациента с острым панкреатитом средней и тяжелой степени. Общая летальность в этой группе составила 33 (13,5%) пациента. Оперировано было 103 (42,2%) пациента, из которых 19 (18,4%) пациентов умерло. У 15 пациентов (6%) панкреонекроз осложнился толстокишечными свищами, которые выявлялись при рентгеноскопическом исследовании и носили трубчатый характер. У всех пациентов лечение начиналось с консервативной терапии и интраскопических методов. Консервативная терапия предусматривает проведение антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной, антисекреторной терапии. Интраскопические методы, включают следующие обязательные этапы: 1. дренирование мелкокалиберными дренажами под ультразвуковым контролем; 2. этапные замены дренажей на больший калибр под рентгеновизионным контролем; а) увеличение диаметра дренажей в зоне панкреатогенной деструкции; б) коррекция расположения дренажей по отношению к свищу; 3. ежедневное фракционное промывание дренажей и полостей; 4. вакуумная, инстру-



ментальная и эндоскопическая секвестрэктомия; 5. этапные замены дренажей на меньший калибр под рентгентелевизионным контролем; 6. заживление полостей и свищей. Цель интраскопических методов состоит в санации и заживлении зоны инфицированной панкреатогенной деструкции с расчетом на одновременное заживление толстокишечных свищей по мере облитерации полости. Результаты. Применение интраскопических методов позволило достичь закрытия толстокишечных свищей у 12 (80%) пациентов, в сроки до 30 суток. У 11 пациентов (73%) образовывались свищи нисходящего отдела толстой кишки, у 4 пациентов (27%) поперечно ободочной кишки. У 5 (33%) пациентов по дренажам поступало кишечное отделяемое, у 10 (67%) пациентов толстокишечный свищ выявлялся только на рентгеноскопии и имел клапанный характер. Не удалось закрыть свищи у 3 (20%) пациентов, у которых на фоне проводимого лечения сохранялась тенденция к увеличению количества кишечного отделяемого по дренажам и нарастание интоксикации. Отключение свища выполнялось путем формирования илеостомы у 1 пациента и трансверзостомы у 2 пациентов. Среди оперированных пациентов умерших не было. В этой группе умер 1 пациент от аррозивного кровотечения. Общая летальность составила 6,7%. Выводы: 1). Применение интраскопических хирургических методов лечения панкреонекроза с регулярной заменой дренажей, наращиванием их диаметра до максимально возможного, активным промыванием и секвестрэктомией через просвет дренажей или эндоскопически по сформированным каналам, позволяет в большинстве случаев избежать открытых операций. 2). Разработанная интраскопическая технология снижает травматичность и повышает эффективность лечения толстокишечных свищей и панкреонекроза в целом при хирургическом лечении.

565. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОКАЗАНИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (КМП)

*Дубров В.Э.(1), Герейханов Ф.Г.(2),
Колтович А.П.(3)*

Москва, 2)Балашиха, 3)Москва

1)МГУ им. М.В. Ломоносова, 2)ГКГ ВНГ России,
3)ГКГ МВД России

ных с КТМТ, которым была оказана КМП в МОСН ГВКГ ВВ МВД России в период в 1994-1997 гг. и в 1999-2014 гг. Все раненые мужчины, в возрасте от 19 до 48 лет. Причиной повреждений 75 (80,6%) человек стал подрыв на фугасных минах, 18 (19,4%) – попадание снаряда в боевую технику. В течение первого часа поступило 16 (17,2%) человек, второго – 47 (50,5%), в сроки от 2 до 24 часов 30 (32,3%). Легкие КТМТ диагностированы у 5 (5,4%) человек, средней степени - 23 (24,7%), тяжелой степени - 38 (40,8%), крайне тяжелой степени - 27 (29,0%) раненых. Ранения головы были у 67 (72%) раненых, верхних конечностей - 44 (47,3%), нижних - 50 (53,8%), груди - 21(22,6%) раненого, живота и таза - 18 (19,4%), магистральные сосуды - 7 (7,5%) раненых. У 8 (8,6%) ожог дыхательных путей. Ожоги I-II степени были у 76 (82,6%) пострадавших, IIIA – 30 (32,6%), IIIB – 20 (21,7%), IV – 11 (12,0%). У 61 (65,6%) раненого ожоги локализовались в области огнестрельных ран. До 2001 г. была использована только тактика ранней помощи в полном объеме Early Total Care (ETC) (29 (31,2%) раненых). С 2002 г. было начато применение дифференцированного подхода с использованием тактики программируемого многоэтапного хирургического лечения Damage Control Surgery (DCS). При АДсист. выше 90 мм рт. ст. использовали тактику ETC – 30 (32,2%) раненых. При АДсист. менее 90 мм рт. ст. или развитии полиорганной недостаточности – применяли тактику DCS (34 (36,6%) человека). Послеоперационный период в 83% протекал тяжело в связи с развитием травматического шока. Продолжительность лечения на этапе КМП составила в среднем 6,6 суток. Лечение 7 (7,5%) раненых с легкими повреждениями на этапе КМП стало окончательным. Остальные 76 (81,7%) пострадавших эвакуированы на этап оказания специализированной медицинской помощи. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 51 (54,8%) человека. После применения традиционной тактики у 15 (51,7%) человек из 29, и у 36 (56,2%) из 64 после применения дифференцированной хирургической тактики Общая летальность составила 9 (9,7%) раненых, 4 (13,8%) – после применения тактики ETC (группа 1) и 5 (7,8%) – после применения дифференцированной тактики (группа 2) ($p=0,453$). Погибали только раненые, поступившие в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, чаще с ведущим повреждением конечностей – 5 (5,4%) человек. Применение дифференцированной хирургической тактики привело к уменьшению летальности с 13,8% до 7,8% ($p=0,453$) по сравнению с группой раненых, у которых только применялась традиционная тактика одномоментного устранения всех повреждений.

Проанализированы результаты лечения 93 ране-



566. ПРИМЕНЕНИЕ «ЛЕГКИХ» СЕТЧАТЫХ ЭКСПЛАНТАТОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Ромашкин-Тиманов М.В.

Санкт-Петербург

ГБУ СПб НИИ СП им.И.И.Джанелидзе

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж, высокий процент (до 10% и более) рецидивов определили необходимость совершенствования методов их хирургического лечения. Создание сетчатых эксплантатов нового поколения на основе полипропиленовой монопнити и их использование в хирургии привело к появлению новой группы хирургических методов устранения наружных грыж, получивших название «ненатяжных способов пластики». Однако, их широкое применение послужило и причиной возникновения такого специфического осложнения, как скопление серозной жидкости в околосеточном пространстве и возникновение большого числа сером после операций. Так, при устранении послеоперационных вентральных грыж в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И.Джанелидзе с 2004 года применялась ненатяжная герниопластика с использованием отечественного сетчатого полипропиленового эксплантата «ЭСФИЛ - стандартный» (диаметр нити 0,12 – 0,14 мм) и «ЭСФИЛ - тяжелый» (диаметр нити 0,15 – 0,17 мм) производства ООО «ЛИНТЕКС» (г.С.-Петербург). С использованием этих сеток оперировано 176 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Возраст больных составил от 44 до 75 лет. Среди оперированных было 155 женщин и 21 мужчина. Вентральные грыжи устраняли по методу «on lay» и «in lay» с подшиванием протеза обвивным проленовым швом. Типичным осложнением послеоперационного периода при устранении послеоперационных вентральных грыж «тяжелыми» и «стандартными» сетчатыми эксплантатами была длительная (до 3-х недель) экссудация серозной жидкости из надсеточного пространства, что приводило к ее ограниченному скоплению и образованию сером в подкожной клетчатке. Данное осложнение наблюдалось у 75% оперированных нами больных при постановке сетчатого эксплантата размерами более 15×15 см. Это требовало длительного наблюдения за больными и использования у них в послеоперационном периоде пункционных методов лечения под контролем УЗИ для эвакуации скоплений жидкости. Снижение экссудации из надсеточного пространства до 5-7 дней после операции при ис-

пользовании одинаковой хирургической техники оказалось возможным благодаря использованию так называемых «легких» сетчатых эндопротезов с диаметром полипропиленовой нити 0,09 – 0,11 мм. С использованием этих эксплантатов в период 2014 – 2015 год оперировано 36 больных. При этом только у 6 (17%) больных с грыжами, оперированных по методу «in lay» возникла необходимость в применении пункционных методов лечения в послеоперационном периоде. Это оказалось возможным за счет уменьшения количества инородного материала, имплантируемого в ткани и лучшего прилегания к тканям сетчатого протеза. Использование «легких» протезов обусловило лучшую их переносимость оперированными больными, что проявилось уменьшением болевого синдрома и отсутствием после операции эффекта ощущения «инородного тела» в тканях. Хороший клинический эффект от использования «легких» сетчатых протезов позволяет говорить об их преимуществах перед «стандартными» и «тяжелыми» сетчатыми эксплантатами и рекомендовать их как наиболее оптимальный вариант сетчатого протеза при хирургическом лечении наружных грыж передней брюшной стенки.

567. ОПЫТ ЗАДНЯЯ СЕПАРАЦИОННАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ГРЫЖА

*Лутфуллоев И.С., Илюшкин В.А., Трофимов И.М.,
Кузьмин С.В., Гильманов И.И., Ягафаров Ф.К.,
Хасанов И.А.*

Бугульма

ЦРБ г.Бугульма

Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) после различных абдоминальных операций возникают у 20% оперированных больных (Millbourn D., 2009 г). В 89% случаев размеры грыжевых ворот не превышают 15 см (в среднем, 7 см). У 11% больных размеры грыжевого дефекта составляют более 15 см (Helgstrand F. Et al., 2012 г). ПОВГ с размерами грыжевых ворот от 15 см относят к категории гигантских (A. Eriksson et al., 2014 г). ПОВГ гигантских размеров приводят к развитию грыжевой болезни, к снижению качества жизни пациентов. Лучшие результаты лечения были достигнуты при выполнении протезирующей герниопластики сетчатым протезом, частота рецидивов при которой не превышала 3,6% (E. V. Deerenberg et al., 2014 г.). **Цель исследования:** изучить результаты лечения ПОВГ гигантских размеров с применением протез-



зирующей герниопластики сетчатым эндопротезом.

Материал и методы. С 1.03.14 г по 15.01.17 г в хирургическом отделении ГУ «Бугульминская ЦРБ» протезирующая герниопластика сетчатым эндопротезом при лечении ПОВГ гигантских размеров (W4) была выполнена у 10 больных: 7 женщин (70%) и 3 мужчин (30%), средний возраст - $68,0 \pm 0,3$ лет. Распределение больных (Chevrel-Rath, 1999 г): M1W4R0 – у 5, M1W4R1- у 1, M2W4R1- у 1, M2W4R4 – у 1, M3W4R0 – у 2; Варианты пластики при ПОВГ : TAR-методика по Y. W. Novitsky (6 пациентов) - sub lay- аугментация, у 3 по Карбанелла sub lay, bridging-техника . Передняя сепарация по Ramirez1. Симультанные операции - у 2 из 10 оперированных больных: адгезиолизис – у 8; адгезиолизис, холецистэктомия – у 2 по поводу ЖКБ. У всех 10 больных была использована полипропиленовая сетка (ООО «Линтек», С-Пб, Россия). Дренирование раны по Редону применили у 9 (90%) больных. Послеоперационная осложнения у 2 серома, 1 нагноение послеоперационная рана. На 3 и 10 суток после операция всем назначено УЗИ послеоперационная рана. Срок пребывания на стационаре среднем 8-10 дней. Антибиотикотерапию начинали однократным внутривенным введением 1 г цефтриаксон за 45 минут до начала операции; продолжительность антибактериальной терапии – 5 суток после операции.

Выводы. 1. Реконструкция передняя брюшной стенки при ПОВГ гигантских размеров - один из сложных разделов герниологии. 2. Адгезиолизис один из компонент сепарационная пластика. 3. Лучший результат при гигантских ПОВГ- TAR-методика по Y. W. Novitsky.

568. НОВАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С КОЛОТО-РЕЗАНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЖИВОТА

Хубутия М.Ш., Ярцев П.А., Тлибекова М.А., Левитский В.Д., Кирсанов И.И.

Москва

ГБУЗ НИИ СП им Н.В. Склифосовского

Актуальность: Травматизм – одна из актуальных проблем современной медицины, характеризующаяся высокой летальностью (13-29%) и высокой степенью инвалидизации (14,1-30%) пострадавших. Принятая в настоящее время в нашей стране тактика предусматривает выполнение первичной хирургической обработки раны, и при проникающем характере ранения (наличии перфорации

брюшины) – лапаротомии. При этом у 35-73% больных в ходе операции не выявляется каких либо повреждений органов брюшной полости; число осложнений после эксплоративной лапаротомии достигает 2,5-41%, а смертность составляет 0-5%. Это диктует необходимость изменения существующего лечебно-диагностического алгоритма.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 658 историй болезней пострадавших с колото-резаными ранениями живота (2010–2014г). На основании результатов данного исследования нами предложен следующий лечебно-диагностический алгоритм: экстренная лапаротомия показана при наличии перитонеальных симптомов, эвентрации внутренних органов, нестабильности показателей гемодинамики (анализ результатов лечения данной группы пострадавших не проводился). Показаниями к экстренной лапароскопии являлись «сомнительные» симптомы раздражения брюшины, сопутствующая черепно-мозговая или спинальная травма, локализация раны в левом подреберье. В отношении остальных пациентов применялась активно-выжидательная тактика: в течение первых двух часов от момента поступления пациент осматривался хирургом каждые 15-20 минут, далее каждый час в течение следующих 6 часов и после этого каждые 3 часа в течение первых суток. Проводился контроль показателей гемодинамики, выполнялась пальпация живота для определения перитонеальной симптоматики, динамический УЗ мониторинг через час, 3, 8 и 24 часа. Новый лечебно-диагностический алгоритм был использован при лечении 31 пациента, включенных в проспективное исследование (май 2015–декабрь 2016г); мужчин - 25 (80,6%), женщин – 6 (19,4%), средний возраст $35 \pm 10,3$.

Результаты: в ходе ретроспективного анализа установлено, что 393 из 658 пострадавших (59,7%) в хирургическом пособии не нуждались; из них у 215 больных (44,8%) ранения носили проникающий характер. Выяснено, что у всех пациентов, не нуждавшихся в хирургическом пособии, были стабильные показатели гемодинамики и отсутствовали перитонеальные симптомы, что было учтено при разработке новой тактики. При проспективном исследовании лапароскопическая ревизия органов брюшной полости выполнена 20 пациентам (64,5%). Лечебное лапароскопическое пособие оказано 3 больным: 1 произведено ушивание раны желудка, 1 - остановка кровотечения из раны печени, 1 – остановка кровотечения из раны большого сальника. 10 (32,3%) пострадавшим выставлены показания к лапаротомии (4 – по поводу ранения тонкой кишки, 1 – ранения диафрагмы, 1- ранения восходящей ободочной кишки, 1 – ранения нисходящей ободочной кишки, 1



– множественных ранений внутренних органов, 2 – невозможности исключить ранение забрюшинной части толстой кишки). У 7 больных (22,6%) в ходе лапароскопической ревизии повреждений органов брюшной полости выявлено не было. 11 пациентов пролечены консервативно (35,5%); у 7 из них имелись косвенные признаки проникающего характера ранения, а у 4 больных они отсутствовали. В ходе наблюдения у пострадавших боль в области ран стихала в течение 1-2 суток, признаков воспаления (гипертермии и лейкоцитоза) не отмечалось, разобщение листков брюшины по данным динамического УЗИ брюшной полости уменьшалось в течение 2-3 суток, и не определялось на 3-4 сутки. Первичным натяжением раны зажили у 10 пациентов; вторичным – у 1 больного (поступил в стационар через 2 суток после ранения).

Заключение: использование нового лечебно-диагностического алгоритма при ранениях живота позволило уменьшить число хирургических вмешательств с 59,7% до 35,8%. Однако, для получения статистически достоверных результатов необходимо дальнейшее продолжение проводимого исследования.

569. НЕОБХОДИМОСТЬ И ОБОСНОВАННОСТЬ КОНВЕРСИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Борота А.В., Енгенов Н.М., Темниченко Д.П.,
Косарев А.В., Диденко М.В.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет им. М.Горького Кафедра общей
хирургии №1

Введение. Достижения видеоэндохирургических технологий за последние годы качественно изменили облик современной хирургии. Лапароскопическая холецистэктомия признана «Золотым стандартом» во всем мире. Однако, с первых попыток выполнения лапароскопических манипуляций выявлен ряд недостатков данного метода: отсутствие возможности тактильной ревизии органов, недостаточный обзор операционного поля, особенности двухмерного восприятия изображения оперирующими хирургами, напряженный карбоксиперитонеум, электротравма внутренних органов. В большинстве случаев, единственным способом устранения развившихся интраоперационных осложнений, является переход к традиционному способу завершения оперативного вмешатель-

ства, т.е. конверсия. Цель исследования: Изучить причины перехода на лапаротомию при лапароскопической холецистэктомии и определить показания к переходу на лапаротомный доступ при выполнении лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 366 пациентов с желчнокаменной болезнью, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДОНМУ им. М. Горького на базе хирургического отделения № 2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с 2012 по 2016г. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена 345 (94%) пациентам, "открытая" холецистэктомия – 21 (6%) больному. По половому признаку больные распределились следующим образом: женщин-271 (74%), мужчин-95 (26%). Большинство операций выполнено по поводу хронического калькулезного холецистита – 299 (82%), эти больные поступили в плановом порядке. Группа пациентов, оперированных с клиническим диагнозом «острый калькулезный холецистит» составила 67 человек (18%), эти пациенты госпитализированы по экстренным показаниям.

Результаты и обсуждения. Из 345 лапароскопических холецистэктомий было выполнено 7 конверсий, что составило 2% от общего количества лапароскопических холецистэктомий. В большинстве случаев причиной перехода послужило наличие массивного инфильтративно-спаечного процесса в области желчного пузыря, невозможность четкой идентификации элементов треугольника Кало – всего таких случаев было 5, что составило 72% от общего числа конверсий. Холедохолитиаз на нашем материале стал причиной конверсии в 1 случае (14%). После лапаротомии выполнено формирование обходного холедоходуоденоанастомоза. Выявление паразитарной кисты печени, в нашем случае эхинококковой, послужило причиной конверсии в 1 случае (14%). Заключение. Таким образом, основной причиной перехода на лапаротомию при лапароскопической холецистэктомии являются наличие значительных морфологических изменений органов и тканей гепатодуоденальной зоны, попытки преодоления которых являются либо безуспешными, либо приводят к тяжелым интраоперационным осложнениям.



570. ПРЕИМУЩЕСТВА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА МЕТОДОМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ

Борота А.В., Енгенов Н.М., Косарев А.В., Диденко М.В, Темниченко Д.П.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Кафедра общей хирургии № 1

Оперативное лечение острого аппендицита с использованием лапароскопической техники в последние десятилетия приобрело большую популярность и ограничено только отсутствием оборудования для лапароскопической аппендектомии и квалификации хирурга. Подавляющее число исследователей отмечает, что лапароскопическая аппендектомия по сравнению с традиционной сопровождается снижением числа интра- и послеоперационных осложнений, незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением к труду. Материалы и методы: Нами изучены результаты лечения 142 оперированных больных с диагнозом острый аппендицит за период с 2012 г. по 2016 год. Из них 52 человека (37%) операция выполнена методом открытой лапаротомии (катаральный аппендицит -22 чел. (42%), флегмонозный аппендицит 27 чел. (51%), гангренозный аппендицит 4 чел. (7%), 90 человек (63%) методом лапароскопической аппендектомии (катаральный аппендицит -46 чел. (52%), флегмонозный аппендицит 35 чел. (39%), гангренозный аппендицит 8 чел. (9%). Возраст пациентов колебался от 15 до 62 лет. Среднее время операции при открытой лапаротомии 60 мин., при лапароскопической аппендектомии 50 мин. Продолжительность стационарного лечения при открытой аппендектомии составила от 5 до 14 дней, при лапароскопической аппендектомии 2-5 дней. Результаты и обсуждения: Из интраоперационных осложнений при лапароскопической аппендектомии чаще всего встречались кровотечения из брыжейки аппендикса в 3 % случаев, которые останавливались после применения биосварочного аппарата «Патон». Наибольшие технические сложности возникали при деструктивных формах аппендицита с развитием тифлита – 3(3,3%) пациента, инфильтрата с абсцессом в правой подвздошной области - 1 (1.11%) пациент. В 2 (2.2%) случаях была предпринята конверсия (пара аппендикулярный абсцесс, ущемленная бедренная грыжа). В послеоперационном периоде при открытых аппендектомиях встречались нагноение после-

операционной раны при деструктивных формах аппендицита 1(1,92%) пациент, постаппендикулярный инфильтрат 2(3,84%) пациента. В послеоперационном периоде при лапароскопических аппендектомиях осложнений не было. При анализе 52 (37%) пациентов с выполненной открытой аппендектомией выявлено, что в 8 (15%) случаях она произведена в связи с неисправностью оборудования, в 44(85%) случаях из-за отсутствия квалификации оперирующего хирурга. Выводы: Лапароскопическая аппендектомия – эффективный и малотравматичный способ лечения острого аппендицита. Позволяющий снизить частоты и тяжести интра- послеоперационные осложнения, сократить время оперативного лечения пациента, длительность послеоперационного стационарного и амбулаторного лечения, быстрым возвращением к труду, дополнительно интраоперационно выполнить лапароскопическую ревизию брюшной полости для уточнения диагноза и выявления сопутствующей патологии, с возможностью интраоперационной санации, косметический эффект. Лапароскопическая аппендектомия, выполненная с учетом показаний и противопоказаний - эффективная и надежная процедура, обладающая всеми достоинствами малоинвазивной хирургии.

571. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ИНВЕРСИИ И ЛИГИРОВАНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕВОЧЕК

Степаненко Е.А., Белоус Р.А., Щур А.Ю., Смирнова Н.Е., Недид С.Н.,Кряжевских О.В., Яцишин Д.А.

Благовещенск

ГАУЗ АО Амурская областная детская клиническая больница, г. Благовещенск

С 2014 года на базе Амурской областной детской клинической больницы выполнялась лапароскопическая инверсия и лигирование паховой грыжи у девочек (LIHIL), представляющая собой метод лечения паховых грыж, при котором грыжевой мешок выворачивается в брюшную полость, а затем лигируется петлей Рёдера. За 3 года таким способом нами оперирована 81 девочка, которым выполнена 119 операций, у 43 пациенток (53%) грыжа была односторонней, а у 38 (47%) двусторонняя паховая грыжа. Средний возраст оперированных детей, составил 5,5 лет (диапазон от 9 месяцев до 16 лет). Интраоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде осложнений со стороны ран не было. В последующем 6 дево-



чек в сроки от 3 месяцев до 1 года вновь обратились за помощью с рецидивом паховой грыжи в 2 случаях был рецидив двусторонней грыжи и в 4 случаях рецидив односторонней паховой грыжи, что составило 6,7% от общего количества операций. В одном случае рецидив грыжи был связан с недостаточной инверсией влагалищного отростка брюшины. У остальных девочек при повторной операции в области внутреннего пахового кольца лигатур выявлено не было. Так как при первичной операции петля Рёдера формировалась самостоятельно хирургом из рассасывающегося шовного материала Vicryl. В оригинальной методике (LIL repair El-Gohary 1997) использовалась готовая петля ENDOLOOP Ligatures by Ethicon из рассасывающегося материала. Все девочки были оперированы повторно, выполнено лапароскопическое ушивание влагалищного отростка брюшины ксетным швом. Заключение. Лапароскопическая инверсия и лигирование паховой грыжи у девочек является безопасной и эффективной операцией. Преимущества этой методики включают в себя диагностику и лечение грыжи на противоположной стороне, используя те же разрезы, а также отличный косметический результат. Эта операция является технически простой и может быть выполнена большинством детских хирургов с основами лапароскопических навыков. Но учитывая большой процент рецидивов при данной методике в нашей клинике 6,7 %, против 0,83 % осложнений у автора метода, в настоящий момент данная методика у нас не используется до установления причин рецидивов.

572. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Сяткин Д.А., Наумов И.А., Госткин П.А., Авдовенко А.Л., Климов Д.Е., Горячев В.В.

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» ФГБОУ ВО Ряз ГМУ

Цель исследования: сравнительная оценка непосредственных результатов хирургического лечения больных хроническим геморроем с применением традиционной геморроидэктомии, геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем, электрохирургическим аппаратом биполярной коагуляции.

Методы исследования: В проспективное рандомизированное исследование включены больные хроническим геморроем III - IV стадии, разделенные на 3 группы. В первой группе выполня-

лась «закрытая» геморроидэктомия по Миллигану-Моргану (30 больных), во второй группе – геморроидэктомия электрохирургическим аппаратом биполярной коагуляции (30 больных), в третьей - геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем (30 больных). В третьей группе при лигировании сосудистой ножки применялся рассасывающийся шовный материал, удаление внутренних и наружных узлов проводилось раздельно. Во всех случаях применения аппарата биполярной коагуляции при наличии наружных узлов геморроидэктомия выполнялась единым блоком. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, стадии заболевания. Средний возраст больных в группах составил соответственно $45 \pm 11,5$ лет, $44 \pm 13,8$ лет, $41 \pm 10,7$ лет, $39 \pm 6,8$ лет ($p > 0,05$). Интраоперационное обезболивание – спинномозговая анестезия (89 наблюдений), внутривенный наркоз (11 наблюдений) ($p > 0,05$). Оценка послеоперационного болевого синдрома производилась по 10-балльной международной аналоговой визуальной болевой шкале Rudkin. Результаты: Средняя продолжительность операции в первой группе составила $38 \pm 9,8$ мин., во второй группе - $17 \pm 5,3$ мин., в третьей группе - $22 \pm 5,6$ мин.

573. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Госткин П.А., Наумов И.А., Авдовенко А.Л., Демин М.Н., Сяткин Д.А., Титоренко М.М., Горин А.А., Коган Д.Л., Хвадагиани М.Г.

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» ФГБОУ ВО Ряз ГМУ

Цель исследования: оценка непосредственных результатов лечения рака сигмовидной кишки с использованием лапароскопической технологии.

Материал и методы. Материалом для проводимого проспективного исследования послужил сравнительный анализ 23 больных раком ободочной кишки, которым была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, с использованием лапароскопического доступа. Локализация опухоли - дистальная треть поперечной ободочной кишки, проксимальная часть сигмовидной кишки. Средний возраст пациентов составил $54 \pm 2,3$ лет ($p > 0,05$), среди оперированных больных было 16 мужчин (69,6%) и 7 женщин (30,4%). У большинства боль-



ных имелась II-IV стадия заболевания. Техника вмешательства представляла медиальный метод мобилизации левой половины ободочной кишки. Точки введения троакаров типичные для выполнения оперативных вмешательств на сигмовидной и прямой кишке, особенности- установка оптического порта ниже пупка, при необходимости ввод дополнительного троакара в эпигастральной области. Расположение монитора слева от больного. На первом этапе производилась обработка нижней брыжеечной артерии, высокого пересечения сосуда, не производилось, выделялись две первые ветви сосуда. Нижняя брыжеечная вена лигировалась и пересекалась у нижнего края поджелудочной железы. Мобилизацией в медиолатеральном направлении осуществлялся вход в сальниковую сумку. Латеральную мобилизацию и пересечение желудочно-ободочной связки производилось ультразвуковым скальпелем. Резекцию ободочной кишки и наложение анастомоза проводилось из минидоступа – срединная лапаротомия выше пупка. Дренирование брюшной полости на 1 сутки производили во всех случаях.

Результаты. Летальных исходов не было. Отмечены быстрая активация, менее выраженный болевой синдром, уменьшение длительности послеоперационного пребывания пациентов. Средние сроки послеоперационного пребывания составили $7 \pm 0,4$ сут. ($p > 0,05$). Длительность выполнения операционного вмешательства колебалась от 4 до 2,5 часов и составила $2,51 \pm 0,21$ ч ($p > 0,05$). В 3 случаях выполнена конверсия – местнораспространенные опухоли с инфильтрацией в области поджелудочной железы, операции закончены открытым доступом. В 1- случае было повреждение поперечной ободочной кишки, которое было выявлено на открытом этапе. В одном наблюдении имелось воспалительное осложнение в виде инфильтрата брюшной полости без признаков абсцедирования и несостоятельности анастомоза, излечено консервативно.

Выводы. Лапароскопический доступ при левосторонней гемиколэктомии достоверно сокращает сроки послеоперационного пребывания в стационаре. Местнораспространенные опухоли с локализацией в области селезеночного изгиба ободочной кишки явились основной причиной конверсии в открытое вмешательство.

574. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Госткин П.А., Наумов И.А., Авдовенко А.Л., Демин М.Н., Сяткин Д.А., Титоренко М.М., Горин А.А., Коган Д.Л. Коган Д.Л., Хвадагуани М.Г.

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» ФГБОУ ВО Ряз ГМУ

Цель исследования: Сравнительная характеристика непосредственных результатов лапароскопических оперативных вмешательств при злокачественном новообразовании правой половины ободочной кишки, выполненных по методике мезоколонэктомии с D3 со стандартной лимфодиссекцией.

Материал и методы. Материалом для настоящего проспективного сравнительного исследования послужил анализ результатов лечения 39 больных раком правой половины ободочной кишки. Оперативные вмешательства у 16 пациентов, объем которых включал в себя мезоколонэктомию с D3 лимфодиссекцией, составили основную группу. В группу сравнения включены 23 больных, перенесших лапароскопические операции со стандартным объемом лимфодиссекции. В исследование включены пациенты с локализацией опухоли в слепой и восходящей ободочной кишке, больных с локализацией опухоли в печеночном изгибе и в исследование не включали. В исследование включены больные со II – IV стадией заболевания. Избыточную массу тела не считали противопоказанием к лапароскопическому доступу. Существенных различий по полу и возрасту не было. Техника оперативных вмешательств в обеих группах представляла собой унифицированную методику. Предусматривались стандартное расположение троакаров, использование идентичных энергетических установок для диссекции (биполярная коагуляция, ультразвуковая диссекция). Операция начинался с выполнения сосудистой диссекции по ходу нижнебрыжеечной вены, необходимым условием являлось удаление клетчатки с лимфатическими узлами до места отхождения ствола в а colica media, в а ileocolica и в а colica dextra (если она имелась). Сосуды лигировались непосредственно у места их отхождения, обнажалась фасция, покрывающая поджелудочную железу. В основной и контрольной группах при лигировании всегда использовались клипсы, у 7 больных ос-



новой группы сосуды пересекались при помощи биполярной коагуляции. Большой сальник полностью не удалялся. Верхней границей удаления брыжейки поперечной ободочной кишки считали обнажение верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. Резекция кишки и наложение анастомоза выполнялись из минидоступа во всех случаях, как в основной, так и в контрольной группах. Окно в брыжейке не ушивалось, дренирование брюшной полости выполняли во всех случаях. Результаты. Проведено сравнение длительности оперативного вмешательства, объема интраоперационной кровопотери и осложнений послеоперационного периода. В основной группе на выполнение операции уходило значительно больше времени, чем в контрольной: 236 ± 12 мин и 132 ± 6 мин соответственно. Это объясняется более длительной визуализацией сосудистых структур при выполнении D3-лимфодиссекции. Благодаря использованию современных электрохирургических инструментов объем кровопотери в основной и контрольной группе групп был незначительным и составил 228 ± 20 и 235 ± 16 мл соответственно. В основной группе были зарегистрированы такие осложнения как: длительная лимфоррея ($n=3$), послеоперационный парез кишечника ($n=1$). В контрольной группе таких осложнений зарегистрировано не было. Пациенты основной группы находились в стационаре после операции ($9 \pm 0,5$ сут), контрольной ($9 \pm 0,6$ дней). **Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют, что проведение оперативных вмешательств по применяемой методике не удлиняет сроки пребывания пациента в стационаре и не увеличивает число интра- и послеоперационных осложнений, существенно возрастает длительность оперативного вмешательства.

575. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОГО СТОМИРОВАНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

*Госткин П.А., Наумов И.А., Авдовенко А.Л.,
Климов Д.Е., Демин М.Н., Сяткин Д.А.,
Титоренко М.М., Горин А.А., Коган Д.Л.,
Хвадагани М.Г.*

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая
больница»ФГБОУ ВО Ряз ГМУ

Цель исследования – оценка непосредственных результатов лечения рака сигмовидной кишки с использованием лапароскопической технологии.

Материал и методы. Материалом для проводимого проспективного исследования послужил сравнительный анализ 53 больных раком сигмовидной кишки, которым была выполнена резекция сигмовидной кишки, с использованием лапароскопической технологии. Средний возраст пациентов составил $62 \pm 6,3$ лет ($p < 0,05$). Длительность выполнения операционного вмешательства колебалась от 6 до 1,5 часов и составила $2,51 \pm 0,21$ ч ($p > 0,05$). В 3х случаях в основной группе больных имелись воспалительные осложнения в виде длительной температурной реакции, наличие инфильтрата в области анастомоза без признаков абсцедирования и несостоятельности, излечены консервативно.

Выводы. Лапароскопическая техника выполнения резекции сигмовидной кишки при злокачественных новообразованиях является оптимальной хирургической методикой вне зависимости от локализации опухоли. Превентивное стомирование необходимо в случаях больших, стенозирующих просвет ободочной кишки опухолей. Превентивное стомирование предотвращает возникновение несостоятельности анастомоза, однако удлиняет сроки реабилитации больных.

576. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ДОПЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМЫМ ЛИГИРОВАНИЕМ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ФИКСАЦИЕЙ СЛИЗИСТОЙ

*Сяткин Д.А., Госткин П.А., Наумов И.А.,
Авдовенко А.Л., Климов Д.Е., Горячев В.В.*

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая
больница»ФГБОУ ВО Ряз ГМУ

Цель исследования: оценка ближайших и отдаленных результатов лечения хронического геморроя при помощи метода шовного лигирования геморроидальных артерий с мукопексией и лифтингом слизистой оболочки прямой кишки (HAL-RAR). Проведен сравнительный анализ методики. **Материал и методы:** Изучены результаты лечения 65 больных с хроническим геморроем, проходивших лечение в 2009-2016 гг. Критериями включения пациентов в проводимое исследование были: наличие II или III стадии геморроя. Возраст больных колебался от 24 до 67 лет, средний возраст составил $52 \pm 2,1$, различия по полу были не были статистически недостоверными. Все оперативные вмешательства выполнялись под спино-мозговой анестезией. Для купирования болевого синдрома



в первые сутки послеоперационного периода применялся препарат кеторол в виде внутримышечных инъекций (разовая доза 30 мг. по требованию пациента). Начиная со вторых суток, больных переводили на энтеральные формы этого препарата (разовая доза 10 мг по требованию пациента). Для стимуляции стула использовали вазелиновое масло (30 мл 2-3 раза в сутки). Непосредственные клинические результаты хирургического лечения геморроя в исследуемой группе оценивали по следующим факторам: продолжительность оперативного вмешательства, интенсивность и длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде, частота и длительность применения анальгетиков, развитие ранних послеоперационных осложнений, длительность пребывания пациентов в стационаре после операции, сроки восстановления функциональной активности. Отдаленные результаты лечения оценивали через 12 месяцев после выполненной операции, при этом выделяли хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные результаты.

Результаты: В первые сутки после оперативного вмешательства отсутствие боли наблюдалось у 58±0,3 % наблюдений, незначительную боль имели у 32,1±0,4 % пациентов, боль средней интенсивности имела у 10±0,2 % больных, у 2(5,1%) пациентов определялась боль высокой интенсивности. Результаты телефонного опроса проводимого после выписки пациентов показали, что интенсивность боли у большинства пациентов не возрастала, к 4-м суткам болевой синдром отсутствовал у всех пациентов. В четырех наблюдениях при выраженном болевом синдроме адекватно применялся трамал (средняя дозировка 3±0,3 мл/сутки). Послеоперационные осложнения развились у 2 (2,9 %) из 68 больных. В одном наблюдении выявлен спонтанно дренировавшийся подслизистый парапроктит, который был вылечен консервативными мероприятиями. Наиболее серьезным осложнением стало массивное рецидивирующее кровотечение, развившееся на 17 сутки после оперативного вмешательства, источник которого локализовался в месте наложения лигатуры на боковой стенке прямой кишки. Потребовалось два повторных оперативных вмешательства - прошивание источника кровотечения и значительных по объему гемотрансфузий. Более ранняя активизация способствовала сокращению длительности послеоперационного пребывания в стационаре (1±0,5 дня). Из 42 пациентов трудоспособного возраста 31(73,8%) смогли притупить к работе к 9 суткам, Отдаленные результаты прослежены у 55 больных. Рецидив заболевания, отмечен у 3(5,5%) больных.

Выводы: Представленная технология, имеет лучшее соотношение таких параметров как радикаль-

ность и инвазивность, может использоваться в стационарах кратковременного пребывания. При строгих показаниях метод составляет альтернативу традиционной геморроидэктомии.

577. ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛУДКЕ ОПТИМИЗАЦИЕЙ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Бояринцев В.В., Евсеев М.А., Устименко А.В., Владыкин А.Л.

Москва

ФГБУ Клиническая больница №1 (Волынская) УДП РФ

В то время как периоперационная нутритивная поддержка с акцентом на энтеральное и пероральное питание в настоящее время является неизменным компонентом концепции fast track surgery в колоректальной хирургии, у пациентов после резекционных оперативных вмешательств на желудке возможность и целесообразность раннего начала энтерального введения питательных смесей через зонд или перорально на сегодняшний день по-прежнему является предметом дискуссии.

Цель исследования: изучение влияние оптимизированного варианта нутритивной поддержки с ранним началом энтерального и перорального питания на течение раннего послеоперационного периода у пациентов после гастрэктомии и дистальной резекции желудка.

Материалы и методы: проведен сравнительный анализ особенностей периоперационного периода и непосредственных результатов лечения у 81 пациента после резекционных вмешательств на желудке по поводу рака желудка (гастрэктомия, дистальная субтотальная резекция с регионарной лимфаденэктомией D2-3) и осложненных гастродуоденальных язв (дистальная резекция 2/3 желудка) на фоне стандартного (34 пациента) и оптимизированного (47 пациентов) вариантов нутритивной поддержки. В основную группу вошли 47 пациентов (средний возраст 63,3±4,2 лет): 16 пациентам выполнена гастрэктомия с регионарной лимфаденэктомией D2-3, 22 пациентам выполнена субтотальная дистальная резекция желудка с регионарной лимфаденэктомией D2-3 по поводу рака желудка традиционным или лапароскопическим доступом (18 пациентам вы-



полнена реконструкция по Ру, 4 пациентам – по Бильрот-I), 9 пациентам выполнена дистальная резекция 2/3 желудка по поводу осложненного течения язвенной болезни (4 пациентам выполнена реконструкция по Ру, 5 пациентам – по Бильрот-I). Все пациенты вне зависимости от нутритивного статуса получали нутритивную поддержку в течение 2-3 суток до операции (30 ккал/кг, 1,0 г/кг белка) сипингом питательных смесей, дополнительную парентеральной инфузией смесей «три в одном» при невозможности перорального приема жидкости и (или) при дефиците массы тела (ИМТ < 15) и гипопроteinемии (белок < 60 г/л). В послеоперационном периоде пациентам основной группы нутритивная поддержка осуществлялась по следующей схеме: через 12 часов пациентам начиналось введение официальных смесей для энтерального питания в назо-интестинальный питательный зонд (30-50 мл/час) на фоне парентеральной инфузии смесей «три в одном» с достижением целевого значения по энергообеспечению в 30 ккал/кг и по доставке белка в 1,0 г/кг; через 24 на фоне парентерального питания в исходном варианте скорость зондового введения энтеральных смесей оставляли прежней, пациент начинал принимать питательные смеси в виде сипинга со средней скоростью 50 мл/час; через 48 часов с момента окончания операции парентеральная и зондовая нутритивная поддержка прекращались, пациент принимал питательные смеси в виде сипинга со средней скоростью 100 мл/час; с 36 часа послеоперационного периода пациент начинал принимать жидкую часть 1 стола на фоне сипинга питательных смесей в прежнем объеме; полный переход на лечебную диету проводился через 96 часов с момента окончания операции. В группу сравнения вошли 34 пациента (средний возраст $64,1 \pm 2,6$ лет): 13 пациентам выполнена гастрэктомия с регионарной лимфаденэктомией D2-3, 14 пациентам выполнена субтотальная дистальная резекция желудка с регионарной лимфаденэктомией D2-3 по поводу рака желудка традиционным или лапароскопическим доступом (11 пациентам выполнена реконструкция по Ру, 3 пациентам – по Бильрот-I), 7 пациентам выполнена дистальная резекция 2/3 желудка по поводу осложненного течения язвенной болезни (4 пациентам выполнена реконструкция по Ру, 3 пациентам – по Бильрот-I). Пациентам группы сравнения нутритивная поддержка в предоперационном периоде не проводилась. В послеоперационном периоде в течение 96 часов проводилась инфузия смесей «три в одном»; через 24 часа, после появления перистальтических шумов, пациенту начиналось введение в назо-интестинальный зонд глюкозо-электролитных смесей объемом до 500 мл; через 48 часов пациенту в назоинтестинальный зонд вводили до

500 мл сбалансированных энтеральных смесей; через 48 часов пациент на фоне зондового питания получал до 300 мл жидкости перорально; через 96 часов пациент начинал принимать жидкую часть 1 стола. В качестве критериев оценки влияния нутритивной поддержки применяли: число послеоперационных осложнений и летальных исходов, длительность пребывания в отделении интенсивной терапии и в стационаре, время восстановления моторной функции пищеварительной трубки (отхождение газов, стул), доля пациентов с нормальным уровнем белка крови (выше 65 г/л) на 7 сутки послеоперационного периода. Результаты и обсуждение: в основной группе пациентов летальных исходов не было, в группе сравнения имел место 1 летальный исход (2,9%); осложнения ближайшего послеоперационного периода были отмечены у 8,5% пациентов основной группы (случаев несостоятельности анастомозов не было) и у 17,6% пациентов группы сравнения (в том числе 5,9% - несостоятельность анастомозов). Продолжительность пребывания в стационаре для пациентов основной группы составила $7,3 \pm 1,2$ суток, для группы сравнения – $11,5 \pm 3,1$ суток; продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии для пациентов основной группы составила $14,3 \pm 2,3$ часов, для группы сравнения – $38,5 \pm 4,1$ часов. Восстановление моторной функции пищеварительной трубки у пациентов основной группы было отмечено через $49,3 \pm 3,4$ часов, у пациентов группы сравнения – через $79,6 \pm 1,2$ часов. Доля пациентов с нормальным уровнем белка крови на 7 сутки послеоперационного периода составила для пациентов основной группы 89,4%, для пациентов группы сравнения – 61,8%.

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что использование высокоэнергетических и гиперпротеиновых субстанций в комплексной (энтеральной и парентеральной) пред- и послеоперационной нутритивной поддержке с акцентом на раннее начало энтерального и перорального приема сбалансированных питательных смесей являются высокоэффективным и безопасным компонентом периоперационного ведения пациентов, позволяющим достоверно улучшить непосредственные результаты резекционных оперативных вмешательств на желудке.



578. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ ТОНКОЙ КИШКИ

Толтое М.М.

Новосибирская область, г. Татарск

(ГБУЗ НСО «Татарская центральная районная больница им. 70-лет НСО» - главный врач Пендюк Е.Н.) Интубация тонкой кишки длинным зондом относится к важным методам современного лечения больных с перитонитом и кишечной непроходимостью. Многие исследователи подчеркивают важную роль декомпрессии тонкой кишки в послеоперационном периоде, направленный на эвакуации продуктов распада, снижение внутрикишечного давления и интраабдоминальной гипертензии. Предложено много способов декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Наименее опасной, с прогностической точки зрения, является назогастроинтестинальная интубация, которая не предусматривает вскрытия просвета ЖКТ, что является очень важным в условиях перитонита. Иногда интубация тонкой кишки занимает больше времени, чем основной этап оперативного вмешательства, сопровождается повреждением слизистой кишки, что неблагоприятно сказывается на течении послеоперационного периода. Цель – улучшение способа интубации тонкой кишки с помощью зонда новой конструкции. С целью профилактики послеоперационной внутрибрюшной гипертензии, несостоятельности сформированных анастомозов и лечения энтеральной недостаточности нами предложен зонд для интубацией тонкой кишки оригинальной конструкции (патент на полезную модель №106116 от 10.07.2011 г.). Зонд для интубации тонкой кишки представляет многодырчатую трубку закругленным концом. При этом соотношение диаметра короткого дистального звена к диаметру остальной части зонда составляет $5/3 - 3/2$, при соотношении длины короткого звена к длине остальной части $1/4 - 1/5$. На зонде овальные отверстия расположены в двух плоскостях в шахматном порядке. Зонд выполнял каркасную и декомпрессионно-детоксикационную функции, использовался для энтерального зондового питания в послеоперационном периоде. Предлагаемый зонд удобен в проведении, так как наличие утолщенной его дистальной части, длиной 40-50 см, дает возможность свободно манипулировать им при введении в двенадцатиперстную кишку и интубации тонкой кишки. Разница диаметра дистального и проксимального отрезка зонда позволяла во всех случаях эффективно эвакуировать кишечное содержимое. Мы использовали зонд у 23 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, у 18 больных с острой кишечной непро-

ходимостью и у 7 больных с ущемленным послеоперационным вентральным грыжам. Показания для назоинтестинальной интубации были следующие: 1) увеличение диаметра тонкой кишки до 5-6 см не зависимо от того, преобладают ли в ее просвете газ или секвестрированная жидкость; 2) необходимость наложения межкишечных анастомозов или ушивания перфоративных отверстий желудочно-кишечного тракта в условиях перитонита; 3) применение метода программированных ревизий и санаций брюшной полости; 4) резкая инфильтрация стенки тонкой кишки, когда необходима профилактика возможных осложнений; 5) опасность развития ранней спаечной кишечной непроходимости в послеоперационном периоде и как профилактика синдрома абдоминальной декомпрессии. У 2 пациентов тонкую кишку назоинтестинальным способом интубировать не удалось из-за выраженного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости. Этим больным тонкую кишку интубировали через еюностому. Осложнений в виде повреждений кишки и кровотечения не было. Зонд удаляли, как правило, на 5-7 сутки. Длительность пребывания зонда зависела от восстановления моторной функции кишечника и характера отделяемого кишечного содержимого. Критериями для удаления зонда служили: 1) появление стойкой перистальтики кишечника; 2) уменьшение вздутия живота, отхождение стула и газов; 3) изменение качественных характеристик кишечного отделяемого: оно приобретает светло-желтый или зеленоватый цвет, исчезает каловый запах. Таким образом, предложенный зонд значительно упрощает технику интубации тонкой кишки назогастральным способом, что сокращает время его установки, снижает травматичность манипуляции.

579. ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГА

Толтое М.М., Мирсадилов Р.Р., Лисин В.М.

Новосибирская область, г. Татарск

ГБУЗ НСО «Татарская центральная районная больница им. 70-лет НСО» - главный врач
Пендюк Е.Н.

Одним из важнейших проблем в диагностике и лечения осложнений и коррекции сопутствующей



щих заболеваний у больных сахарным диабетом является риск развития хронической венозной недостаточности. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа особенно подвержены возникновению и прогрессированию хронической венозной недостаточности, так как уже имеют факторы риска, общие с хроническими заболеваниями вен, такие, как нарушение микроциркуляции нижних конечностей, избыточный вес, артериальная гипертония, эндотелиальная дисфункция. Достаточно часто встречается сочетание этих двух заболеваний, что определяет важность исследований в этой области. Особенно это касается клиничко-лабораторных методов диагностики и методов консервативного лечения хронической венозной недостаточности в практике амбулаторного хирурга. Цель - изучение особенностей клинической картины и лабораторных показателей у амбулаторных больных хронической венозной недостаточностью с сахарным диабетом и без него.

Материалы и методы. Проведено изучение особенностей клинической картины и лабораторных показателей крови у 24 больных хронической венозной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа – основная группа, и у 31 больных хронической венозной недостаточностью, но без сахарного диабета – которые составили контрольную группу. У всех пациентов диагноз сахарного диабета 2 типа установлен эндокринологом на основании соответствующих критериев, а диагноз хронической венозной недостаточности выставлен в соответствие с классификацией CEAP. У всех пациентов оценивались клинические признаки хронической венозной недостаточности (наличие отека, варикозных вен, трофических нарушений), данные ультразвукового ангиосканирования вен нижних конечностей и лабораторных показателей (уровень глюкозы, ПТИ, фибриноген) крови. Результаты исследования. Возраст больных в 1-ой и 2-ой группах в среднем составлял соответственно 57 ± 6.4 и 59 ± 4.7 года. Женщин в основной и контрольной группах было соответственно 19 (79.2%) и 25 (80.6%). Ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей практически у всех больных выявляло признаки несостоятельности клапанов в системе большой и у половины пациентов в малой подкожных вен. У 6 (25%) пациентов основной группы и 4 (12.9%) пациентов контрольной выявлены признаки посттромбофлебитического синдрома с поражением бедренно-подколенного и подколенно-берцового сегмента. Во всех случаях имелась полная реканализация с формированием выраженного протяженного рефлюкса по бедренной вене и большой подкожной вены. Наиболее частыми клиническими признаками в обеих группах были наличие отека, кожного зуда и чувство тяжести в ногах. Наличие болевого синдрома

несколько чаще выявлялось у больных второй группы, это обусловленность течению сахарного диабета и развитие сенсомоторной полинейропатии. Уровень гликемии в крови в основной группе больных, колебался в пределах 7,2-14,4 ммоль/л, в контрольной группе от 3,5 до 5,6 ммоль/л. Недостаточно компенсированный сахарный диабет 2 типа оказывал негативное влияние на течение хронической венозной недостаточности. Нарастание класса и степени тяжести венозной недостаточности, а также преобладание трофического синдрома увеличивались с ростом HbA1c, что также подтверждалось положительными корреляциями между уровнем HbA1c и показателями хронической венозной недостаточности по CEAP. Уровень протромбинового индекса и фибриногена крови в обеих группах существенно не отличался, и составлял соответственно $86,3 \pm 21,6\%$ и $3,9 \pm 0,8$ г/л. Но пациентов посттромбофлебитическим синдромом основной группы изменения реологических свойств крови в сторону гиперкоагуляции способствуют более тяжелому течению ХВН, и особенно появлению трофических изменений нижних конечностей. Наличие трофических изменений в мягких тканях стопы выявлено у 5 (20.8%) больных основной группы и 3 (9.7%) больных контрольной группы. У пациентов с сопутствующим сахарным диабетом в большинстве случаев выявлена более тяжелая степень хронической венозной недостаточности. Клинический класс C3 по CEAP в основной группе выявлено в 54.2% случаев, в контрольной – в 16.1%, а класса C2 – в 16.7% случаев в основной и в 51.6% – в контрольной группе. При длительности хронической венозной недостаточности 10 лет и более нарастают класс и степень ее тяжести по CEAP, чаще встречаются трофические изменения нижних конечностей, особенной это проявлялось у больных основной группы. Лечение больных в обеих группах включало назначение флеботоников (в основном препараты группы диосмина), дезагрегантов, гемореологических препаратов, использование компрессионного трикотажа, а в основной группе дополнительную коррекцию сахара крови.

Выводы. Сочетание хронической венозной недостаточности с сахарным диабетом является неблагоприятным фактором заболевания. Сахарный диабет 2 типа усугубляет тяжесть хронической венозной недостаточности и обуславливает развитие трофических нарушений тканей стопы, и частое развитие посттромбофлебитического синдрома. Метаболические нарушения, связанные с хронической венозной недостаточностью и сахарным диабетом, определяют более частое развитие трофических язв нижних конечностей. Тяжесть и трофические изменения, характерные для хронической венозной недостаточности, ли-



нейно нарастают при увеличении продолжительности сахарного диабета 2 типа, ростом коррекции HbA1c и коррекции гипергликемии.

580. ВНЕДРЕНИЕ ПРОТОКОЛА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ СТРЕССОРНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАБОТУ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦРБ И ПЕРВЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Кучер Д.В., Шкляр А.К., Чумерин А.С.,
Счастливы Д.В., Степовой И.А.*

Белая Калитва

МБУЗ "Центральная районная больница"
Белокалитвинского района Ростовской области

Актуальность. Одной из важнейших проблем лечения пациентов в критических состояниях является борьба с развитием стрессорных симптоматических язв верхних отделов ЖКТ. Частота этого грозного осложнения, встречаемая нами в рутинной работе в прошлом, доставляла чувство неудовлетворенности. Особенно обидными были развивающиеся эрозивные гастродуоденальные кровотечения у пациентов неабдоминального профиля, внезапно утяжеляющие состояние и без того критических пациентов. Длительность пребывания в реанимационном отделении у этих пациентов увеличивалась в среднем на 7 суток (т.е. с 2-3 до 9-10 суток!), летальность у этой группы пациентов достигала в некоторые периоды 40-70%. Осмысление результатов привело к организационным выводам и внедрению с 2012 года в работу отделения анестезиологии и реанимации протокола профилактики и лечения острых стрессорных гастродуоденальных кровотечений.

Материалы и методы. В протокол, применяемый в реанимационном отделении, введены пациенты следующих групп: ИВЛ более 12 часов; гипотензия любой этиологии, требующая введения вазопрессоров; острые нарушения мозгового кровообращения; острый инфаркт миокарда; сочетанная травма; тяжелая черепно-мозговая травма; обширная ожоговая травма; полиорганная недостаточность; сопутствующий хронический алкоголизм и/или внутривенная наркомания. Всем пациентам описанных групп в обязательном порядке производится комплексный диагностический мониторинг, включающий исследование ОАК, тромбоцитов, времени свертываемости, ТВ, АЧТВ или МНО, РФМК, парциального насыщения кислородом крови. Большинство пациентов выполняем

ЭФГДС (в том числе динамически, с контролем и оценкой динамики), противопоказания могут быть вынесены только совместным решением лечащего врача и реаниматолога. Всем пациентам групп риска проводятся профилактические мероприятия, включающие: кислородную поддержку (ингаляция увлажненной кислородо-воздушной смесью, при ИВЛ – оптимальные режимы вентиляции), антисекреторные препараты (группы ингибиторов протонной помпы, чаще омепразол 40 мг каждые 12 часов внутривенно не менее 3 суток), метаболические препараты группы антигипоксантов, витамины группы В, препараты янтарной кислоты. Особое внимание уделяем раннему энтеральному питанию, чаще проводимому через назогастральный или назоэнтеральный зонд. Если питание по каким-то причинам невозможно, то дважды в сутки промываем желудок через назогастральный зонд холодной ($t=10\text{ }^{\circ}\text{C}$) водой, проводим гипотермию эпигастрия. У части пациентов уже на момент поступления в реанимационное отделение при ФГДС выявляется эрозивно-геморрагическое изменение слизистой желудка, нередко острые язвы, зачастую уже с клиническими явлениями состоявшегося или продолжающегося кровотечения. В таких случаях проводим усиление антисекреторной терапии, переходя на непрерывное введение препаратов инфузатомом, к лечению добавляем октреотид в дозе 25 мкг/час в течение 20-60 часов. При явлениях продолжающегося кровотечения проводится эндоскопический гемостаз – аргоноплазменная коагуляция или инъекционный гемостаз (применяем 10% раствор натрия хлорида инъекционно из 2-3 точек). В таких случаях проводим динамические ЭФГДС в сроки определяемые эндоскопистом, нередко по 5-7 манипуляций. Полученные результаты. За истекший период с момента внедрения протокола (с февраля 2012 по февраль 2017 года) в реанимационном отделении пролечено 3692 пациента. Из них вышеописанный протокол проведен у 1402 (38% от пролеченных больных). Мероприятия по профилактике острых стрессорных гастродуоденальных кровотечений проведены у 1402 (100%). Состоявшееся или продолжающееся кровотечение на момент поступления в реанимацию выявлено у 94 пациентов. Проводимый эндоскопический гемостаз был успешен во всех случаях. За истекший период удалось избежать смертей от гастродуоденальных кровотечений в описываемой группе пациентов.

Выводы и рекомендации. Считаю опыт разработки протокола успешным и можем рекомендовать аналогичные мероприятия другим лечебным учреждениям.



581. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ПРОЛЕЖНЯМИ КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ

Кучер Д.В., Рындин В.Г., Шевченко Н.В.

Белая Калитва

МБУЗ "Центральная районная больница"
Белокалитвинского района Ростовской области

Цель – повысить качество хирургической реабилитации пациентов с обширными пролежнями крестцовой области.

Материалы и методы: по оригинальной методике (патент РФ № 2106813) пролечено и оперировано 37 больных. Группу пациентов составили: пациенты неврологического профиля – 29 (из них после обширных ОНМК – 14, с выраженной энцефалопатией различного генеза – 7, со спинальной травмой – 8); пациенты после длительных соматических заболеваний с длительным вынужденным постельным режимом (большинство пережившие длительную ИВЛ) – 8. Мужчин – 24, женщин – 15. Возрастная медиана – 65,4 года. В лечебных мероприятиях используются противопролежневые матрацы, ведется индивидуальный дневник ухода и перестилания больного, проводится комплекс мероприятий по медикаментозному лечению (тиоктовая кислота, витамины группы В, янтарная кислота, актовегин), к которому добавляется местное лечение (промывание пролежней растворами антисептиков, лазерная терапия по разработанной нами методике). Курс лазерной терапии полупроводниковым лазером с длиной волны 980 нм состоит из 10 процедур. Применяли режим средней мощности, с частотой импульса 1500Гц. Облучение проводили в течение 4 минут. Световое пятно моделировали в зависимости от размеров пролежней, меняя расстояние от тубуса излучателя до облучаемой поверхности. В процессе лечения у больных прекращались полностью или значительно уменьшались боли в области крестца, на 3-5 сутки раны очищались от фибринозного налета. На 10-12 день раны заполнялись здоровыми грануляциями, появлялась краевая эпителизация. У части пациентов пролежни покрывались кожным эпителием или формировался розовый нежный рубец, у части выполнялись операции закрытия путем мобилизации краев операционной раны (эти пациенты в материал не вошли). Показаниями для выполнения оригинального оперативного вмешательства являлись дефекты мягких тканей сложной формы площадью более 20 см², невосполнимые избытком мягких тканей создаваемого путем мобилизации краев операционной раны.

Противопоказаниями для выполнения реконструкции промежности и тазового дна сложными трансплантатами на основе большой ягодичной мышцы считаем: онкологические заболевания в IV клинической стадии; ожирение III-IV степени; кахексию. Смысл выполняемой операции заключается в заполнении дефектов мягких тканей и закрытии костных образований сложным трансплантатом на сосудисто-нервной ножке из одной большой ягодичной мышцы (или симметрично из двух). Производится последовательно: мобилизация мышцы на основе сосудистого пучка в составе фасциальной муфты; формирование на мышечной основе сложного трансплантата, включающего подкожную клетчатку и кожу; транспозиция трансплантата медиально в область пролежня; послойная фиксация трансплантата.

Результаты: Общий срок лечения в стационаре составлял от 15 до 25 дней, в среднем 21,7 дней. У всех пациентов при выписке – хорошие непосредственные результаты. Отдаленные результаты: больных наблюдали в сроки от 1 года до 5,5 лет после операции. Установлено, что разработанный способ пластического восстановления позволяет достичь положительных результатов. Ни у одного пациента не зарегистрировано рецидива пролежней. Вывод. Разработанная методика местно-пластического восстановления обширных пролежней крестцовой области позволяет повысить качество хирургической реабилитации пациентов.

582. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФАТЕРИАЛЬНЫМ ДИВЕРТИКУЛОМ

*Сафоев М.И., Кузьмин-Крутецкий М.И.,
Демко А.Е., Ульянов Ю.Н., Левина А.С.*

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Цель исследования. Разработать алгоритм санации желчевыводящих путей у пациентов с осложненными формами ЖКБ при наличии парафатериального дивертикула.

Материалы и методы. В СПб ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе проанализирован опыт проведения эндобилиарных вмешательств у 537 больных с осложненными формами ЖКБ за 4 года (2013-2016 гг), из них у 141 (26,2%) были выявлены парафатериальные дивертикулы двенадцатиперстной



кишки (ДПК). Залогом успешной работы на БДС при ПФД является технически правильное позиционирование эндоскопа и четкая визуализация папиллы. Для этого необходимо после введения дуоденоскопа в верхнюю горизонтальную часть ДПК повернуть его тубус по оси вправо. При этом объектив эндоскопа поворачивается в сторону передней брюшной стенки и оказывается в просвете начального отдела нисходящей части ДПК. Затем эндоскоп подтягивается «на себя», уменьшается длина части, находящаяся в желудке, при этом возникает пружинящее напряжение, которое выталкивает внутренний конец эндоскопа в нисходящую часть ДПК. Таким образом, аппарат максимально выпрямляется, принимая штыкообразное положение, и приобретает зоны опоры в области малой кривизны желудка, привратника и верхней горизонтальной части ДПК. В результате перечисленных манипуляций объектив дуоденоскопа располагается напротив устья БДС на расстоянии 60-65 см от резцов. В этом положении объектив имеет максимальную степень подвижности, а сам эндоскоп жестко фиксируется по самой короткой траектории, что устраняет необходимость дополнительной фиксации аппарата ассистентом. В сложных ситуациях для визуализации БДС использовалась методика «рандеву» с применением струны-направителя при наличии сформированного ранее наружного желчного свища. При визуализации БДС и ПФД для оценки их анатомических взаимоотношений использовалась классификация, предложенная испанскими авторами в 2006 году. 1. Тип I, БДС расположен интрадивертикулярно; 2. Тип II, БДС расположен на полях дивертикула; 3. Тип III, БДС расположен около дивертикула. В большинстве случаев при селективной канюляции холедоха использовались проводники длиной 4 м, в случае необходимости по ним возможна доставка стента. В 18 (12,7%) технически сложных ситуациях, когда селективная канюляция холедоха не была достигнута из-за анатомических особенностей хода общего желчного протока, выполнялось предрассечение торцевым папиллотомом (Isotome или игольчатым) для обеспечения доступа в холедох. После достижения канюляции проводилось дорассечение БДС струнным папиллотомом, при этом длина разреза доводилась до достаточной для дальнейшей эндоскопической литоэкстракции. Определение длины папиллотомного разреза индивидуально и зависит от анатомических особенностей ампулы конкретного пациента и диаметра конкремента. При наличии конкремента более 1,2 см следует первоначально провести литотрипсию с помощью корзины Дормиа, затем извлечь его фрагментарно. Папиллотомный разрез длиной «до 1,2 см» или «до прикрывающей складки» не всегда возможен у пациентов с

ПФД. Визуализация слизистой задней стенки холедоха при полном раскрытии ампулы указывает, что длина разреза достаточна для проведения успешной ЭЛЭ. ЭПСТ проводилась в секторе от 11 до 13 часов по условному циферблату. Разрез осуществлялся в смешанном режиме и режиме «резание». При наличии ПФД следует помнить о повышенном риске перфорации задней стенки ДПК, что побудило нас в 6 случаях (4,2%) выполнить дозированную ЭПСТ у пациентов с дивертикулами I и II типов. Дозированная ЭПСТ подразумевает разрез на длину от 0,5 до 1,0 см в зависимости от длины ампулы, не доходя до её верхней границы. У всех пациентов были предприняты меры медикаментозной профилактики панкреатита по стандартной схеме. Кроме того, у 7 пациентов при селективной канюляции панкреатического протока, панкреатографии, а также сложной канюляции БДС проводилось стентирование протока поджелудочной железы в качестве дополнительной меры профилактики панкреатита. В приведенных случаях панкреатит имел легкую или среднюю степень тяжести и завершился благоприятным исходом. Результаты и обсуждение. У 5 (3,5%) больных с резидуальным холедохолитиазом канюляция оказалась безуспешной. При этом I тип расположения БДС встретился в 3-х случаях, II тип – в 2-х случаях, размер устья дивертикула составлял более 1,5 см, отмечалась протяженная стриктура холедоха. По нашему мнению, данные наблюдения относятся к тем ситуациям, когда канюляция БДС без применения управляемого папиллотомы (TRUEtome фирмы BostonScientific) невозможна, как и выполнение ЭПСТ. У этих пациентов был применен метод «рандеву», включающий встречные чресфистульные и эндоскопические манипуляции. Через дренаж Кера струна длиной 4-4,6 м проводилась в желчные протоки, далее через устье БДС в просвет ДПК, затем в канал эндоскопа и выполняла роль направителя для дальнейших манипуляций. После идентификации БДС выполнялись ЭПСТ и литоэкстракция. При необходимости по имеющемуся проводнику с помощью системы доставки заводился пластиковый стент типа «Pig Tail» или «Double Pig Tail» таким образом, чтобы проксимальный конец его находился выше уровня стояния дренажа Кера, а дистальный закрученный конец помещался в полости дивертикула. Данная методика позволяет предупредить миграцию стента в проксимальном или дистальном направлении. Дренажная трубка удалялась обычно через 2-3 недели после получения положительных клинических и лабораторных данных, подтверждения отсутствия холедохолитиаза и адекватного расположения стента по данным контрольной фистулографии. При выполнении ЭРХПГ необходимо убедиться, что канюлирован именно



холедох. Вводить контрастное вещество следует медленно и под контролем рентгеноскопии. Тугое контрастирование Вирсунгова протока с высокой вероятностью приводит к возникновению тяжелого панкреатита. Если это произошло, необходимо дренирование (стентирование) панкреатического протока с целью его декомпрессии, что может предупредить или облегчить течение осложнения.

Заключение. У больных ЖКБ, осложненной нарушением проходимости дистального отдела холедоха, в 26,2% случаях наблюдался ПФД. Главными условиями для успешной работы на БДС при ПФД являются правильное позиционирование эндоскопа и стабильное выведение папиллы в поле зрения, а также наличие соответствующего инструментария и опыта оператора. При угрозе развития деструктивного панкреатита после ЭРХПГ или манипуляций на БДС показано временное дренирование (стентирование) панкреатического протока с целью его декомпрессии.

583. ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КАК ЕЕ КОМПОНЕНТА

Кучер Д.В., Рындин В.Г., Шевченко Н.В.

Белая Калитва

МБУЗ "Центральная районная больница"
Белокалитвинского района Ростовской области

Актуальность. Варикозная болезнь нижних конечностей – одна из частых причин развития трофических язв, которые зачастую имеют стойкий характер без тенденции к заживлению. Наличие трофических язв на нижних конечностях значительно снижает качество жизни пациентов, приводит к инвалидизации больных. Наличие большого числа методик лечения венозных трофических язв указывает на то, что проблема далека от разрешения и совершенного метода лечения не существует. Достигнуть полного выздоровления больных с трофическими язвами применением только одного метода или средства не представляется возможным.

Материалы и методы. В своей работе мы активно используем комплекс лечебных мероприятий, который включает лазеротерапию как местный стимулятор заживления язв венозной этиологии. Компоненты этой методики (использование лазеротерапии, наложение цинк-желатиновых по-

вязок) применяются нами уже более 20 лет, сама методика – 10 лет. Подбор этапности применения методики осуществлялся следующим образом. а) после УЗ-сканирования вен нижних конечностей – у части пациентов (при наличии УЗ-венозного сброса, наличии недостаточности перфорантных вен и отсутствии гнойной инфекции кожных покровов) выполняли первичную кроссэктомия с частичной флебэктомией и перевязкой перфорантных вен с верифицированным на УЗИ венозным сбросом; эти пациенты выписывались на амбулаторное лечение с последующей через 15-30 дней явкой для курса лазерной терапии; б) при наличии на кожных покровах нижних конечностей гнойной инфекции, наличии противопоказаний к оперативному лечению проводилась консервативная терапия, к которой добавлялась лазерная терапия; в) при наличии противопоказаний к оперативному лечению, выраженных отеках нижних конечностей, кардиальной патологии проводилась консервативная терапия, к которой добавлялась лазерная терапия, после которой накладывали цинк-желатиновую повязку по методике Курбангалеева-Войтенко. Главным условием эффективности цинк-желатиновой повязки является строго равномерное прилегание ее ко всей бинтуемой поверхности с умеренной компрессией, избегая перегибов, перетяжек, излишнего сдавливания или, наоборот, оставления в повязке слабых мест. В итоге должен получиться эластичный, достаточно прочный, но гибкий в области суставов, удобный для ношения футляр. Рецепт для пасты (желатина 200,0; дистиллированной воды 400,0; глицерина 250,0; цинка окиси 150,0), которая играет роль склеивающего средства для трех слоев из марлевого бинта, которые при накладывании обрезаются после каждого тура, начиная от основания пальцев стопы, до коленного сустава. Курс лазерной терапии полупроводниковым лазером с длиной волны 980 нм состоит из 15 процедур. При этом в случаях поверхностно расположенных язв и гнойных ран, применяли режим средней мощности, с частотой импульса 1500Гц. Облучение проводили в течение 4 минут. При более глубоко расположенных или инфицированных трофических язвах использовали максимальный режим мощности с частотой импульса 3000 Гц. Облучение проводили в течение 8 минут. Световое пятно моделировали в зависимости от размеров язвы, меняя расстояние от тубуса излучателя до облучаемой поверхности. Результаты. Методика применена в лечении 200 больных с трофическими язвами и гнойными язвами нижних конечностей венозной этиологии, в возрасте от 39 до 97 лет. Женщин было 132, мужчин – 68. В процессе лечения у больных на фоне лазеротерапии и проводимой медикаментозной терапии прекращались полностью или значительно уменьшались



боли в нижних конечностях, на 3-5 сутки исчезали признаки аллергического дерматита и язвы очищались от фибринозного налета. На 10-12 день раны заполнялись здоровыми грануляциями, появлялась краевая эпителизация. После 15-20 суток лечения трофические язвы покрывались кожным эпителием или формировался розовый нежный рубец. Для получения такого эффекта курсы лазерной терапии повторяли 2-3 раза с перерывом 7-10 дней. Получены положительные непосредственные результаты у 189 (94,5%) больных с трофическими язвами венозного генеза. Побочного действия полупроводникового лазера не отмечено. Отдаленные результаты прослежены в течение 3 лет у 121 пациента. Рецидив трофической язвы наблюдался в эти сроки у 14 (11,6%), повторным курсом лечения добились заживления у всех. Рецидивы связываем с сопутствующей сердечной патологией и отеками нижних конечностей.

Выводы. Таким образом, при лечении язв нижних конечностей преимущественно венозной этиологии целесообразно применение низкоинтенсивного лазера как компонента лечения, а выбранные режимы лазерной терапии – оптимальны.

584. ПРИМЕНИМОСТЬ БАКТЕРИЦИДНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ФДТ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЯ И ЕГО ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

*Никонов С.Д. (1,2,3), Смоленцев М.Н. (2),
Слободин Д.Г. (2), Петренко Т.И. (1),
Бредихин Д.А. (2,3), Евсин М.С. (2,3),
Краснов Д.В. (1), Лелянова О.Б. (2)*

Новосибирск

1) Новосибирский НИИТ МЗ РФ, 2) ГБУЗ НСО ГОНКТБ, 3) НГУ

Лечение эмпиемы плевры (ЭП) неспецифической и специфической этиологии сопряжено со значительными трудностями и высокой летальностью. Туберкулезная ЭП возникает в 90% случаев вследствие возникновения бронхоплеврального свища (БПС) и коллапса легкого у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом и казеозной пневмонией. Среди этого контингента летальность превышает 60%, а главным фактором танатогенеза в 90% случаев является прогрессирующий деструктивный туберкулез с мультирезистентным возбудителем в сочетании с неспецифической полимикробной микрофлорой и коморбидными факторами

(сахарный диабет, наркомания, ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты). Рост пессимизма среди хирургов в отношении лечения туберкулезной ЭП вызван устойчивым мнением о том, что это осложнение является предиктором летального исхода, что обрекает больных на паллиативную и симптоматическую терапию.

Цель исследования: оценить пределы лечебных возможностей бактерицидной ФДТ эмпиемы плевры специфической и неспецифической этиологии при лекарственноустойчивых возбудителях.

Материалы и методы. Метод интраплевральной ФДТ применен в 18-ти случаях ЭП, из которых туберкулезная ЭП с бронхо-плевральным свищом имела в 14-ти случаях, в двух случаях предпринято лечение изолированной туберкулезной ЭП с микст-инфекцией, а в двух наблюдениях выполнялась ФДТ неспецифической изолированной ЭП с синегнойной инфекцией. Всем пациентам предприняты процедуры интраплевральной фотосенсибилизации стенок эмпиемы препаратами Фотосенс 5мг (n=12), Радахлорин 3,5мг (n=2), Фотодитазин 5мг (n=2), раствором метиленового синего 0,03% -1мл (n=2). Выполнено 96 сеансов ФДТ в режиме лазерной полипозиционной световой обработки стенок эмпиемы излучением длиной волны 675нм (для препарата Фотосенс) и 662нм (для прочих фотосенсибилизаторов) при мощности 350 -1000 мВт посредством трансторакальной плевральной пункции, торакоскопии, торакостомии, через дренажные плевральные каналы и торакотомию. При наличии бронхоплеврального свища выполнялась клапанная бронхоблокация (n=8) с предварительной эндобронхиальной фотодинамической терапией свищесущего бронха. Результаты: Эмпиема плевры излечена у 15 больных из 18-ти (83,3%). Летальность составила 11,1% (n=2) в условиях СПИДа с полимикробной полирезистентной гноеродной флорой и двухсторонним деструктивным туберкулезом легких. Лечебные эффекты ФДТ ЭП сопряжены с интраплевральным абациллированием и исчезновением гноеродной флоры, редукцией интоксикации и гнойной экссудации, трансформацией гнойного экссудата в серозный, облитерацией полости эмпиемы и бронхо-плеврального свища, либо уменьшением объема эмпиемы до щелевидной полости, прибавкой массы тела от 3 до 9 кг за 2 месяца лечения.

Выводы. Интраплевральная ФДТ обладает антимикробными, противовоспалительными, репаративными свойствами и применима для санации ЭП любой этиологии, особенно при лекарственной устойчивости возбудителя, при обязательном аспирационном дренировании полости эмпиемы. При наличии бронхоплеврального свища желательна клапанная бронхоблокация с предварительной эндобронхиальной фотодинамической



терапией свищесущего бронха. Данный способ также применим в условиях эмпиемы плевры при ригидном нерасправляемом легком для целей скорейшей санации гнойной полости на этапе подготовки больного к операции в объеме плеврэктомии или торакопластики.

585 .НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ

Мяконький Р.В.

Волгоград

ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 3"

Современная хирургия, имеющая в своем арсенале высокотехнологичное оборудование, стремится к поиску и внедрению минимально травматичных и максимально эстетичных оперативных вмешательств. Это обстоятельство продиктовано мировыми стандартами качества хирургической помощи и запросами современного пациента. В настоящее время золотым стандартом в хирургии по праву являются лапароскопические вмешательства. Рядом отечественных клиник уже накоплен опыт сотен и тысяч лапароскопических операций, который позволяет высоко оценить значение этих вмешательств в хирургии. В условиях действующих в отношении России санкций со стороны США и ЕС возникает необходимость снижения стоимости подобных операций и возможного импортозамещения расходных материалов. Для решения обозначенных задач на базе хирургического отделения ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3» г. Волгограда, разработан и внедрен новый способ лапароскопической герниопластики при пупочной грыже. Оснащение. Стандартная лапароскопическая стойка. Лапароскопические инструменты: троакары с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, троакары диаметром 5 мм – 2 шт., электрокоагуляционный крючок и ножницы, зажимы жесткие – 2 шт., шовный инструмент Berci. Общехирургические инструменты: зажим Микулича, иглодержатель Гегара, игла хирургическая режущая с изгибом 3/8 окружности или лыжеобразная игла, лигатуры из нерассасывающегося материала. Техника выполнения вмешательства. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. В желудок устанавливается назогастральный зонд, в мочевой пузырь уретральный катетер. Положение пациента на спине. Расположение операционной бригады (используемое в нашей клинике, при необходимости расположение участников операции

можно зеркально изменить): слева от пациента оператор и ассистент, операционная медицинская сестра на противоположной стороне справа. По среднеключичной линии слева в мезогастрии параллельно пупку скальпелем производится разрез кожи длиной 10 мм. Через разрез в брюшную полость вводится троакар с винтовой фиксацией диаметром 10 мм, по которому инсуффлируется CO₂ и в брюшную полость вводят лапароскоп с косой оптикой, после чего производится ревизия брюшной полости. Особое внимание уделяют области грыжевого дефекта, оценке степени выраженности спаечного процесса и потенциальным местам ввода дополнительных троакаров. Затем так же по среднеключичной линии в левом подреберье и левой подвздошной области производятся разрезы длиной 5 мм, под визуальным контролем в брюшную полость вводят 5 мм троакары. Используется бимануальная техника, в левой руке оператора находится лапароскоп, в правой – электрокоагуляционный крючок или лапароскопический ножницы, или зажим. В ходе вмешательства эти инструменты используются попеременно. В правой руке ассистента находится лапароскопический зажим, левая рука свободна и используется для работы с грыжей со стороны кожи передней брюшной стенки. Абдоминальные спайки разделяют эндозажимом (фиксацию и тракцию осуществляет ассистент) и электрокоагуляционным крючком или ножницами, в результате висцеральное содержимое выходит из грыжевого мешка. Грыжевой мешок сохраняется интактным, если это возможно. По ходу вмешательства осуществляется тщательный гемостаз. Определив края грыжевых ворот, с помощью скальпеля около пупка с обеих сторон скальпелем на глубину кожи производятся 6-8 насечек длиной 2-3 мм, через которые с помощью шовного инструмента Berci выполняется прокол брюшной стенки. Нить в брюшной полости ассистент фиксирует зажимом. Инструмент Berci удаляется и аналогичным образом прокалывается брюшная стенка в контралатеральной насечке, нить захватывается инструментом Berci и выводится наружу. После наложения 3-4 таких швов, один из концов нити с помощью режущей иглы с изгибом 3/8 окружности и иглодержателя Гегара или лыжеобразной иглы проводится подкожно над апоневрозом с частичным его захватом в петлю, при этом игла должна выйти через насечку противоположной стороны от пупка. После этого открыв троакары необходимо удалить CO₂ из брюшной полости, для уменьшения натяжения тканей. Экстракорпорально формируется узел (количество узлов зависит от типа выбранной нити), который погружается под кожу через насечку, концы нити срезаются над узлом. Получаются вертикальные (относительно грыжи) П-образные швы. Края на-



сечки поднимаются и адаптируются с помощью зажима Микулича. Последовательно погружаются все узлы, в результате чего устраняются грыжа, при этом пупок гофрируется. Насечки с обеих сторон от пупка можно ушить для достижения, большего косметического эффекта. Возобновляется карбоксиперитонеум, производится оценка адекватности ушивания грыжевых ворот со стороны брюшины. Ревизия брюшной полости. Удаление CO₂ из брюшной полости. Ушивание троакарных ран. Наложение асептических повязок. Удаление назогастрального зонда и мочевого катетера. Предлагаемая техника герниопластики может быть использована при небольших параумбиликальных и грыжах белой линии живота. В отличие от широко распространенных методик как интраперитонеальная пластика (IPOP) и трансабдоминальная преперитонеальная (TAPP), наша методика не требует использования сетчатого эндопротеза и герниостеплера, что снижает стоимость и время выполнения операции. При использовании предлагаемой нами методики герниопластики период восстановления трудоспособности сопоставим с IPOP и TAPP. Пациент может быть выписан домой на 1-2-е сутки после операции, что является актуальным при внедрении стационарзаменяющих технологий. Швы с околопупочных насечек снимаются на 2-е сутки, с кожи троакарных ран на 5-е сутки. В доступной литературе и при выполнении патентного поиска нами не найдено публикаций и патентов с подобной методикой лапароскопической герниопластики, в связи с чем, нами подготовлены и отосланы документы на получение патента.

586. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*Нарезкин Д.В.(1), Безалтынных А.А.(1),
Сергеев А.В.(2), Прибыткин А.А.(2),
Кузьменков А.Ю.(1)*

Смоленск

- 1) Смоленский государственный медицинский университет
- 2) Клиническая больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Перфорация пилородуоденальных язв - одно из самых грозных осложнений язвенной болезни требующее экстренного оперативного вмешательства. При достаточно высокой распространенности язвенной болезни перфорация язв

является одним из наиболее частых осложнений и наблюдается у 10-15% всех язвенных больных. Поэтому вполне оправдан сохраняющийся в течение длительного времени интерес к этой патологии.

Методика. Настоящее исследование является ретроспективным, проведенное с целью определения факторов риска неблагоприятного исхода у пациентов с перфорацией язвы желудка и 12-ти перстной кишки. Критерием включения являлось наличие перфорации язвы у пациента. Для описания качественных данных использовалось абсолютное и относительное значение. Для описания количественных данных использовались: количество (n), среднее значение и стандартное отклонение (AVG; SD), медиана (Me), первый и третий квартили (Q₁; Q₃), минимум и максимум (Min; Max). С целью определения влияния предикторов на зависимую переменную с бинарным откликом использовалась обобщенная линейная модель с логистической функцией связи. Определение влияния качественных переменных на количественные производилось с помощью пермутационной версии дисперсионного анализа. Зависимость между количественными переменными определялась с помощью пермутационной версии общей линейной модели. Сравнения между переменными осуществлялись с помощью критерия Манна-Уитни, с корректировкой на множественные сравнения методом Холма. Все гипотезы проверялись на уровне значимости 0,05. Результаты исследования Всего было проанализировано 99 историй болезней пациентов, удовлетворяющих критериям включения, за 2012-2015 годы. Пациенты неравномерно распределились по гендерному признаку: женщины составили 35,35%, мужчины – 64,65%. Медиана возраста всей изучаемой популяции составила 51 (36,5; 66) год. При изучении исхода (выписан/умер) в зависимости от возраста была выявлена неравномерность распределения по возрасту: в группе умерших медиана возраста составила 73 (57,5; 77,25), в группе выписанных 44 (29,5; 56,5). Для определения статистической значимости выявленных различий был проведен дисперсионный анализ. Однако, при оценке критериев применимости дисперсионного анализа (гомоскедастичность, подчинение распределения остатков нормальному закону) не удалось подтвердить правильность построения модели с использованием априорных представлений о характере распределения данных. С целью подгонки модели, адекватной искомой зависимости был использован пермутационный дисперсионный анализ с применением процесса Монте-Карло с количеством итераций 5000. Полученная модель подтверждает наличие статистически значимых различий в распределении по возрасту в зависимости от исхода. Таким образом возраст у умер-



ших пациентов статистически значимо выше возраста выписанных пациентов. При изучении экстренности поступления (в первые 6 часов/7-24 часа/позднее 24 часов) в зависимости от возраста была выявлена неравномерность распределения по возрасту: в группе поступивших в первые 6 часов медиана возраста составила 44 (29; 56,5), в группе поступивших в течение 7-24 часов медиана возраста составила 38 (30; 47,5) лет, в группе поступивших позднее 24 часов медиана возраста составила 55,5 (42,5; 75). Для определения статистической значимости выявленных различий в возрасте был проведен пермутационный дисперсионный анализ с апостериорными сравнениями с помощью метода Манна-Уитни с коррекцией по методу Холма. Пермутационный дисперсионный анализ продемонстрировал наличие статистически значимых различий ($p=0,00001$). При проведении апостериорных сравнений статистически значимые различия в возрасте были выявлены лишь между группами пациентов, поступивших в 7-24 часа и позднее 24 часов ($p=0,0001$). Таким образом, в группе пациентов, поступивших позднее 24 часов от момента развития заболевания, возраст статистически значимо выше возраста пациентов, поступивших в течение 7-24 часа, т.е. для пожилых пациентов характерно более позднее поступление от момента развития заболевания. С увеличением возраста на каждые 10 лет длительность госпитализации возрастает в среднем на 1 день.

Выводы. Длительность наличия симптомов перфорации является фактором, который значимо влияет на выживаемость после оперативного вмешательства по поводу перфорации пептической язвы. Этот фактор остается наиболее важным в пожилом возрасте, будучи предиктором высокой смертности. Данный фактор особенно важен ввиду того, что из-за низкой реактивности организма у пожилых пациентов часто наблюдается задержка госпитализации, и как следствие отсрочка начала лечения.

587. РЕЗЕКЦИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

*Борота А.В., Кухто А.П., Башмаков М.Н.,
Базиян-Кухто Н.К., Алиев Р.Н.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет им. М.Горького

Введение. По существу поведение хирургов по

отношению к острому аппендициту до сих пор согласуется с точкой зрения В. Минца, высказанной еще в 1909г.: «операция должна быть продиктована намеками, а не вполне развившимися клиническими признаками». Особо стоит вопрос о так называемых вторично измененных червеобразных отростках, когда определяющим моментом становится выбор оптимальной хирургической тактики.

Цель исследования: Оценить результаты хирургического лечения осложненных деструктивных форм острого аппендицита у пациентов, перенесших резекцию илеоцекального угла.

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 6 пациентов с осложненной формой острого аппендицита, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе хирургического отделения № 2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с 2012 по 2016г. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин-4, женщин-2 (со сроком беременности 23 и 35 недель соответственно).

Результаты и обсуждения. Во всех случаях резекция илеоцекального угла выполнена на фоне гангренозного аппендицита и гнойно-некротического изменения стенки слепой кишки, причем, в 2-х случаях данная операция выполнялась у беременных в сроке 23 и 35 недель соответственно с давностью процесса 2 и более суток. В 1 случае пациенту выполнена аппендэктомия, однако 3-е сутки п/о периода осложнились формированием толстокишечного свища, в связи с чем пациент повторно оперирован, произведена резекция илеоцекального угла, дренирование брюшной полости. Осложнений ни в одном случае отмечено не было, дренажные трубки удалены на 6-8 сутки, раны зажили без признаков воспаления.

Заключение. Таким образом, при деструктивных формах аппендицита и гнойно-некротических изменениях стенки слепой кишки, во всех 6 случаях выполнена резекция илеоцекального угла. Послеоперационных осложнений ни в одном из случаев отмечено не было, что позволяет рекомендовать этот объем вмешательства, как вариант, при данной патологии.



588. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

*Борота А.В., Кухто А.П., Гюльмамедов В.А.,
Башмаков М.Н., Базиян-Кухто Н.К.,
Федоришин А.В.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького

Введение. По данным многочисленных исследований, заболеваемость геморроем колеблется от 2,9 до 27,9% от общего числа населения разных стран. Этим заболеванием страдает до 10–15% взрослого населения. Удельный вес геморроя в структуре колопроктологических заболеваний составляет 34–41%. Следует отметить, что проблемам сочетанной патологии анального канала (АК) и прямой кишки (ПК) посвящено незначительное количество публикаций, что обусловлено отсутствием единого подхода к решению данной проблемы и ее актуальностью.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения геморроя в сочетании с другой патологией прямой кишки и анального канала.

Материалы и методы. Проанализирована первичная медицинская документация 626 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения по поводу неопухолевой хирургической патологии АК и ПК в период с января 2012 по декабрь 2016г. Исследуемую группу (ИГ) составили 238 (38,0±1,9%) пациентов, перенесших сочетанное хирургическое лечение геморроя и другой патологии АК и ПК. Контрольную группу (КГ) составили 388 (61,9±1,9%) пациента, перенесших геморроидэктомию.

Результаты. Средняя длительность операции в ИГ составила 28±5 минут, в КГ – 19±3 минут ($p>0,05$). Количество отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило 4,4±1,6%, в КГ – 2,3±1,1% ($p>0,05$). Средней длительность госпитализации в ИГ составила 5,1±1,0 суток, в КГ – 3,2±1,0 суток ($p>0,05$); сроки восстановления трудоспособности в ИГ составили 20,3±3,2 дней, в КГ – 15,1±2,0 дней ($p>0,05$).

Заключение. Наличие сочетанной с геморроем патологии прямой кишки и анального канала является показанием к сочетанному хирургическому лечению. Увеличение показателей длительности операции, послеоперационных осложнений,

длительности госпитализации и восстановления трудоспособности в ИГ по сравнению с КГ не являются статистически значимыми. Одномоментное хирургическое лечение геморроя и другой патологии ПК и АК избавляет пациента от необходимости выполнения повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

589. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ СИНТЕТИЧЕСКОГО ЭКСПЛАНТА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Кчибеков Э.А., Бондарев В.А., Сердюков М.А.,
Коханов А.В., Калиев Д.Р.*

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность темы. Грыжа представляет собой выпячивание из брюшной полости внутренних органов вместе с покрывающим их пристеночным листком брюшины через естественные отверстия или дефекты тканей. Среди всех хирургических вмешательств грыжесечение занимает второе место после аппендэктомии.

Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж остаются неудовлетворительными из-за высокой частоты рецидивов, достигающих 10 - 45,5%. Внедрение аллопластики грыжевых дефектов послужило причиной роста числа осложнений заживления послеоперационной раны: нагноения, секвестраций, отторжения трансплантата, сером, лигатурных свищей, частота которых по данным литературы колеблется в пределах 10-30%. Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что число рецидивов и послеоперационных осложнений после аллопластики грыжевых дефектов напрямую зависит от физико-химических свойств экспланта, приводящих к формированию «недостаточного рубца». **Цель.** Улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с грыжами передней брюшной стенки путем дифференцированного подхода к выбору синтетических эксплантов.

Материалы и методы. Данная работа выполнялась на лабораторных животных (самцах крыс) чистой линии, в количестве 160 особей. Для проведения эксперимента нами были выбраны 5 полипропиленовых сеток (3 легкие и 3 тяжелые сетки) и 1 металлическая сетка. Животных разделили на 8 групп по 20 животных. Каждой группе была



имплантирована сетка по стандартной методике. Для чистоты эксперимента другие синтетические материалы, в том числе шовный материал не используются. 8 группа - контрольная. Далее на 1-е, 3-е, 7-е, 21-е и 30-е сутки животные умерщвлялись путем декапитации по 4 особи с каждой группы. Производился забор крови для биохимического анализа и участок ткани с имплантированной сеткой для гистохимического гистологического исследования.

Результаты и обсуждение. Анализ гистологических данных полученных в ходе эксперимента показал, что ответная воспалительная реакция на месте внедрения экспланта имеет различную степень выраженности и зависит от «тяжести» и качественного состава сетки. На 1-3-и сутки у всех представленных образцов сеток наблюдалась примерно в равной степени выраженная воспалительная реакция в виде инфильтрации базофилами и гранулоцитами. По мере наблюдения 7-21-е сутки гистологическая картина каждого из имплантированных эксплантов была различна. Вокруг «легких» сеток образовалась нежная соединительно-тканная капсула с высоким содержанием матриксной металлопротеиназы 2, 9. В то время как вокруг «тяжелых» сеток образовался выраженный воспалительный процесс с большим количеством коллагена 1 типа. В тканях с имплантированной металлической сеткой к 30-м суткам эксперимента поддерживалось активное воспаление с выраженной базофильной инфильтрацией. Выводы Выявленные гистохимические и гистологические процессы в тканях лабораторных животных имеют прямую связь с физико-химическими свойствами экспланта, что дает возможность для дальнейших исследований и поиска путей оптимизации лечения грыж передней брюшной стенки.

590. МЕТОДИКА ЗАЩИТЫ АНАСТОМОЗОВ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Дибиров М.Д., Исаев А.И., Джаджиев А.Б.,
Карсотьян Г.С.*

Москва

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

Анастомозирование полых органов при распространенном перитоните является сложной проблемой, при котором недостаточность развивается до 60-75 случаев. Особенно опасны анастомозы при перитоните, связанным с дефектом полых органов

и распространенном гнойном процессе. Нами разработан комплекс мероприятий направленных на профилактику недостаточности анастомозов при перитоните, состоящий: 1. Радикальная санация очага инфекции 2. Промывание брюшной полости до «чистой» воды 3. Назоэнтеральная интубация 4. Наложение анастомоза бок в бок с помощью никелид-титанового кольца с однорядным серозно-мышечным швом 5. Заклеивание швов анастомоза пластинкой тахокомба или биологическим клеем «БИО – ЛАБ» 6. Длительная перидуральная блокада 7. Адекватное дренирование брюшной полости из нескольких точек 2-х просветными толстыми (10-12мм) силиконовыми трубками, которые промываются 2 раза в сутки. 8. Полноценная белково-энергетическая поддержка. Начиная с 3-х кишечный лаваж и энтеральная нутриционная поддержка. 9. Энтеральная и экстракорпоральная детоксикация при тяжести состояния по АРАС-НЕ – II более 15 б. 10. По показаниям проводятся программные санации брюшной полости 28 (36%) Предлагаемая схема нами применена у 78 пациентов с гнойным перитонитом, эзофагоэнтероанастомоз наложен у 2 (3%), гастро-энтероанастомоз - 9(11%), энтеро – энтероанастомоз - 33 (42%), илеотрансверзоанастомоз – 16(20%), илеосигмоанастомоз – 10 (13%), илеоректоанастомоз - 4(5%), холедохоэнтероанастомоз – 4 (5%). Длительность наложения одного анастомоза 5 мин. и расходует-ся одна атравматическая рассасывающая нитка 4 или 5 – 0. Из 78 анастомозов только в двух случаях (3%) отмечена недостаточность. В 1-м случае при субтотальной резекции тонкой кишки с мезентеральной недостаточностью с трансверзоанастомозом у пациента 79 лет. Во втором случае при перфорации опухоли печеночного угла ободочной кишки с паратуморальным абсцессом и перитонитом была выполнена правосторонняя гемиколэктомия, санация и наложение илеотрансверзоанастомоза. В обоих случаях наступила смерть. У 7-ми больных с тяжелым перитонитом и полиорганными нарушениями на 1-м этапе были выполнены обструктивные резекции тонкой (5) и ободочной (2) кишки с назобилиарной интубацией с последующими программными санациями от 4 до 6 раз через 24-48 часов. Вторым этапом после ликвидации и санации брюшной полости были наложены межкишечные анастомозы никелид – титановыми кольцами. Ни в одном случае недостаточность анастомоза не наступила. Умерло 2 из 7 от полиорганной недостаточности. Таким образом, при распространенном перитоните для анастомозирования полых органов наиболее оптимально использование никелид-титановых колец с соблюдением всех пунктов выше приведенной схемы послеоперационного ведения.



591. ПРИМЕР МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА ЗОНЫ РЕКОНСТРУКЦИИ В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лазаренко В.А.(1), Парфенов Е.И.(1),
Бобровская Е.А.(1), Луговая О.В.(2),
Криворутченко В.Б.(1)

Курск, 2) Белгород

1) КГМУ, 2) ОГБУЗ БОД

Цель: разработка способов прогнозирования развития раннего тромбоза зоны реконструкции после операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей, для чего нами разработана математическая модель прогнозирования риска развития ранней тромботической окклюзии зоны реконструкции с использованием дискриминантного анализа.

Материалы и методы: проведено изучение трех групп пациентов – больные с развитием ранней тромботической окклюзии после операции на брюшной аорте и артериях нижних конечностей (n=44), без развития данного осложнения (n=40) и индивидуумов контрольной группы (n=35). Анализировались результаты клинико-лабораторных показателей и генотипирование на основные виды врожденных тромбофилий, что позволило дискриминировать индивидов на две группы. Для исследуемых групп пациентов получены две дискриминантные функции, которые включают следующие генетические и клинико-лабораторные показатели: генетические вариантах по локусам 455 G/A FGB и 677 C/T MTHFR, уровень Д-димера, гомоцистеина в крови, количество тромбоцитов в крови, уровень фибриногена, антитромбина III, ЛПНП и ЛПВП в крови.

Результаты: рассчитаны параметры линейных дискриминантных функций для больных с ранним тромбозом зоны реконструкции и контрольной группы с учетом генетических факторов и клинико-лабораторных показателей, а так же получены характеристики признаков, включённых в дискриминантный анализ. В нашем случае мы имеем следующее уравнение линейной дискриминантной функции (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 вариант по локусам 455 G/A FG и 677 C/T MTHFR), x_2 – уровень Д-димера в крови (мкг/мл), x_3 – уровень гомоцистеина в крови (мкмоль/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). После подставления значения соответствующих показателей конкретного пациента в вышеуказанные уравнения ЛДФ, рассчитываются новые признаки – y . Для какой группы (больные с ранним тромбозом зоны реконструкции или контрольная группа) новый признак y является максимальным, в ту группу следует отнести пациента.

Обсуждение: данная модель позволяет прогнозировать риск развития раннего тромбоза зоны реконструкции после операции на брюшной аорте и артериях нижних конечностей, что приведет к необходимости проведения более тщательной медикаментозной профилактики тромбоза в послеоперационном периоде и более пристальному наблюдению за больными группы риска по раннему тромбозу зоны реконструкции на амбулаторном этапе.

Выводы: разработанная нами модель прогнозирования риска развития раннего тромбоза зоны реконструкции с учетом влияния клинико-лабораторных показателей и генетических маркеров врожденных тромбофилий 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.

592. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ ОТЕКАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Яровенко Г.В., Мышенцев П.Н.

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, КГХ

Актуальность. Лимфедема нижних конечностей хроническое, постоянно прогрессирующее забо-



ление. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лимфологии, проблема обследования и лечения больных с лимфатическими отеками конечностей остается не разрешенной.

Цель. Оптимизация консервативного и оперативного лечения пациентов с лимфедемой нижних конечностей.

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии СамГМУ нами обследовано 147 больных с различной степенью лимфедемы нижних конечностей. Все пациенты разделены на 2 группы в зависимости от выраженности патологического процесса. В первую группу вошли 51 пациент с 1-2 степенью лимфедемы, во вторую - 96 пациентов с 3-4 степенью лимфедемы. Учитывались показатели цитокинов сыворотки крови (ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-6 и ИЛ-10), данные ультразвукового исследования линейных размеров лимфатических узлов (длина и ширина) и показатели электромиографии (АМО, ТЛ, АСО и СРВ). Для определения взаимосвязи между различными параметрами нами проведен ранговый корреляционный анализ Спирмена у обследованных групп пациентов. Установлено, что выраженность клинических проявлений лимфедемы напрямую связана со степенью изменений размеров лимфатических узлов, значений цитокинов сыворотки крови и данных электромиографического исследования. На основании этого нами разработана автоматизированная система выбора метода лечения.

Результаты и обсуждение. В ходе динамического наблюдения больных вторичной лимфедемой конечностей и контроля за изменением линейных размеров лимфатических узлов было отмечено, что их стойкое увеличение (длина, ширина) более чем на 12,94÷18,51 мм и 5,98÷9,96 мм (от исходных значений или значений нормы у здоровых лиц), что влечет за собой морфофункциональную перестройку лимфатического узла. Поэтому необходимо проводить оперативную коррекцию вторичной лимфедемы до увеличения линейных размеров лимфатических узлов, ориентируясь на верхнюю границу представленных диапазонов. При получении показателя ФНО α в пределах интервала 2,05÷4,38 пг/мл адекватно использовать оперативное лечение (наложение лимфоадено или лимфоангиовенозного анастомоза), если значение ФНО α выше – консервативное. Для ИЛ-1, ИЛ-6 и ИЛ-10 установлены следующие диапазоны величин цитокинов, указывающих на стабильность функционального состояния пациента 1,96÷4,44 пг/мл, 4,2÷7,58 пг/мл и 6,86÷10,92 пг/мл соответственно. Полученные данные свидетельствуют, что при уровне содержания цитокинов в сыворотке крови в указанном диапазоне и ниже для больных вторичной лимфедемой конечностей показано оперативное лечение. Консервативное

лечение целесообразно в случае с показателями цитокинов выше установленных диапазонов. Проводя анализ по данным электромиографии у пациентов обеих групп, и рассмотрев по 4 параметра для *m. gastrocnemius* и *m. vastus medialis*, нами установлено, что диапазон значений соответствующий амплитуде моторного ответа (АМО), терминальной латентности (ТЛ), амплитуде сенсорного ответа (АСО) и скорости распространения возбуждения (СРВ) в первом случае находился в пределах 4,11÷7,51 мВ, 3,63÷6,85 мс, 9,08÷13,86 мкВ и 17,22÷23,6 м/с. Для *m. vastus medialis* аналогичные показатели соответствовали 1,41÷3,65 мВ, 4,69÷8,29 мс, 1,7÷4,1 мкВ и 29,8÷38,12 м/с. Исходя из полученных данных нами разработана и запатентована автоматизированная система выбора метода лечения, в которую вводятся все выше перечисленные показатели, и определяется вид лечения для каждого пациента индивидуально. Оперативное лечение возможно при линейных размерах лимфатических узлов: длина 12,94÷18,51 мм и ширина 5,98÷9,96 мм (не более). Параметров цитокинов: ФНО α 2,05÷4,38 пг/мл, ИЛ-1 1,96÷4,44 пг/мл, ИЛ-6 4,2÷7,58 пг/мл и ИЛ-10 6,86÷10,92 пг/мл (не более). Данных ЭНМГ для *m. gastrocnemius* и *m. vastus medialis*: АМО 4,11÷7,51 мВ и 1,41÷3,65 мВ; ТЛ 3,63÷6,85 мс и 4,69÷8,29 мс; АСО 9,08÷13,86 мкВ и 1,7÷4,1 мкВ (не более); СРВ 17,22÷23,6 м/с и 29,8÷38,12 м/с (не менее) соответственно.

Выводы. Если исследованные показатели линейных размеров лимфатических узлов и цитокинов крови выше установленного диапазона значений, а данные электромиографии ниже представленных параметров, то необходимо проводить консервативное лечение. При его неэффективности оперативное лечение не целесообразно.

593. АНТИСТРЕССОВАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ПРИ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Грицаенко Р.В. (1-2), Чубирко Ю.М. (1-2),
Арясов В.В. (2)*

Воронеж

- 1) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
- 2) Клиника "ДокторЪ Ч"

Актуальность. Проблема анестезиологического пособия, как основного компонента антистрессового обеспечения организма, крайне актуальна при выполнении эндовазальной лазерной коагу-



ляции (ЭВЛК) вен нижних конечностей в амбулаторных условиях. Несмотря на достижения медицинской науки в различных методах общего и регионарного обезболивания, проблема анестезиологического обеспечения при данном виде оперативного вмешательства далека от своего окончательного решения. Абсолютное большинство пациентов, перенесших ЭВЛК, страдают от выраженного болевого синдрома в первые сутки после операции. «Неоптимальность» послеоперационного обезболивания до настоящего времени является одной из основных «проблемных зон» анестезиологического пособия для пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Цель: повышение эффективности комплексной антистрессовой защиты организма при эндовазальной лазерной коагуляции вен нижних конечностей в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследование включено 40 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, разделенных на 2 группы по 20 пациентов в каждой. 1 группу составили 17 женщин (85%) и 3 мужчин (15%), средний возраст 28 ± 6 лет. В группу 2 вошли 16 женщин (80%) и 4 мужчин (20%), средний возраст $30 \pm 5,5$ лет. В обе группы вошли пациенты с ХЗВ 2ст. по клинической классификации CEAP (варикозное расширение подкожных вен диаметром 3 мм и более), которым выполнялась ЭВЛК в сочетании с миниинвазивной кроссэктомией. В предоперационном периоде всем пациентам проводились стандартные общеклинические методы обследования, дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей. За 40 минут до операции в составе премедикации пациентам обеих групп было назначено: димедрол 1% 1мл в/в; метоклопрамид 2мл 0,5% р-р в/в. За 20 минут до операции в пациентам 1-й группы было назначено: кетопрофен 100мг в/в, клофелин 0,01% 1мл в/м; пациентам 2-й группы - парацетамол 1г в/в, клофелин 0,01 % 1мл в/м. Оперативное лечение в обеих группах проводилось с применением тумесцентной анестезии. В раннем послеоперационном периоде оценивались такие показатели как «боль» по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), наличие тошноты и рвоты, время первого требования анальгетика после операции, суммарные дозы требуемых анальгетиков.

Результат. Интенсивность боли по шкале ВАШ в группе 1 составила 2-3 балла, во 2-й группе 0-1 балл. Тошнота наблюдалась у 13 (65%) пациентов 1 группы, в группе 2 – у 5 (25%). Рвоты в обеих группах не было. Потребность в анальгетике после операции у пациентов обеих групп не возникло. Время пребывания в клинике в группе 1 составило 50 ± 10 минут, в группе 2 - 30 ± 10 минут.

Выводы. Предложенная схема анальгезии является оптимальной в комплексной антистрессовой

защите организма при эндовазальной лазерной коагуляции вен нижних конечностей у пациентов с варикозной болезнью. Анальгетический эффект реализуется в послеоперационном периоде вследствие превентивного лимитирующего влияния на нейровегетативные последствия операционного стресса.

594. ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ФРАГМЕНТАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

*Пиданов О.Ю., Щербатюк К.В., Васягин Е.В.,
Сухотин В.Н., Коломейченко Н.А.,
Цепенщиков В.А., Аврусина Е.К.,
Дворянчикова В.А.*

Москва

ФГБУ "Клиническая больница" Управления
делами Президента Российской Федерации

Цель: Оценить эффективность, безопасность и воспроизводимость методики торакоскопической фрагментации левого предсердия на основании трехлетнего опыта операций в кардиохирургическом отделении многопрофильной клиники.

Материалы и методы: В исследование включено 118 пациентов (87 мужчин и 31 женщина), оперированных с декабря 2013 по декабрь 2016 г. Средний возраст пациентов составил $58,3 \pm 9,4$ лет. У 7 (5,9%) пациентов наблюдалась пароксизмальная, у 66 (56%) - персистирующая, у 45 (38,1%) - длительно существующая персистирующая форма ФП. Длительность ФП в среднем составила $76,9 \pm 68,4$ мес. Размер левого предсердия составил $45,2 \pm 5,7$ мм, КДО ЛЖ $116,6 \pm 28,5$ мл, КСО ЛЖ $50,4 \pm 18,3$ мл, ФВ ЛЖ $55,8 \pm 8,3$ %. Всем пациентам выполнена торакоскопическая радиочастотная (AtriCure) фрагментация левого предсердия по схеме Dallas Lesion Set (111 пациентов) и 5-box Lesion Set (7 пациентов). 114 пациентам (96,6%) выполнена резекция ушка левого предсердия при помощи сшивающего аппарата EndoGIA (Covidien), 4 пациентам (3,4%) закрытие ушка левого предсердия выполнено при помощи устройства AtriClip (AtriCure).

Результаты: Среднее время операции составило $152 \pm 26,3$ минут. Время ИВЛ составило $6,2 \pm 8,7$ часов, время нахождения в ОРИТ $24,1 \pm 10,4$ часа. Кровопотеря по дренажам $189,5 \pm 11,5$ мл. Свободными от ФП к выписке были 109 (92,3%) пациентов. Для оценки безопасности процедуры мы разделили пациентов на две группы – первые 50 пациен-



тов (период освоения методики) и последующие 68 пациентов. В первой группе зарегистрированы 2 конверсии в стернотомию, 1 летальный исход, 4 пневмоторакса, 1 реоперация по поводу кровотечения. Во второй группе конверсий в стернотомию и летальных исходов не зарегистрировано; зарегистрирован 1 пневмоторакс. Среди оперированных пациентов через 3 месяца 6 случаев трепетания предсердий. У 4 пациентов выполнена катетерная процедура. Контрольное обследование через 12 месяцев после операции выполнено у 36 пациентов. Свободными от ФП оказались 100% пациентов с пароксизмальной, 94% с персистирующей и 83% с персистирующей длительно существующей формами ФП.

Выводы: Торакоскопическая фрагментация левого предсердия является эффективным, безопасным и воспроизводимым методом лечения изолированной формы фибрилляции предсердий. Этап освоения методики может сопровождаться серьезными осложнениями.

595. ОДНОПОРТОВАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Ивченко Д.Р.(1), Шабалин А.Ю.(1),
Колтович А.П.(2), Кукуничков А.А.(1),
Герейханов Ф.Г.(1), Палтышев И.А.(1)*

Балашиха, Московская обл. 2) Москва

- 1) Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации
- 2) Главный клинический госпиталь МВД России

Актуальность: На фоне совершенствования диагностического оборудования наблюдается тенденция к росту выявления доброкачественных заболеваний органов грудной полости. Для оптимизации лечения таких больных требуется гистологическое подтверждение диагноза. На протяжении многих лет техника выполнения малоинвазивных методик диагностики и лечения в торакальной хирургии совершенствовалась: от миниторакотомии, трехпортовой торакоскопии до однопортовой (из одного разреза) торакоскопии (ОПТ).

Цель исследования: Показать преимущества однопортового хирургического вмешательства при диагностике и лечении заболеваний органов грудной клетки.

Методы и материалы: В период с 2009 по 2017 год в отделении торакальной хирургии ГВКГ ВНГ РФ выполнены 192 лечебно-диагностические то-

ракоскопии: в том числе 113 торакоскопии из трех доступов и 79 торакоскопий из однопортового доступа. Торакоскопии проводили под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов, из переднебокового доступа. В большинстве случаев при ОПТ разрез выполнялся в 5 межреберье по передней подмышечной линии размером до 3 см. В плевральную полость вводили последовательно торакоскоп и необходимые эндоскопические инструменты. Для выполнения атипичной резекции участка легкого в рану вводили эндоскопический швивающий аппарат. При однопортовом доступе: 8 пациентам выполнена биопсия тканей различных опухолей средостения и плевральной полости, 71 - биопсия лимфоузлов средостения, в том числе 28 - атипичная резекция легкого. Операции при ОПТ заканчивали установкой одного дренажа к верхней доле легкого, который удаляли на следующие сутки. При трехпортовой торакоскопии обычно применяли 2 дренажа и удаляли их на 2-3 сутки после операции. Во всех случаях и при обычной торакоскопии и при ОПТ получали полноценный гистологический материал. Переходов от одного порта к трем или к торакотомии не было. После операционных осложнений не наблюдали. Заживление первичным натяжением. Положительными качествами ОПТ стали: меньшая травматичность, возможность удаления препарата через больший порт, без прогрессивного увеличения операционной раны, отсутствие перекреста инструментов и манипуляция ими (инструментами) в одной плоскости с торакоскопом. Результаты: Продолжительность хирургического вмешательства, как при однопортовой, так и при торакоскопии из трех доступов существенно не отличалась и составляла в среднем 60-80 минут. Более ранняя активизация больного при ОПТ связана с меньшим болевым синдромом. Средний срок госпитализации при однопортовом хирургическом вмешательстве сократился в среднем с 6 до 4 суток.

Выводы: Таким образом, однопортовая видеоторакоскопия является малоинвазивным и высокоэффективным лечебно-диагностическим методом. Он не ухудшает состояние пациентов, не приводит к обострению основного заболевания. Материал полученный при биопсии лимфоузлов средостения, участков легкого и париетальной плевры высоко информативен и позволяет выполнить морфологическую верификацию диагноза.



596. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

*Ивченко Д.Р., Шабалин А.Ю., Кукуничков А.А.,
Герейханов Ф.Г., Полехов П.Ю., Меликова И.В.,
Палтышев И.А.*

Балашиха, Московская обл.

Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации

Актуальность: Ежегодно в России в общехирургические хирургические стационары обращается до 8 тыс. пациентов по поводу коллабированного легкого. Как правило их лечение ограничивается дренированием плевральной полости по Бюлау, без проведения противорецидивного лечения. Лишь 10% пациентов оказывают противорецидивное хирургическое лечение. Рецидивы спонтанного пневмоторакса (СП) после дренирования возникают более чем в 80% случаев, после проведения противорецидивного лечения составляют от 1 до 20% в зависимости от вида хирургического лечения.

Цель исследования: Улучшить результаты противорецидивного лечения больных с спонтанным пневмотораксом. Методы и материалы: В период с 2011 по 2017 год в ГВКГ ВНГ РФ выполнена 68 торакоскопическое хирургическое лечение по поводу СП, в том числе и при его рецидивном характере. Всем больным проводили КТ ОГК для определения локализации булл - вероятного источника СНП. Торакоскопии проводили под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов, из передне-бокового доступа. В большинстве случаев при торакоскопии доступ проводился из 3х разрезов длиной до 1 см. Первым этапом выполняли атипичную резекцию участка легкого с признаками буллезной дегенерации. Вторым этапом выполняли субтотальную париетальную плеврэктомию по 7 межреберье. Операция заканчивалась выполнением тщательного гемостаза в зоне плеврэктомии, контроля на аэростаз и постановкой 2 дренажей в плевральную полость, которые удаляли их на 5 сутки после операции.

Результаты: Ранние послеоперационные осложнения случились в 3(4,4%) случаях: в 2 (2,9%) послеоперационное кровотечение из зоны плеврэктомии, была выполнена реторакоскопия аргоноплазменной гемостаз. В 1(1,5%) случился рецидивный пневмоторакс у больного с тотальной буллезной дегенерацией левого легкого была выполнена реторакоскопия резекция участка легкого с буллами. Во всех случаях переходов к торакто-

мии не было. Продолжительность хирургического вмешательства, составляла в среднем 40-50 минут. Средний срок госпитализации 8-10 суток.

Выводы: Таким образом, применения атипичной резекции участка легкого с буллезной дегенерацией в комбинации с субтотальной париетальной плеврэктомией является малоинвазивным и высокоэффективным методом хирургического лечения СП.

597. ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНТРАМУРАЛЬНЫХ БРОНХОГЕННЫХ КИСТ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

*Войновский А.Е.(1), Ивченко Д.Р.(2),
Шабалин А.Ю.(2), Герейханов Ф.Г.(2),
Азаров Г.В.(2), Кукушкина Е.А.(2),
Пирогов Ю.С.(2), Палтышев И.А.(2)*

Москва2) Балашиха, Московская обл.

1) Городская Клиническая Больница
им. С.С. Юдина

2) Главный военный клинический госпиталь
войск национальной гвардии Российской
Федерации

Актуальность: Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1%. Соотношение злокачественных и доброкачественных опухолей составляет 4:1 (Русаков В.И., 1997). Кисты выявляют в 5–10%, причины их появления связывают с дисэмбриогенной природой (Najar W., 2003). Частота таких кист по материалам аутопсий составляет 0,008%. У мужчин они диагностируют в 2 раза чаще, чем у женщин. Около 23% кист локализируются в верхней трети пищевода, но большая часть располагается ниже (Садовников А.А., 2000). Чаще проявляются дисфагическим синдромом (20%), болевым синдромом в эпигастрии (20%) и загрудиной (10%) (Донченко В.Л., 2004).

Цель исследования: Мы представляем случай диагностики и успешного хирургического лечения бронхогенных кист пищевода кист пищевода, выявленных в зрелом возрасте. Клинический случай: Больной В. Поступил в ГВКГ ВНГ РФ с жалобами на дискомфорт при проглатывании пищевого комка, который беспокоил его на протяжении 10 лет. Обследован, при ФЭГДС - по правой стенке пищевода на 15 см от резцов два объемных круглых образования до уровня 22 см от резцов, суживающих просвет на 2/3. При СКТ ОГК - по правой стенке пищевода неоднородной плотности кистозно-солидное образование, ограниченное от окружающих тка-



ней, размерами 38x40x54мм, постепенно накапливающее КВ. До настоящей госпитализации в других лечебных учреждениях ему было предложено удаление данных новообразований через торакотомный доступ, от которой он отказывался. На основании обследований установлен предоперационный диагноз: лейомиомы пищевода. 15.09.2015 выполнена операция: торакоскопия справа, иссечения двух опухолей пищевода, соединенных соединительнотканной перемычкой. Два образования располагались в мышечном слое по задне-правой стенке средней трети пищевода, на расстоянии 2 см друг от друга. Энуклеация двух новообразований выполнена без повреждения слизистой пищевода. Интраоперационный ФЭГДС контроль на герметичность стенки пищевода, воздушная проба отрицательная. Макропрепарат: толстостенные кисты со слизистой выстилкой, до 4 см в диаметре с желеобразным содержимым коричневого цвета. Гистологическое заключение: Киста пищевода, внутренняя выстилка представлена реснитчатым эпителием- бронхогенные кисты.

Результаты: Окончательный диагноз: Интрамуральные бронхогенные кисты средней трети пищевода. Послеоперационный период протекал без особенностей. При рентгеноскопии пищевода с водорастворимым контрастом на 6 сутки от хирургического лечения, данных за стеноз, затеки контраста нет. Выписан на 7 сутки после хирургического лечения без дисфагического синдрома. При контрольном обследовании (КТ ОГК, ФЭГДС) данных за рецидив, стеноз пищевода не выявлено.

Выводы: Таким образом, применение торакоскопического доступа при удалении доброкачественных новообразований пищевода является радикальным, безопасным и высокоэффективным методом хирургического лечения.

598. ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

Анищенко В.В.(1), Шевела А.И.(2), Куликов В.Г.(2),
Платонов П.А.(1), Гмыза С.В.(2)

Новосибирск

- 1) ФГБОУ ВО "Новосибирский Государственный Медицинский Университет Минздрава России"
- 2) ФГБУН "Институт химической биологии и фундаментальной медицины" СО РАН

По данным многоцентровых исследований распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в России варьирует от 11,6 до

23,6 % населения, частота выявления пищевода Барретта (ПБ) составляет 1,5–4,0 % в среднем по популяции. Целью исследования было повышение эффективности лечения больных ГЭРБ, осложненной пищеводом Барретта (ПБ).

Материалы и методы. В исследуемую группу были включены 69 пациентов с гистологически подтвержденным ПБ. По контрастной рентгеноскопии в 54 случаях выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, 15 случаев изолированной ГЭРБ. Кишечная метаплазия была в 91%, дисплазия низкой степени в 9% случаев. Аргон-плазменная коагуляция (АПК) проводилась зондом диаметром 2.3 мм и длиной 220 см, Мощность 40-50 Вт, скорость подачи аргона объемом 2,0–2,5 л/мин. После АПК все пациенты лечились блокаторами протонной помпы и стимуляторами моторики желудочно-кишечного тракта перорально. Вторым этапом лечения была лапароскопическая фундопликация.

Результаты. Первые 9 пациентов были оперированы через 4-7 дней после АПК. У этих пациентов операция сопровождалась техническими сложностями, обусловленными периэзофагитом, а в послеоперационном периоде выраженная дисфагия была у каждого из 9. Всем пациентам несколько раз выполнена эндосонография, в результате которой выявлено значительное утолщение стенок пищевода после АПК (до 13 мм), которое постепенно в течение месяца после процедуры уменьшилось (до 6,5 мм). Контрольная эзофагоскопия через 1 месяц после АПК выявила в 5 случаях кишечную метаплазию (устранена повторной АПК). Комбинированное лечение (АПК + антирефлюксные операции) проведено 52 пациентам. У 17 пациентов, перенесших АПК пищевод Барретта оказался излечен. Эффективность АПК в нашем исследовании составил 72,5%. Эффективность комбинированного хирургического лечения составила 94,3%. У 3 пациентов диагностирован рецидив ГЭРБ без рецидива ГПОД - этим пациентам были проведены повторные сеансы АПК и рекомендован длительный приём блокаторов протонной помпы.

Заключение. АПК является эффективным, малоинвазивным и безопасным способом лечения пациентов с ПБ, как самостоятельный метод, так и в составе комбинированного лечения. После сеанса АПК показана антирефлюксная и антисекреторная терапия в течение как минимум 1 месяца. Несмотря на высокую эффективность АПК, она должна сочетаться с антирефлюксными операциями. Раннее выполнение фундопликации (в течение 1 месяца после АПК) не рекомендуется из-за технических сложностей при выполнении операции и частого развития послеоперационной дисфагии.



599. УЛУЧШЕННАЯ ГОСПИТАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ

Сизов В.А., Раевская М.Б., Ян М.Н., Казеннов В.В., Ручкин Д.В.

Москва

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

Сегодня эзофагэктомия (ЭЭ) с одномоментной пластикой пищевода является общепризнанным стандартом хирургического лечения рака, протяженных рубцовых стриктур, ряда доброкачественных опухолей пищевода и ахалазии кардии терминальной стадии. Несмотря на современные достижения хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии, даже в многопрофильных стационарах "большого объема" частота осложнений ЭЭ достигает 60%, а летальность - более 10%. Высокая летальность после ЭЭ связана не только с развитием хирургических осложнений, таких как несостоятельность анастомоза и некроз трансплантата, но и с развитием сердечно-легочных осложнений, частота которых достигает 40-50%. ERAS протоколы периоперационного обеспечения обеспечили улучшение результатов в различных областях хирургии, однако протокол периоперационного обеспечения ЭЭ до сих пор находится в стадии разработки.

Материалы и методы: Одноцентровое не рандомизированное исследование. 138 ЭЭ в Институте хирургии им. А.В. Вишневского в период 2012–2016 гг., все вмешательства выполнены одной операционной бригадой. Мужчин 88 (63,7%), женщин – 50 (36,2%). Медиана возраста – 57 [47;66] лет. В качестве пластического материала на реконструктивном этапе после ЭЭ использовали желудочную трубку 125 (90,6%) или толстую кишку 13 (9,4%). В 60 (43,5%) случаях оперативное вмешательство выполнили из трех доступов (субтотальная резекция пищевода по McKeown), в 78 (56,5%) – транسخиатально. При оценке по ASA больные распределились следующим образом: I(3) II(56) III (53) IV(26). Медиана индекса массы тела составила 23,2 [20;27]. У 71 больного показанием к операции послужили злокачественные опухоли пищевода и пищеводно-желудочного перехода, у 67 - доброкачественные заболевания пищевода (ожоговые и пептические стриктуры, ахалазия кардии 4 ст., короткий пищевод). Ключевыми особенностями сформированного протокола стали: комплексная предоперационная подготовка, отказ от предопе-

рационного ограничения питья; изменение тактики инфузионной терапии с целью недопущения гиперволемии; рациональное использование вазопрессоров, протективная интраоперационная вентиляция легких; оптимальная послеоперационная аналгезия с оценкой уровня боли при помощи визуально-аналоговой шкалы; побудительная спирометрия, раннее удаление дренажей, активизация пациента и раннее энтеральное питание. **Результаты.** Из 138 пациентов, перенесших эзофагэктомию с одномоментной пластикой пищевода, у 51 (37%) больного развились осложнения различной степени тяжести. Для оценки осложнений использована классификация Clavien-Dindo. Большая часть осложнений относятся к наиболее легкой I-II степени: ателектазы 24, пневмония 12, гидроторакс 25, транзиторная ишемическая атака с полным регрессом симптоматики 2 и нарушения сердечного ритма у пациентов, имевших их в анамнезе 4. Более значимые осложнения III-IV степени, такие как тромбозы глубоких вен нижних конечностей 4, развитие острой печеночной недостаточности на фоне цирроза печени 1, острой дыхательной недостаточности 3 развивались достаточно редко. При этом в исследуемой группе больных не было случаев ТЭЛА и несостоятельности пищеводного анастомоза. Время пребывания больных в палате интенсивной терапии 0,7 суток [0.6-0.8], в стационаре - 8,5 суток [7.5;10]. Госпитальная летальность составила- 3,6%.

Обсуждение. Проведенное исследование продемонстрировало, что протокол улучшенной реабилитации после хирургических вмешательств может быть эффективно применен в хирургии пищевода

600. РАННЕЕ ПЕРОРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПОСЛЕ ЭЗОФАГЭКТОМИИ

Сизов В.А., Раевская М.Б., Ковалерова Н.Б., Ручкин Д.В.

Москва

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

ERAS технологии периоперационного обеспечения с успехом применяются в различных областях хирургии. Одним из основополагающих принципов концепции ERAS является адекватная нутритивная поддержка и коррекция метаболических нарушений у больных в до- и послеоперационных периодах, так же отказ от предоперационного голодания, отказ от премедикации, использования опиоидов, профилактика послеоперационной



тошноты и рвоты, адекватное обезболивание, рациональная инфузионная терапия, возобновление перорального питания в кратчайшие сроки после выполнения оперативного вмешательства, ранняя активизация. По классификации ESPEN к энтеральному питанию относится как зондовое питание, так и применение специализированного питания, употребляемого per os. Энтеральное питание позволяет обеспечить поступление в организм необходимых пищевых веществ в случаях, когда пациенты по тем или иным причинам не получают достаточное количество пищи. Положительные эффекты раннего начала обычного питания и ЭП заключаются в уменьшении частоты инфекционных осложнений и в сокращении продолжительности стационарного лечения. В мировой литературе достаточно часто освещаются вопросы раннего зондового энтерального питания или рутинного использования еюнотом у больных после операции на эзофагэктомии, однако вопросам раннего (1-2 сутки) перорального питания посвящено малое количество публикаций.

Цель: изучение возможности раннего перорального питания у больных перенесших эзофагэктомию.

Материалы и методы: Одноцентровое, проспективное, рандомизированное исследование. В исследование вошли 34 пациента, прооперированных по поводу заболеваний пищевода. Оперативное вмешательство в объеме трансторакальной или трансхиатальной эзофагэктомии с одномоментной пластикой желудочной трубкой. Операции выполнены период с марта до декабря 2016 года. Из исследования исключены 10 человек. 24 пациента были рандомизированы в 2 группы. Группа 1 - 12 пациентов – раннего начала перорального питания 1-е сутки после выполнения эзофагэктомии. Группа 2 – 12 пациентов – традиционного парентерального питания до 4-х суток. Оценивали время первого отхождения газов, первого стула, сроки госпитализации в стационаре, частота несостоятельности анастомоза, лабораторные показатели нутритивного статуса: преальбумин, трансферин, 6-ти минутный тест ходьбы на 1-е, 3-и и 7-е сутки; количество пациентов с осложнениями, и 30-ти дневная летальность. Результаты: по данным нашего пилотного исследования мы получили статистически значимое различие по времени отхождения газов в 1-ой группе 2 дня [2;3,5] в группе 2 – 4 дня [4;5,5] $p=0,001$; первый стул группа 1 – 3 сутки [2;3,5]; группа 2 - $p=0,004$; результат 6-ти минутного теста ходьба на 7-е сутки в 1-ой группе 435 м. [380;470]; 2-ой группе 300 м [270;400] $p=0,037$. В обеих группах не было отмечено несостоятельности анастомоза и летальных исходов. В 1й группе 25% (3) осложнений во 2-й 41,67% (5) осложнений статически не значимая

разница. Так же не было получено статистически значимой разницы по биохимическим маркерам оценки нутритивного статуса.

Заключение: раннее (1-сутки) пероральное питание пациентов перенесших эзофагэктомию безопасно, может уменьшать время реабилитации, сокращает время до восстановления физиологической функции ЖКТ.

601. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА

*Колесник А.И.1, , Докалин А.Ю.2,
Солодилов И.М.3, Фролов Е.Б.4,*

Курск

ФГБОУ ВО "Курский государственный
медицинский университет" Минздрава РФ

Актуальность диагностики и лечения переломов костей таз обусловлена тремя основными факторами - увеличением количества этой травмы, ростом дорожного травматизма с усилением тяжести травмы. Переломы костей таза в структуре травм опорно – двигательного аппарата составляют от 5 до 25% всех переломов, при сочетанных травмах их число варьирует от 30 до 58%, и у 15-30,7% пациентов сопровождаются кровопотерей и травматическим шоком. Среди травм по частоте в значительной степени доминирует автодорожная – 70,4%, кататравма занимает второе место – 21,3%. В структуре политравмы одними из наиболее тяжелых повреждений считаются множественные и сочетанные повреждения тазового кольца, при которых по данным различных авторов летальность доходит до 75,0%, а инвалидность – до 59,0%. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях тазового кольца составляет от 10 до 75%. Повреждения тазового кольца составляют 78-80%, переломы вертлужной впадины –18-20%. По данным различных авторов повреждения таза, согласно классификации АО/ASIF типа А встречаются от 50 до 70%, тип В от 15 до 37,5% и тип С от 6,3 до 47,4%. Переломы дна и крыши вертлужной впадины были от 8,7 до 23,4% пострадавших. Сопутствующие повреждения наблюдаются у 60% пациентов с нестабильными повреждениями таза и только у 30% - со стабильными. Отмечается высокий (от 30 до 66,7%) процент выхода больных на инвалидность после тяжелой травмы таза. По данным разных источников лечение «стабильных» переломов (тип А), как правило, было консервативным. Больные с переломами



костей таза типа В и С проводилось оперативное лечение, которое заключалось в открытой репозиции с последующим металлоостеосинтезом (МОС), или наложении стержневых аппаратов, С - рамы. За последние годы отмечается значительное увеличение частоты переломов костей таза.

Целью исследования – изучение структуры переломов таза и анализ результатов консервативного и оперативного лечения больных по данным травматолого-ортопедического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» за 2004 - 2015 годы.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 112 больных, находившихся на стационарном лечении в травматолого-ортопедическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» за 2004 - 2015 годы. В возрасте до 45 лет было 73,2% (82) больных, от 45 до 60 лет - 16,1% (18), от 60 до 75 лет - 10,7% (12). Средний возраст пострадавших был 32 ± 6 лет. В структуре больных преобладали мужчины - 75 чел. (67,0%). Основными механизмами переломов костей таза являлись ДТП (73,2%) и кататравма (24,1%), роды составили 2,7%. Сроки поступления в стационар от момента травмы распределились следующим образом: в течение первых суток поступили 56 (50,0%) пострадавших, от 2 до 4 сут. - 16 чел. (14,3%), от 5 до 9 сут. - 23 чел. (20,5%) и от 10 до 59 сут. - 17 чел. (15,2%). Структура поступления пострадавших определяется спецификой нашего лечебного учреждения, куда поступают главным образом пострадавшие из центральных районных больниц, где оказывается первичная (противошоковая) квалифицированная медицинская помощь. Почти у трети пострадавших - у 34 чел. (30,4%) были диагностированы повреждения нижних отделов мочевыводящих путей, в том числе, мочевого пузыря - 22 (64,7%), уретры - 12 (35,3%). Для диагностики повреждений этих органов при поступлении выполнялись УЗИ, уретероцистоскопия, ретроградная цистография. У всех пострадавших имелись другие сопутствующие повреждения: ушибы и вывихи выявлены у 31,3% больных, переломы длинных трубчатых костей - у 30,4% пострадавших, повреждения ЦНС - в 17,0% случаев, повреждения внутренних органов - у 13,4% больных, раны мягких тканей составили 8,9%. В структуре сопутствующих заболеваний чаще всего отмечена разнообразная патология сердечно - сосудистой системы - 66 чел. (58,9%), у половины пациентов встречались заболевания дыхательной системы - 56 чел. (50,0%), заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены почти у трети - 40 чел. (35,7%).

Результаты исследования и их обсуждение. Все повреждения таза и вертлужной впадины мы классифицировали по АО/ASIF (классификация по Tile).

Переломы костей таза составили 54 случая (48,2%). По нашим данным из общего количества переломов таза тип А (стабильные с минимальным смещением и без нарушения целостности тазового кольца) наблюдался у 9 пациентов (16,7%), тип В (ротационно-нестабильные) – у 36 (66,6%) и тип С (повреждения с ротационной и вертикальной нестабильностью) – у 9 (16,7%). Переломы вертлужной впадины (ВП) составили 58 случаев (51,8%), в том числе, переломы типа А отмечены у 35 чел. (60,3%), типа В - у 20 (34,5%) и тип С - у 3 чел. (5,2%) Тактика лечения больных с переломами таза и осуществлялась согласно классификации АО/ASIF. Больным с повреждением мочевого пузыря в экстренном порядке выполнялись ревизия и ушивание пузыря с дренированием забрюшинного пространства. По показаниям таз фиксировали С - рамой или стержневым аппаратом. При повреждении уретры первичный шов и эпицистостомия выполнены 4 больным. В остальных (8) случаях выполнялись эпицистостомия и катетеризация мочевого пузыря. В группе больных с переломами таза (n = 54) оперирован 31чел. (57,4%). Больные с переломами таза типа А в 6 случаях (66,7%) лечились консервативно ортопедическим режимом с применением бандажей, 3 больным (33,3%) выполнена открытая репозиция и металлоостеосинтез (МОС) винтами и пластинами. Операции выполнялись в течение первой недели после госпитализации. В группе больных с переломами типа В лечение вначале проводилось скелетным вытяжением в течение 4 - 6 нед. с последующей фиксацией таза бандажами в 16 случаях (44,5%). В 7 случаях (19,4%) был наложен стержневой аппарат или С – рама. В последующем в двух случаях аппарат был снят и выполнена открытая репозиция и МОС пластинами и винтами. В 13 случаях (36,1%) осуществлена открытая репозиция и МОС пластинами и винтами. Все операции выполнялись в течение 7 - 14 сут. после госпитализации. У больных с переломами типа С скелетное вытяжение было основным методом лечения больных. В 4 случаях (33,3%) наложен стержневой аппарат, при этом в одном случае выполнена последующая открытая репозиция и МОС пластинами и винтами. Открытая репозиция и МОС пластинами и винтами по первичным показаниям осуществлена в 3 случаях. Больных с переломами ВП типа А в 38 случаях (65,5%), лечили консервативно скелетным вытяжением, и 20 (35,5%) случаях – оперативное. В группе больных с переломами типа В лечение вначале проводилось скелетным вытяжением в течение 4 - 6 нед. (16 случаях - 80,0%). У 4 больных выполнена открытая репозиция и МОС винтами и пластинами. У больных с переломами типа С скелетное вытяжение было основным методом лечения у половины больных, при этом, в трех случаях



выполнена открытая репозиция и МОС пластинами и винтами. Операции выполнялись спустя 2 - 3 нед. после стабилизации состояния. Для осуществления открытой репозиции и МОС костей таза были использованы основные три доступа. Время оперативных вмешательств зависело в первую очередь от типа перелома и составило от 1,5 до 3 часов. Осложнения диагностировались у 27 больных (24,1%), в том числе, поверхностное нагноение и краевые некрозы отмечены в 21 (77,8%) случае, глубокое нагноение - у 3 чел. (11,1%), нагноение мочевого затека - в 3 случаях (11,1%). Летальных исходов не было. На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы: 1. Превалирующей (73,2%) причиной переломов таза являются ДТП, эти переломы регистрируются у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин, в 73,2% случаев они отмечаются у пациентов в возрасте до 45 лет. 2. При повреждениях таза переломы вертлужной впадины отмечаются более чем у половины пострадавших (51,8%), при этом преобладают переломы типа А (60,3%). 3) При переломах таза практически у каждого 3-го (30,4%) диагностированы повреждения мочевого пузыря и/или уретры, что диктует необходимость целенаправленной диагностики этих повреждений с экстренным участием уролога. 4) Тактика лечения переломов таза определяется главным образом тяжестью состояния пострадавших, типом перелома таза и наличием сопутствующих повреждений. 5) Больным с переломами костей таза и ВП типа В и С в 80,6% случаях лечение начинали с наложения скелетного вытяжения. 6) При нестабильных переломах костей таза типа В и С (45 случаев) наложение стержневого аппарата или С – рамы выполнено в 11 случаях (24,4%).

602. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Хоменко А.И.(1,2), Каминский М.Н.(1)

Хабаровск

1) НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО "РЖД" 2) ДВГМУ

Актуальность. В 2014г. были приняты «Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка». Нами проведен анализ лечения данной патологии в клинике госпитальной хирургии ДВГМУ за последние 8 лет, также мы попытались выделить причины, препятствующие внедрению современ-

ных методов терапии варикозных кровотечений (ВК).

Материалы и методы. С 2009 по 2016гг. в клинике госпитальной хирургии ДВГМУ находилось на лечении 155 пациентов по поводу ВК. У 56,1% пациентов причиной портальной гипертензии был цирроз печени, классов А и В (Child-Pugh), у 39,4% - цирроз печени, класса С (Child-Pugh), у 4,5% - другие причины.

Результаты • Антибактериальные препараты назначались 23,2% пациентов. • Сандостатин, или его аналоги получали 10,3% пациентов. • Терлипрессин не назначался. • ЭЛ составило 30% от общего количества лечебных эндоскопий. • Зонд Блэкмора устанавливался у 27,7% пациентов (у 16,7% из группы выживших и у 47,5% в летальной группе). Общая летальность при ВК составила 38,1%. Летальность у пациентов с циррозом печени классов А и В (Child-Pugh) составила 23%, у пациентов с циррозом печени класса С (Child-Pugh) – 59%. В летальной группе ЭЛ выполнялось в 5%, ЭС в 39%, антибактериальные препараты назначались в 5% случаев, вазоактивные препараты, аналоги сандостатина не назначались. Досуточная летальность отмечалась в 42% случаев от общего количества умерших. Неэффективный гемостаз в качестве причины смерти эндоскопически, клинически и по данным патологоанатомической секции зафиксирован в 44,1% случаев от общего количества летальных случаев (неэффективный гемостаз при досуточной летальности отмечены в 12%). В структуре общей летальности хирургической клиники за данный период летальность от ВК составила 10,9%. Обсуждение. Высокая летальность у пациентов с ВК может быть объяснена стремительностью развития кровотечения, запущенностью многих пациентов с циррозом печени, класса С (Child-Pugh). Снизить распространенность запущенных форм цирроза печени можно путем первичной профилактики и адекватной терапии заболеваний, приводящих к циррозу печени. Следует отметить, что ни один из пациентов, поступавших с повторным эпизодом ВК не получал адекватную медикаментозную профилактику (В-адреноблокаторы) рецидива кровотечения, только 6,5% пациентам ранее выполнялись профилактические ЭЛ. Как показал анализ лечения ВК, в стандартных терапевтических мероприятиях не применяются препараты, снижающие портальное давление, ограничено назначение антибактериальных препаратов, применение ЭЛ, то есть лечение неоптимально. Это подтверждается значительной количеством погибших пациентов с признаками неэффективного гемостаза. В данном контексте выделяются следующие проблемы: 1) встречающееся незнание врачами-хирургами, реаниматологами принципов современного лече-



ния ВК 2) не все врачи-эндоскописты владеют техникой выполнения ЭЛ 3) необеспеченность расходными материалами эндоскопической службы 4) необеспеченность хирургических отделений инфузоматами для обеспечения непрерывной инфузии с заданной скоростью 5) недоступность препаратов для адекватной медикаментозной терапии ВК Первые два фактора можно модифицировать путем обучения и повышения квалификации персонала. Причиной же последних трех факторов является высокая реальная стоимость лечения, которая не покрывается стандартными тарифами ОМС. Так, стоимость стационарного лечения пациента с ВК из расчета на 1 койко-день в реанимационном отделении, 5 койко-дней в хирургическом стационаре, проведение эндоскопического лигирования составит 40520 руб. (использована методика расчета стоимости услуг в НУЗ ОАО «РЖД», утвержденная начальником департамента здравоохранения ОАО «РЖД», 21.04.2006г.). При этом в стоимость койко-дня не закладывались ни назначение аналогов сандостатина (3000 мкг на курс лечения), ни терлипрессина (36 мг на курс лечения), являющихся дорогостоящими препаратами. Стоимость же конечного клинического случая, в зависимости от КСГ (согласно тарифу, утвержденному территориальной комиссией ОМС Хабаровского края в 2016г.), составляла от 15800 руб. до 24038,38 руб.

Выводы. Таким образом, реальные затраты лечения данных пациентов превышают выделяемые объемы более, чем в 2 раза. Решение данных несоответствий невозможно силами отдельного ЛПУ, необходим пересмотр расчета существующих тарифов и объемов лечения пациентов с ВК на региональном и федеральном уровнях.

603. ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Андреянов А.М., Володин А.Е., Еномян Д.Б.

Лермонтов, Ставропольский Край.
ФГБУ КБ № 101 СКФНКЦ ФМБА России.
Хирургическое отделение

Хирургическое отделение представлено на 50 коек. Из них 25 хирургических, 12 урологических, 13 травматологических. В равной степени оказывается экстренная и плановая помощь всем категориям больных. Сложность работы заключается в том, что наряду с постоянным потоком плановых больных, требующих консервативного лечения

или хирургического пособия, врачи отделения оказывают экстренную помощь не только жителям города, но и близлежащих районов и республик. В работе помогает оснащение стационара и больницы в целом, с организацией работы узких специалистов. Организована круглосуточная работа врачей УЗИ, эндоскопистов, рентген-лаборантов и врача-КТ диагностики, клинических лаборантов. В отделении в диагностике и лечении используется видеоскопическое оборудование. При подозрении на острую хирургическую патологию брюшной полости, неясность клинической картины, тяжелого сопорозного состояния больного-выполняется диагностическая лапароскопия, которая зачастую имеет лечебный характер. Так, за 2015-2016 годы, в отделении выполнено 26 диагностических лапароскопий у разных категорий пациентов. Из них выявлено 2 прикрытых перфорации желудка-ушиты эндоскопически, гинекологическая патология-2, острый аппендицит-4, 3 удалены эндоскопически, мезотромбоз-3, ранение внутренних органов-3, заболевание желчевыводящих путей-5, патология забрюшинного пространства-2, панкреонекроз 4 случая. Важное место в диагностике имеет УЗИ мониторинг, КТ-динамика. Учитывая разноплановость поступающих больных в общехирургический стационар, наличие сопутствующей патологии, нередко стертую клиническую картину заболевания, для постановки диагноза, предварительного плана ведения больного, применение УЗИ мониторинга, КТ, диагностическая лапароскопия является вариантом выбора в ведении экстренного больного в условиях общехирургического стационара.

604. ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГНОЙНО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Авдовенко А.Л., Наумов И.А., Коновалов А.С.
Госткин П.А.*

Тульская область, г.Новомосковск
ГУЗ «Новомосковская городская клиническая
больница» ФГБОУ ВО Ряз. ГМУ

Цель: разработка и совершенствование организационных форм поликлинической помощи пациентам с хирургической инфекцией мягких тканей. **Материал и методы:** За последние 5 лет (2011-2015 гг.) на амбулаторный прием обратилось 66455 пациента с различными хирургическими заболеваниями, из них 31010 (46.6%) с гнойной хирургической инфекцией. В структуре пациентов



с хирургической инфекцией 70% составили больные с острой гнойной инфекцией мягких тканей (фурун-кулы, карбункулы, нагноившиеся внутрикожные образования, абсцессы, флегмоны, гнойные раны, панариции и другие) и 30% больных с хроническими ранами различной этиологии.

Результаты. В зависимости от локализации и распространенности гнойно – воспалительного процесса, тяжести состояния пациента и стадии раневого процесса были выделены несколько потоков больных: 1. Первично амбулаторные пациенты, начинающие и заканчивающие лечение в амбулаторных условиях; 2. Первично амбулаторные пациенты с локализованной инфекцией мягких тканей, начинающие и заканчивающие лечение в условиях ЦАХ по стационарозамещающим технологиям; 3. Первично амбулаторные пациенты, начинающие и заканчивающие лечение в условиях стационара на дому (категория нетранспортабельных пациентов с местной инфекцией мягких тканей на фоне тяжелой соматической патологии); 4. Первично амбулаторные пациенты с распространенной хирургической инфекцией мягких тканей и костей, подлежащие экстренной госпитализации в круглосуточный стационар в отделение гнойной хирургии для оперативного лечения; 5. Пациенты после выписки из отделения гнойной хирургии стационара с незажившими полностью ранами (амбулаторный этап лечения до полного заживления раны); 6. Пациенты после выписки из отделения гнойной хирургии стационара на амбулаторный этап лечения для подготовки обширных ран к последующему пластическому закрытию ее в круглосуточном стационаре; 7. Пациенты с синдромом диабетической стопы. Всего за анализируемый период было выполнено 2326 оперативных вмешательств по поводу гнойно – воспалительных заболеваний мягких тканей различной локализации. Нами отмечено, что в последние годы в связи с сокращением коечного фонда, выросло количество пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей, отмечена отчетливая тенденция снижения средних сроков амбулаторного лечения. Также отмечено за последний год увеличение более чем в 2 раза пластических операций (вторичных швов, аутодермопластики), которые стали выполнять амбулаторно после купирования гнойного процесса в ране.

Выводы: организованная и развитая амбулаторная хирургическая служба, внедрение стационарозамещающих технологий, позволяет не только увеличить количество пролеченных в амбулаторных условиях пациентов с гнойной хирургической инфекцией мягких тканей различной локализации до полного заживления раны, внедрить единые тактические подходы к лечению, но и значительно сократить экономические затраты.

605. МЕТОДЫ УДАЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИВ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ХИРУРГА

Коновалов А.С., Авдовенко А.Л., Наумов И.А., Госткин П.А.

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»ФГБОУ ВО Ряз. ГМУ

Цель: Разработка алгоритма ведения больных с новообразованиями кожи в амбулаторных условиях.

Материал. Нами выработан следующий алгоритм ведения пациентов с опухолями кожи: • Расспрос и клинический осмотр пациента; • Постановка клинического диагноза; • Решение вопроса об оперативном лечении, получение согласия пациента; • Предоперационное обследование: общеклинические исследования, цитологическое исследование, пункционно-аспирационная биопсия (по показаниям), консультации специалистов (по показаниям); • Определение места выполнения операции, даты и времени операции; • Операция; • Ближайший послеоперационный период (наблюдение за больным в палате послеоперационного пребывания больного в течение 20-30 минут); • Больной отпускается домой с рекомендациями и назначается дата и время явки на прием; • Амбулаторное долечивание до выздоровления; • Диспансерное наблюдение. Операции выполняются под местной инфильтрационной анестезией, в обязательном порядке производится гистологическое исследование всех удаленных новообразований. В зависимости от размера и характера опухоли применяли различные варианты ее удаления: -хирургический, электрохирургический, лазероэксцизия, лазеровапоризация, иссечение с помощью радиоволнового аппарата, «вымораживание» жидким азотом. Для хирургического метода мы использовали одноразовые скальпели обычной конструкции, для электрохирургии применяли аппарат отечественного производства «ЭХВЧ», для лазерного удаления опухоли использовали отечественный гелий-неоновый аппарат «Ланцет-1», для лечения больных радиоволновым способом применяли аппарат «Сургитрон».

Результат. Электрохирургический метод, в настоящее время с целью удаления опухолей кожи мы его применяем крайне редко. Отказались от этого метода из-за образования глубокого струпа (фактически получаем электроожог III ст.), длительных сроков лечения и низкой косметичности послеоперационных рубцов. Лазерная эксцизия имеет преимущества хирургического метода, но при



этом отсутствует кровотечение из раны во время операции. За счет поверхностного ожога рубец малокосметичен. Преимущества: не требуется перевязок, больные практически не теряют трудоспособности, высокая косметичность и хорошие отдаленные результаты даже после операций на лице. Ежегодно с помощью лазера производится более 180 операций. Радиоволновый скальпель, аппарат имеет четыре режима: резания, коагуляции, резание с коагуляцией и фильгурация. В связи с этим можно производить удаление образования однократно или послойно по типу «со-стругивания». Преимущества метода: отсутствие термического воздействия на ткани, простота и безопасность для врача и пациента, удовлетворительный гемостаз сосудов менее 0,5 мм диаметра, очень высокая косметичность. Недостатки: в связи с отсутствием струпа в ране требуется выполнение ежедневных перевязок до заживления раны (до 10 дней), что приводит к удлинению сроков лечения. За 2015 год радиоволновым методом прооперировано 171 пациент с хорошим косметическим эффектом, осложнений не было. Жидкий азот для удаления новообразований кожи мы применяем редко. К недостаткам метода можно отнести невозможность точно спрогнозировать границы воздействия на очаг и окружающие ткани, образование глубокого струпа (отморожение III ст.), удлинение сроков лечения.

Выводы: таким образом, применение современных методов удаления новообразований кожи и подкожной клетчатки в амбулаторных условиях позволяет добиться соблюдения онкологических принципов операции, высокой косметичности и сократить лечение.

606. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность: Отсутствие единого понятия и классификации неполных внутренних свищей прямой кишки, не позволяет выработать дифференцированные подход к лечению данной патологии. **Цель:** улучшить результаты лечения больных с неполными внутренними свищами прямой кишки. **Материалы и методы:** В исследование включено 131 пациент в возрасте от 24 до 76 лет, про-

перированных в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ в период с 2014 по 2016г. по поводу различных форм неполных внутренних свищей прямой кишки. На дооперационном этапе с целью классификации выполнено обследование: ТРУЗИ, МРТ малого таза, аноректальная манометрия, колоноскопия.

Результаты: При простых неполных внутренних свищах мы применяли как классические методы, так и новый метод по типу «марсупиализации». Данная методика применялась у пациентов с высокими затеками (на уровне пуборектальной петли, и экстрасфинктерными). При выборе тактики лечения сложных НВСПК у ряда больных оно может быть двухэтапным. На первом этапе дренирующая лигатура, на втором этапе один из видов пластических операций.

Выводы: модифицированная классификация неполных внутренних свищей прямой кишки позволила применить более дифференцированный метод лечения, тем самым снизить частоту рецидивов и не ухудшить функцию держания.

607. КОМПЛЕКСНОЕ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Авдовенко А.Л., Наумов И.А., Коновалов А.С.

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»ФГБОУ ВО Ряз. ГМУ

В г. Новомосковске и Новомосковском районе Тульской области с населением 143139 человек в 2015 году зарегистрировано 5326(3.7%) пациентов с сахарным диабетом (СД), из них 297 (5.6%) с СД 1 типа и 5029 (94.4%) с СД 2 типа. Синдром диабетической стопы диагностирован у 2059 (38.7%) пациентов, из них у 1919 (93.2%) диагностирована нейропатическая форма и у 140 (6.8%) пациентов нейроишемическая форма синдрома диабетической стопы. Организационные структуры оказания лечебно - диагностической помощи пациентам с синдромом диабетической стопы представлены амбулаторным звеном, дневным и круглосуточным стационарами. Начальным этапом диагностики СДС является амбулаторно - поликлиническое звено. Это прежде всего врачи - терапевты и врачи общей практики, которые занимаются выявлением пациентов с сахарным диабетом и его осложнениями и направляют их на консультацию к эндокринологу. Следующим этапом является направление пациентов с СДС к специалисту (хирургу, подиатру) в кабинет диабетической стопы.



В одной из поликлиник г.Новомосковска с 2013 года функционирует кабинет диабетической стопы (КДС), который оснащен необходимым инструментарием и оборудованием для диагностики и лечения СДС. В сложных диагностических случаях, а также для определения тактики ведения пациента, его направляют на консультативный прием в Межмуниципальный клинично - диагностический центр к специалистам, где решается вопрос о необходимости выполнения сосудистой коррекции кровотока или направления на стационарное лечение гнойно – некротических изменений стопы. По ведению пациентов с СДС разработана маршрутизация и единая тактика по обследованию и лечению. На догоспитальном этапе мы выделяем следующие группы пациентов с СДС: - нуждающиеся в наблюдении и лечении в КДС (первый этап обследования и лечения пациентов с не осложненной формой СДС); - нуждающиеся в подготовке ран к пластическому закрытию после выписки из хирургического стационара (второй этап лечения); - нуждающиеся в госпитализации в отделение гнойной хирургии для пластического закрытия раны после ее подготовки амбулаторно (третий этап лечения); - нуждающиеся в госпитализации на койки диабетической стопы на базе эндокринологического отделения для коррекции сахарного диабета и его осложнений; - нуждающиеся в госпитализации в отделение сосудистой хирургии для хирургической или внутрисосудистой реваскуляризации (с нейроишемической формой СДС); - нуждающиеся в госпитализации в отделение гнойной хирургии для оперативного лечения по поводу инфекции мягких тканей, остеомиелита, гангрены. С 2012 по 2016 год в отделении гнойной хирургии пролечено 384 пациента с СДС, 76% из них составили женщины. Отличительной особенностью этого периода является внедрение медико - экономических стандартов (МЭС) первого уровня лечения СДС и этапного подхода к лечению пациентов с СДС. Внедрение и применение МЭС позволяет экономически обоснованно применить весь доступный лечебно - диагностический комплекс у пациента, конечным звеном которого является полное заживление раны, ремиссия заболевания. В то же время, недостаточный коечный фонд отделения вынуждает в большинстве случаев применять этапный подход к лечению пациентов с СДС, заключающийся в том, что после стабилизации состояния, купирования гнойного процесса в ране, пациентов выписываем на амбулаторный этап лечения для подготовки раны к пластическому закрытию и повторно госпитализируем в стационар для выполнения пластического этапа операции. Внедрения этапного подхода к лечению пациентов с СДС позволило сократить длительность стационарного лечения в два раза с 31

койко – дня до 15. Ампутации на уровне бедра выполнены у 49(12.8%) пациентов, малые ампутации у 175(45.6%) пациентов. Всего умерло 12 пациентов, летальность составила 3.1%. Таким образом, лечение пациентов с СДС является многоэтапным, многокомпонентным и требует мультидисциплинарного подхода.

Вывод. Выполнение МЭС позволяет не только применять весь имеющийся лечебно - диагностический комплекс до полного заживления раны, но и экономически выгоден по сравнению с клинично – профильной группой пациентов.

608. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Кузьминов А.М., Фролов С.А.,
Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.,
Богормистров И.С., Черножукова М.О.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ России,
г. Москва

Актуальность: Современные технологии расширили арсенал колопроктологов в лечении свищей прямой кишки. Применение биоматериалов позволяет решить основные задачи лечения: снизить частоту рецидивов и сохранить функцию держания анального сфинктера. Для каждого из методов должны быть строгие показания. Поэтому существует необходимость в рандомизированных исследованиях, сравнивающих различные хирургические подходы, учитывающие не только клинический исход, но и экономическую эффективность каждого метода.

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения свищей прямой кишки.

Материалы и методы: У 6 больных с трансфинктерными свищами (подкожная, поверхностная порции наружного сфинктера) выполнен двухэтапный способ хирургического лечения с применением фибринового клея (приоритетная справка №2015108359/14(013330) от 11.03.2015г.). Первый этап – кюретаж свищевого хода радиочастотной абляцией, программированная санация раневого канала в течение 5 дней, второй этап – пломбировка раневого канала фибриновым клеем. Возраст пациентов от 32 до 60 лет. Средняя медиана наблюдения составила 10 месяцев. **Результаты:** Применения модифицированной техники с применением фибринового клея позволило улучшить результаты лечения низких транс-



финктерных свищах прямой кишки, что объясняется более дифференцированным подходом к лечению.

Выводы: накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности применения сфинктерсохраняющих методик лечения свищей прямой кишки.

609. ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ НОВОМОСКОВСКОГО ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ (ЦАХ)

Наумов И.А., Авдовенко А.Л., Коновалов А.С., Климов Д.Е., Глуздаков А.А., Пащенко С.А., Рашидов И.Н.

Тульская область, г.Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» ФГБОУ ВО Ряз. ГМУ

Центр амбулаторной хирургии (ЦАХ) функционирует в Новомосковской городской клинической больнице с 1992 года. История Новомосковского ЦАХ и дневных хирургических стационаров (ДХС) началась в 1984 году, когда в поликлинике № 2 г. Новомосковска был организован дневной стационар для лечения больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. В 1992г. году проведена реорганизация амбулаторной хирургической службы, её объединение в масштабах города, создание и оснащение амбулаторного хирургического отделения, оперблока и ДХС. Важным моментом для эффективного функционирования ЦАХ явилось объединение амбулаторной хирургической службы города и района. Организация ЦАХ в условиях единой поликлинической хирургической службы предоставила возможность использовать в его работе различных специалистов, мощности ДХС, стационара на дому (СНД), диагностической базы круглосуточного стационара и всех поликлиник. Объединение ЦАХ, ДС, СНД в единое функциональное звено, позволило организовать оказание медицинской помощи на всех этапах по принципу «единого лечащего врача». Наряду с традиционными принципами оказания медицинской помощи в поликлиниках стали применяться прогрессивные высокотехнологические методики. Важные условия качественной работы ЦАХ: • Высокая квалификация сотрудников; • Наличие соответствующей задачам материально-технической базы; • Вовлечение в работу всех амбулаторных специалистов хирургического профиля. Цели и задачи ЦАХ: • Улучшение качества медицинской помощи больным

с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях; • снижение уровня госпитализации больных; • уменьшение количества осложнений; • сокращение сроков лечения; • экономия материальных ресурсов. Преимущества амбулаторной хирургической помощи: На основании собственного опыта мы отмечаем следующие преимущества амбулаторной хирургической помощи: • сокращение сроков выполнения плановых операций от момента установления диагноза; • исключение контакта пациентов с внутрибольничной инфекцией; • уменьшение количества осложнений; • сокращение материальных затрат; • сокращение сроков лечения; • возможность лечения пациентов на всех этапах у одного лечащего врача; • взаимоотношения пациента и лечащего врача по принципу эмпатии и конгруэнтности позволяют пациенту психологически спокойно переносить оперативное вмешательство в амбулаторных условиях; • создание условий и возможностей для повышения профессионального уровня врачей и медсестёр ЦАХ. В многопрофильном ЦАХ имеют возможность выполнять операции специалисты различного хирургического профиля: хирурги, урологи, ортопеды-травматологи, онкологи, ЛОР - врачи, офтальмологи, гинекологи. Количество операций варьирует и зависит от количества квалифицированных оперирующих специалистов. Новомосковский ЦАХ представлен объединённой амбулаторной хирургической службой города, ДХС, СНД и оперблоком. Оценка эффективности работы ЦАХ складывается из количественных и качественных результатов работы. Ежегодно в ЦАХ выполняется до 800 операций. Количество операций госпитального реестра (I и II категорий сложности) составляет от 33 до 39%. (в 2015 году – 39,3%). Важнейшим показателем работы ЦАХ является удовлетворённость пациентов. Проведенный опрос 178 пациентов показал, что они отмечают в основном два фактора, влияющие на их выбор в пользу лечения в ЦАХ: доверие известному им специалисту и вера в то, что «дома и стены помогают». Причём опросы показывают, что люди среднего и старшего поколения охотнее соглашались на лечение в ЦАХ. Сотрудники ЦАХ активно занимаются научной работой. Ими подготовлено и опубликовано 49 научных статей и тезисов докладов на хирургических съездах и конференциях различного уровня, защищено две кандидатские диссертации.

Вывод. - ЦАХ с койками дневного стационара и стационара на дому в составе объединённой амбулаторной хирургической службы является оптимальной моделью оказания амбулаторной хирургической помощи; - Стационарозамещающие технологии позволяют больным хирургического профиля получать квалифицированную и специ-



ализированную хирургическую помощь в амбулаторных условиях; - Применение ресурсосберегающих технологий имеет медицинские, социальные и экономические преимущества; - Применение стационарозамещающих технологий позволяет эффективно использовать специалистов различного хирургического профиля.

610. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Красильников Д.М., Зайнуллин И.В., Зефиоров Р.А.,
Абдульянов А.В., Бородин М.А., Имамова А.М.,
Малова И.И.*

Казань

ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет» ГАУЗ

«Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность исследования. Выбор адекватного варианта оперативного пособия в каждом конкретном случае у пациентов с хроническим панкреатитом остается одной из самых сложных проблем в абдоминальной хирургии.

Цель исследования: определить оптимальные варианты хирургических вмешательств у пациентов с хроническим панкреатитом.

Материал и методы. В клинике хирургии №1 ФГБОУ ВО «КГМУ» на базе хирургических отделений ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с 2010 по 2016 гг. подверглись хирургическому лечению 455 пациента с хроническим панкреатитом, осложненным кистами поджелудочной железы, кальцинозом, калькулезом и стриктурами вирсунгова протока, панкреатоплевральным свищом. Возраст больных от 17 до 89 лет, мужчин 396 (87,0%), женщин 59 (13,0%). 321 (72,9%) пациенту выполнены 339 чрескожных операции под УЗ наведением, 134 (27,9%) – традиционные вмешательства. Части пациентов с ложными кистами поджелудочной железы наряду с УЗИ, РКТ, МРТ выполняли контрастную рентгеноскопию-графию желудка, с целью установления возможности формирования цистогастроанастомоза, а при свищах поджелудочной железы и панкреатогенном плеврите фистулографию, плевральные пункции с изучением уровня амилазы в полученном экссудате. Чрескожные операции производились только пациентам с ложными кистами поджелудочной железы. При стриктурах и конкрементах вирсунгова протока (111 – 82,9%), панкреатоплевральных свищах (9 – 6,7%) и главного панкреатического протока (8 –

6,0%), кистозно-фиброзной трансформации головки поджелудочной железы (3 – 2,2%) и аневризме селезеночной артерии (3– 2,2%) выполнялись традиционные операции. Результаты. 312 пациентам с ложными кистами поджелудочной железы, при отсутствии сообщения с вирсунговым протоком, производили чрескожное дренирование. В 18 (5,6%) случаях наступил рецидив, что явилось показанием к повторным дренированиям. В 6 (1,9%) наблюдениях сформировался панкреатический свищ, и пациенты были оперированы традиционно. 9 (2,8%) пациентам с ложной кистой поджелудочной железы сформирован чрескожный компрессионный цистопанкреатогастроанастомоз. В группе пациентов, которым выполнялись лапаротомные вмешательства, в основном производили операцию Puestow (91 – 67,9%) с билиодигестивным (12 – 8,9 %), гастроэнтероанастомозом (7-5,2%). Операция Freya выполнена в 22 (16,4%) наблюдениях. Дистальная резекция поджелудочной железы произведена 19 (14,2%) пациентам с кистозно-фиброзной трансформацией хвоста железы, стриктурами вирсунгова протока, кальцинозом, некрозом железы с образованием панкреатоплеврального свища, аневризмой селезеночной артерии, ПДР - 2 (1,5%). Ранние послеоперационные осложнения возникли у 25 (18,7%) больных, при которых преимущественно выполняли малоинвазивные вмешательства под УЗ наведением, без летальных исходов. Заключение. При ложных кистах поджелудочной железы без гипертонии в вирсунговом протоке выполняются малоинвазивные вмешательства. При структурных изменениях паренхимы железы, конкрементах и стриктурах вирсунгова протока, показаны операции внутреннего дренирования, реже дистальная резекция поджелудочной железы. Панкреатодуоденальная резекция выполняется при злокачественном росте, кольцевидной железе, грубых изменениях её паренхимы, сопровождающихся дуоденальной непроходимостью, билиарной гипертензией.



611. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА SHAVE THERAPY ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН

Малинин А.А., Прядко С.И., Джабаева М.С., Сергеев С.Ю.

Москва

Национальный научно-практический центр
сердечно-сосудистой хирургии имени
А.Н.Бакулева МЗ РФ

Цель: определить клиническую эффективность метода Shave therapy при лечении трофических язв.

Материалы и методы. В Центре было пролечено 28 пациентов с трофическими венозными язвами, связанные с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил $48,9 \pm 8,5$ лет. Из них у 6 пациентов причиной язвы явилась варикозная болезнь, у 2 - венозная ангиодисплазия, а у остальных 20 больных ПТФС. Длительность существования трофических язв составила в среднем $8,2 \pm 3,6$ лет. Длительное лечение и неоднократные рецидивы заболевания. По размерам язвы были от 64 см^2 до 400 см^2 и более. Все пациенты перед использованием метода Shave therapy проходили исследование венозной системы методом УЗДС. При выявлении перед венозной патологии, она устранялась на предварительных этапах лечения. Метод Shave therapy заключался в хирургической обработке поверхности язвы путем послойного срезания грануляционной и келоидной ткани вплоть до неизмененных тканей. На подготовленную поверхность производилась пересадка расщепленного, перфорированного, дерматомного кожного лоскута и фиксация его узловыми швами с состоянием умеренного натяжения. Для улучшения приживления лоскута использовались сетчатые раневые покрытия с лекарственными препаратами.

Результаты. Полное приживление кожного ауто-трансплантата было выявлено у 22 (78,6%), частичный некроз лоскута наблюдался у остальных 6 (21,4%) пациентов, что потребовало дополнительных перевязок. В последующем все трофические язвы удалось полностью эпителизировать. Наблюдение за состоянием конечности проводилось в течение 5 лет. Частичный рецидив трофической язвы был выявлен у 2 (7,1%), лечение которых продолжалось консервативно.

Выводы: Длительное существование трофической язвы приводит к образованию, грануляционных фиброзных и келоидных тканей, с хроническим воспалением, что не позволяет провести полно-

ценное заживление язвы консервативным способом. Даже после эпителизации таких язв развиваются рецидивы, обусловленные оставшимися измененными тканями. Метод Shave therapy позволяет провести одномоментное удаление всех патологических тканей язвы и выполнить пластику дефекта дерматомным кожным лоскутом, что делает минимальным риск развития её рецидива.

612. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Красильников Д.М., Миннуллин М.М.,
Зайнуллин И.В., Зефирова Р.А., Абдульянов А.В.,
Имамова А.М., Малова И.И.*

Казань

ФГБОУ ВО «Казанский государственный
медицинский университет» ГАУЗ

«Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность исследования. Своевременная диагностика и выполнение оптимальной операции у пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью (ОТКН) являются одной из нерешенных проблем в urgentной хирургии. Это обусловлено неуклонным ростом числа больных с данной патологией, поздним обращением в стационар, диагностическими ошибками на догоспитальном этапе, большим количеством послеоперационных осложнений, высокой летальностью.

Материал и методы исследования. В клинике хирургии №1 ФГБОУ ВО «КГМУ» на базе хирургических отделений ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с 2010 по 2016 гг. оперировано 363 пациента с ОТКН, из них 234 (51,4%) со спаечной непроходимостью, 127 (27,6%) – странгуляционной (113 – 89% ущемленные грыжи, 14 – 11% заворот), 2 (0,5%) – инвагинацией. Реализация диагностической программы начиналась с изучения клинико-объективных и лабораторных данных, УЗИ. Одним из основных методов диагностики ОТКН являются рентгеноконтрастные методы. Наиболее информативной и достоверной считаем, разработанную в нашей клинике, методику эндоскопической катетерной контрастной энтерографии, позволяющей в течение 1 часа достоверно установить уровень и причину непроходимости. У 65 пациентов с целью диагностики выполнена видеолaparоскопия, в 53 наблюдениях диагноз подтвержден, в 31 (47,7%) наблюдении проведен адгезиолизис с устранением непроходимости, 12 (18,5%) – устранение заворота.



Результаты. Восстановление проходимости по желудочно-кишечному тракту, декомпрессия тонкой кишки, её интубация являются обязательными при выполнении оперативного вмешательства. При спаечной кишечной непроходимости и ущемленных вентральных грыжах необходимы тщательный, тотальный висцеролиз, пластика брюшной стенки, преимущественно сетчатым имплантатом. Наряду с этим особенно важным этапом в ходе операции по поводу странгуляционной и спаечной кишечной непроходимости является определение жизнеспособности ущемленной петли кишки. Одним из методов, обладающих высокой специфичностью и чувствительностью, является разработанный нами метод лазерной спектроскопии, который позволяет быстро и точно установить жизнеспособность кишки, определить границу резекции некротизированной петли. В большинстве наблюдений выполняем закрытую назоинтестинальную интубацию, которая снижает кишечную гипертензию, опорожняет неперистальтирующий кишечник, нормализует кровообращение, обеспечивает функционально выгодное положение кишки, способствует раннему восстановлению моторики, осуществлению энтерального питания. При ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости наилучшие результаты отмечены при проведении двухпросветного зонда через гастростому по Ю.М. Дедереру. Именно при таком дренировании минимально число легочных осложнений, появляется возможность длительно сохранять зонд в просвете тонкой кишки. У пациентов со спаечной кишечной непроходимостью необходимость в резекции кишки возникла у 81 (34,6%), при ущемленной вентральной грыжи 34 (30,1%). Высокие показатели возникновения некроза тонкой кишки у наших пациентов объясняются тем, что большинство из них доставлены в клинику по линии санитарной авиации на поздних сроках, прошедших с момента заболевания. Летальность составила 11,6% и напрямую зависела от сроков поступления в стационар, возраста и наличия сопутствующих заболеваний.

Заключение. Ранняя диагностика и своевременная, адекватная операция у больных с ОТКН определяют результаты хирургического лечения пациентов с данной патологией. В этом важное значение должно придаваться применению современной программы комплексной диагностики и методов хирургического лечения, включая видеолапароскопию, всех видов стимуляции кишечника, интенсивную консервативную терапию в послеоперационном периоде.

613. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СОСТОЯНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Лищенко В.В. (1,2), Зайцев Д.А. (1,2), Хохлов А.В. (1), Попов В.И. (1), Яковлева Н.Г.(1)

Санкт-Петербург

1) ФГБУ ВЦЭРМ МЧС России 2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Спонтанный пневмоторакс (СП) – синдром, характеризующийся коллапсом легкого, связанный с самыми разнообразными заболеваниями. Нередко, СП манифестируют такие «недоброкачественные» заболевания, как лейомиоматоз, ангиолейомиоматоз и другие. То есть, в XXI веке должно быть совершенно очевидно, что достойным ему объемом диагностических и лечебных процедур является не только рентгенологическое подтверждение коллапса легкого и скорейшее его расправление. Этот анахронизм не могут преодолеть ни старые, ни новые редакции разнообразных стандартов и национальных клинических рекомендаций, во главу угла в которых поставлено именно это – скорейшее расправление легкого. В XXI веке необходимо стремиться к быстрейшему выяснению причины возникновения т.н. СП, гистологической верификации диагноза с целью назначения заместительной терапии при начальных формах буллезной эмфиземы у молодых людей – основной причины СП; назначении по возможности патогенетической терапии при диссеминированных процессах в легких и т.д. Наше сообщение основано на 115 случаях поступления в порядке скорой помощи пациентов с т.н. спонтанным пневмотораксом. Всем пациентам при необходимости дренирования плевральной полости (ПП) выполнялась торакоскопия (ТС), как элемент дренирования. Эта процедура выполняется полностью под местной анестезией, подчеркиваем – во время «штатного» дренирования ПП, занимает она не более 3-4 минут времени, практически дренажной трубке в ПП предпосылается оптический инструмент. Отличаясь малой инвазивностью, простотой, не требующей каких-либо материальных расходов, такая ТС обладает высочайшей информативностью. Так, необходимость оперативного лечения при СП у молодых людей стала очевидной в первые секунды торакоскопии/дренирования у 111 из 115 (97%). В последующем, мы не были озадачены ни продолжающимся «сбросом» воздуха по дренажу, ни степенью коллапса легкого, поскольку пациенты немедленно вносились в плановые опе-



рациональные списки на 2-3 сутки после поступления в стационар. Однако, к расправлению легкого в этот период все же следует стремиться, практически только с целью выполнения компьютерной томографии (КТ) на расправленном легком. Эта информация необходима для определения необходимого объема резекции (некоторые буллы в спавшемся состоянии не визуализируются при ТС, особенно располагающиеся в задних отделах - у 20 % пациентов), а также для оценки противоположного легкого. Эти изменения были выявлены у 40% поступивших с диагнозом СП. Это послужило поводом предложить им оперативное лечение, не дожидаясь возникновения пневмоторакса. Согласились на такой вариант лечения (через 6 месяцев после выписки) 26 пациентов, причем 19 из них просто настоятельно потребовали госпитализации и операции. КТ представляется нам также, совершенно необходимым исследованием, поскольку она позволяет диагностировать «невидимую» на обычных рентгенограммах инфильтрацию легочной паренхимы, особенно после длительного (более 2 недель) коллапса легкого. Это заставило отложить планируемую операцию на 3-4 дня, необходимых для разрешения этой патологии. У 4 (3%) пациентов из 115 поступивших с диагнозом СП, как правило, немолодого возраста выявлено массивное буллезное поражение обоих легких, не позволяющее провести адекватное резекционное лечение. Им была выполнена индукция плевродеза через дренаж. Таким образом, современный алгоритм диагностики и лечения пациентов с т.н. СП, по нашему мнению должен предусматривать ТС во время дренирования ПП под м/а с последующей КТ и операцией (резекцией буллезных образований, индукция плевродеза) – в ближайшее время. Дальнейшее «ведение» больных осуществляется на основе данных КТ, торакоскопии и гистологического исследования.

614. РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО РЕГИОНАРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Михайлов И.П., Исаев Г.А., Бондаренко А.Н.,
Лавренов В.Н., Ефименко П.М.*

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Цель. Оценить эффективность регионарного интраоперационного тромболизиса в лечении больных с острой ишемией нижних конечностей и тромбозе дистального артериального русла. Ма-

териалы и методы. В исследование вошло 135 пациентов, находившихся на лечении в отделении неотложной сосудистой хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2012 по 2015 годы. В первую группу вошло 89 пациентов, которым выполнялась открытая реваскуляризирующая операция на артериях конечностей, во вторую группу вошло 36 пациентов, при лечении которых открытая реваскуляризирующая операция дополнялась интраоперационным тромболизисом. У всех пациентов была угрожающая ишемия конечностей 2А-2В степени (по классификации И.И. Затевахина), связанная с тромбозом или эмболией магистральных артерий конечностей, тромбозом аневризм подколенных артерий. Сроки острой ишемии конечности во всех случаях были от 24 часов до 14 суток. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование артерий. Артериография была выполнена 67 пациентам. У пациентов с угрожающей ишемией конечностей, при обследовании которых был верифицирован диагноз «эмболия», ангиография не проводилась. Результаты. Все пациенты были оперированы в экстренном порядке. Пациентам из первой группы были выполнены эмболэктомии из магистральных артерий – в 46 случаях, тромбэндартерэктомии – в 25 случаях, у 6 пациентов - бедренно-подколенное шунтирование, у 12 больных – резекция аневризмы подколенной артерии с ее протезированием. У больных из второй группы в 7 случаях была выполнена резекция аневризмы подколенной артерии с протезированием, в 12 случаях - тромбэндартерэктомия из бедренной или подколенной артерии с пластикой заплатой, у 17 пациентов – тромбэмболэктомия из артерий конечностей. У всех больных из обеих групп интраоперационно после механической тромбэктомии катетером Фогарти из дистального артериального русла отмечалось отсутствие ретроградного кровотока. Для проведения интраоперационного тромболизиса использовался препарат «урокиназа медак» в дозе 500 тыс. ЕД. Урокиназу вводили в дистальное артериальное русло. Затем на артерии накладывались сосудистые зажимы, обеспечивалась экспозиция в течение 30 минут, и только после этого выполнялся окончательный шов артерии. В группе оперированных больных без использования интраоперационного тромболизиса удалось восстановить полную проходимость артерии у 45% больных, а сохранить конечность в 71% случаев. В группе пациентов, где операция дополнялась интраоперационным тромболизисом восстановить проходимость сосуда удалось в 61,6% случаях, и сохранить конечность у 83,3% больных. Выводы. Результаты исследования показали, что регионарная интраоперационная тромболитическая терапия является эффективным дополнительным методом реваскуля-



ризации у пациентов с острой ишемией конечностей, при наличии тромбоза дистального артериального русла.

615. КЛАССИФИКАЦИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ - ДИСКУССИЯ

Кисляков В.А.(1,2), Зурнаджьяц В.А.(3), Юсупов И.А.(3)

Москва, Астрахань

ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова (1),
ГБУЗ ГКБ№13 ДЗМ (2), г. Москва, ГБОУ ВПО
АГМУ(3), г. Астрахань, РФ.

Как известно, в возникновении гнойно-некротических поражений синдрома диабетической стопы (СДС) играют роль ряд факторов риска и комплекс разных причин. В настоящее время возникла необходимость в классификации, которая позволила бы определить грани консервативной терапии, необходимости активной сберегающей хирургической тактики и ортопедической коррекции. Авторами наиболее часто используется классификация СДС F.W. Wagner (1979), модификации В.К.Гостищева (1999), М.Д. Дибирова, (2004, 2006). Кроме того, рекомендуют учитывать ряд важных клинических признаков В.М. Бенсман (2010), В.Б. Бреговский с соавт., (2004). W.J. Jeffcoate (1993), O.A.Samson, 2001 тоже предлагают клинические классификации.

Цель: предложить клиническую классификацию язвенных и гнойно-некротических поражений синдрома диабетической стопы.

Материал и методы: ретроспективно и проспективно выполнен анализ историй болезней 1200 пациентов с первичными поражениями и 400 с рецидивами. Результаты и обсуждение: Мы с учетом, мнений предыдущих авторов, но с нашими дополнениями предлагаем свой взгляд на эту проблему: А. Клинические формы СДС после первичного хирургического лечения: 1. Нейропатическая форма: 1.1. без остеоартропатии; 1.2. с остеоартропатией - "сустав Шарко". 2. Нейроишемическая форма: 2.1 с превалирующей ишемией; 2.2 с превалирующей полинейропатией. Б. Характеристика по глубине поражения: 1 степень поражения - поражение собственно кожи (поверхностная язва с/без признаков инфицирования, панариции: паронихия, кожный, подногтевой); 2 степень поражения - поражение подкожной клетчатки (гнойно-некротическая рана или инфицированная глубокая язва, возможны участки некроза, но без вовлечения в

процесс сустава или костной ткани; на дне может быть подкожно-жировая клетчатка, сухожилия, капсула сустава; подкожный панариций, мозольный абсцесс, подкожный абсцесс любой локализации на стопе, целлюлит); 3 степень поражения - поражение поверхностной фасции (гнойная рана с поражением фасции; гнойный тендовагинит, тенонит, абсцесс, фасциит, некротический фасциит, эпифасциальная флегмона); 4 степень поражения - поражение мышц и глубоких фасциальных структур (флегмона: субапоневротическая подошвенная (латерального, медиального и срединного пространств) и тыльная; пяточной области, надпяточной области. Некротическая флегмона. Мионекроз. Панфлегмона. Флегмона стопы (культы стопы) с распространением на голень; 5 степень поражения - поражение костей и суставов (диабетическая остеоартропатия – сустав (стопа) Шарко; остеомиелит любых костей стопы (культы стопы); а также осложненные параоссальной флегмоной; 6 степень поражения - гангрена: сухая, влажная; некроз пальца (краевой, акральный), пандактилит, гангрена стопы и голени). В. По клиническому течению: первичное поражение, рецидив. Г. Степень ишемии определяем по I. Fontaine и А. В.Покровскому, с учетом ЛПИ и индексов пульсации и резистентности; при возможности с определением транскутанного напряжения кислорода. Д. Клинические проявления дистальной полинейропатии (ДПН) определяли с использованием рекомендаций Г.Р. Галстяна (2005). Например, формулируем диагноз: Сахарный диабет 2 тип, тяжелое течение, декомпенсированный. Диабетическая стопа, нейропатическая форма, без остеоартропатии. Первичный рецидив. 5 степень поражения. ДПН N3. **Заключение:** предлагаемая нами классификация язвенных и гнойно-некротических поражений еще далеко до совершенства, но мы считаем, что она может быть использована в клинической практике.

616. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНЕСТЕЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кисляков В.А.(1,2), Оболенский В.Н.(1,2), Зурнаджьяц В.А.(3)

Москва, Астрахань
ГБУЗ ГКБ №13 ДЗМ(1), РНИМУ
им. Н. И. Пирогова(2), АГМУ(3)

Актуальность: Выбор метода анестезии у пациентов с деструктивными поражениями при синдроме



диабетической стопы очень важен. Эта категория пациентов помимо декомпенсированного сахарного диабета имеет тяжелую сопутствующую патологию, обуславливающую рост летальности при комплексном лечении.

Цель: Выбор адекватного метода анестезии у пациентов с рецидивами деструктивных поражений при синдроме диабетической стопы (РДП СДС).
Материал и методы: Выполнен индивидуальный подход к методу анестезии с анализом течения послеоперационного периода у 180 пациентов РДП СДС (64 с нейроишемической формой СДС и 116 с нейропатической формой СДС). Метод анестезии выбирали с учетом тяжести состояния пациента, локализации процесса и характера инфекции, вида и длительности операции. При выполнении ампутаций на уровне бедра и голени применялась спинномозговая или перидуральная анестезия у 63(35%) больных, которая имеет ряд преимуществ, как в техническом, так и финансовом плане: требуется минимальное количество доступного анестетика, менее выражены метаболические расстройства, более глубокий уровень анестезии, отказ от применения в премедикации наркотиков, эффективный контроль ЧСС, АД, ЧДД. Кроме того, после операции не изменялся режим питания. Спинномозговая или перидуральная анестезия даёт возможность проводить операции у больных с высоким анестезиологическим риском. В случае, если предполагается выполнение оперативного вмешательства не только на стопе, но и на голени – применяли анестезию седалищного нерва задним доступом: 35 (19,4%) пациентов. Для выполнения операций на стопе производили «голеностопный блок»: у 82 (45,6%) больных. Достаточно 50-60 мл 1% лидокаина (значительный эффект получен от анестетика пролонгированного действия - 0,5 – 1% раствор ропивакаина (наропина)). Проблема обезболивания после оперативных вмешательств на нижних конечностях является необычайно актуальной в связи с тем, что из-за защитной реакции на стресс и операционную травму болевая афферентация превращается в самостоятельный симптом-комплекс. С целью обеспечения регионарной анестезии, после сочетанных операций на голени и стопе, применяли способ внутрикостной анестезии после реваскуляризирующей органосохраняющей операции (патент №2393806 от 10 июля 2010 г.). В области бугристости большеберцовой кости создавали тоннель, в котором фиксировали катетер. Дважды в сутки вводился анестетик (кроме того, применяли антибиотики, антикоагулянты, иммуномодулятор). Потенцирование анестезии обеспечивалось внутримышечным ведением ненаркотических анальгетиков и транквилизаторов. Способ применен у 28(15,6%) больных. Результаты и обсуждение: Пациенты рано активизировались

после операции, не было отмечено нарушения дыхания. В первые часы могли принимать пищу. Не было резких колебаний уровня глюкозы в крови, уровня артериального давления. Не требовалось применения интенсивной инсулинотерапии в послеоперационном периоде. Послеоперационный период протекал гладко.

Заключение: Применение разных видов проводниковой анестезии является вариантом выбора в хирургическом лечении РДП СДС. Послеоперационная регионарная анестезия создает условия для благоприятного течения послеоперационного периода.

617. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВANOИДНОЙ ФРАКЦИЕЙ ПРИ ИНТРАНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ III СТЕПЕНИ

Хитарьян А.Г., Алибеков А.З., Ковалев С.А., Ромодан Н.А., Бурдаков И.Ю.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Хронический геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний. В структуре всех колопроктологических заболеваний хронический геморрой составляет 34-41%. В доступной литературе количество сообщений, об использовании малоинвазивных методов лечения, в т.ч. интранодальной лазерной коагуляции (ИНЛК) при хроническом внутреннем геморрое в последнее десятилетие увеличилось. Однако следует согласиться, что к настоящему времени объем и техника оперативного вмешательства, применение комплекса мероприятий по профилактике осложнений в зоне вмешательства после малоинвазивных методов лечения является предметом дискуссии и далек от окончательного разрешения.

Цель работы: улучшение результатов ИНЛК геморроидальных узлов у больных хроническим геморроем III степени.

Материалы и методы. В исследование было включено 86 пациентов с хроническим геморроем 3 степени, находившихся на лечении в центре амбулаторной проктологии НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Ростов-Гл. ОАО «РЖД». Все больные были разделены на 2 группы сопоставимые по полу, возрасту, сопутствующей патологии, а также по стадиям заболевания. Так, I



группу составили 44 пациента лечение которых проводили без предоперационной подготовки, тогда как II группу составили 42 пациента у которых за 3 недели до оперативного вмешательства проводилась подготовка препаратом Детралекс в дозировке 500 мг 2 раза день, а также проводилось трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) с доплеровским картированием для определения характера кровенаполнения геморроидальных узлов. Непосредственно перед выполнением ИНЛК, больным обеих групп также проводилось ТРУЗИ. ИНЛК геморроидальных узлов выполняли отечественным лазером «Полис» с длиной волны 980нм, мощностью 6 Вт и, сразу выше зубчатой линии вводили 2-3 мл раствора анестетика, после чего, трансмукозно над зубчатой линией во внутренний геморроидальный узел вводили радиальный лазерный световод Radial Elves Painless (Biolitec AG, Германия), в режиме лазерного воздействия таким образом, чтоб установить всю радиальную рабочую часть световода в просвет геморроидального узла. Затем осуществляли лазерную коагуляцию энергией 80-140 Дж, по данным индикатора лазера в зависимости от объема и консистенции геморроидального узла. Критерием достаточности воздействия считали появления клинических признаков карбонизации - повышения задымленности в месте стояния световода, нарастание звука выпаривания тканей, появление первых неприятных тепловых ощущений у пациента. Хорошим результатом считалось полное исчезновение основных симптомов заболевания – выпадения узлов и кровотечений. Удовлетворительным – значительное уменьшение выраженности основных симптомов, т. е. существенное снижение частоты и интенсивности кровотечений, уменьшение степени выпадения геморроидальных узлов. При сохранении выраженности любого из основных симптомов геморроя на прежнем уровне результат лечения считался неудовлетворительным.

Результаты. Из 42 пациентов II группы за 3 недели до выполнения ИНЛК геморроидальных узлов, анализ результатов ТРУЗИ с доплеровским картированием выявил сниженное кровенаполнение геморроидальных узлов с признаками развития соединительнотканых элементов у 37 (88,1%) больных, тогда как у оставшихся 5 (11,9%) пациентов кровенаполнение геморроидальных узлов было нормальным. Все больные II группы принимали препарат Детралекс 500 мг 2 раза в день в течение 3-х недель. Непосредственно перед ИНЛК геморроидальных узлов всем больным I группы выполнено ТРУЗИ, которое выявило сниженное кровенаполнение у 38 (86,4%) больных, тогда как нормальное кровенаполнение геморроидальных узлов - у 6 (13,6%) пациентов. Указанные данные статистически не отличались от показателей кро-

венаполнения во II группе до начала приема препарата Детралекс. Пациентам II группы спустя 3 недели, перед оперативным вмешательством было выполнено повторное ТРУЗИ, при котором сниженное кровенаполнение выявлено у 20 (47,6%) больных (что на 40,5% меньше чем перед приемом препарата Детралекс), тогда как нормальное кровенаполнение выявлено у 22 (52,4%). Данные послеоперационного обследования через 1 месяц у пациентов I группы выявили наличие хороших и удовлетворительных результатов в 29 (65,9%) случаях, тогда как у пациентов II группы – в 39 (92,8%) случаях.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что применение у больных хроническим геморроем III стадии микронизированной очищенной флаваноидной фракции (препарат Детралекс) в суточной дозировке 1000 мг, позволяет достоверно увеличить степень кровенаполнения геморроидальных узлов, что достоверно увеличивает процент хороших и удовлетворительных результатов ИНЛК геморроидальных узлов.

618. РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ

Плаксин С.А., Фаршатова Л.И.

Пермь

Пермский государственный медицинский
университет им. ак.Е.А.Вагнера

Адекватное и своевременное лечение экссудативных плевритов требует ранней, точной диагностики причины скопления жидкости в плевральной полости. Наиболее достоверно определить этиологию выпота позволяет осмотр плевральной полости и получение гистологического материала измененной плевры. Целью работы явилась оценка диагностических возможностей видеоторакоскопии в определении причины плевральных выпотов различной этиологии.

Материалы и методы. Видеоторакоскопия (ВТС) была проведена 244 больным, находившимся в торакальном отделении Пермской краевой клинической больницы за последние три года, по поводу плевральных выпотов не ясной этиологии. Средний возраст пациентов равнялся 52,9±14,6 лет. Показания к ВТС возникали, если стандартные рентгеновское, ультразвуковое исследование, диагностическая плевральная пункция с анализом экссудата, не давали достоверных данных. Операцию выполняли под эндобронхиальным нарко-



зом. Осмотр плевральной полости завершали по-либиопсией плевры.

Результаты и обсуждение. Злокачественный плевральный выпот обнаружен у 110 больных (45,1%), плеврит воспалительного генеза выявлен в 93 случаях (38,1%), не воспалительные плевриты имели место в 18 случаях (7,4 %). Из воспалительных плевритов 38 были специфической, туберкулезной этиологии. Более редко встретились панкреатогенные плевриты - 15 человек (6,1%) и транссудаты (кардиогенные, гепатогенные, нефрогенные) - 8 пациентов (3,3%). Характерные высыпания на плевре в виде белесоватых или желтоватых бугорков обнаружены у 86 человек (78,2%) со злокачественными выпотами. У 7 пациентов (6,4%) при гистологическом анализе плевры выявлено только продуктивное воспаление. Биопсия плевры в наиболее измененных областях позволила распознать карциноматоз плевры в 103 случаях (93,6%). У 7 пациентов (6,4%) без высыпаний на плевре, но с подтвержденным гистологически при бронхоскопии бронхиальным раком, имел место параканкрозный, воспалительный плеврит. Источник метастазов в плевру чаще всего располагался в молочной железе (31 случай), легком (29 случаев), яичниках (11 случаев). Неясной первичной локализацией железистого рака осталась у 20 человек. В 84 случаях (76,4%) видеоторакоскопия завершилась проведением плевродеза путем распыления талька в плевральной полости (73 человека - 86,9%), или марочным нанесением на париетальную и висцеральную плевру трихлоруксусной кислоты (11 человек – 13,1%) для стойкого купирования экссудации. При гистологическом исследовании плевры у больных с воспалительными экссудативными плевритами в 35 (37,6%) случаях обнаружено фибринозно-гнойное воспаление, в 20 случаях (21,5%) – неспецифическое продуктивное воспаление, в 38 случаях (40,9%) – специфические, туберкулезные изменения плевры. Причем специфические высыпания встретились только у половины пациентов с туберкулезным плевритом. Интраоперационный плевродез выполнен 7 пациентам (7,5%), из них 5 больным – стерильным тальком и 2 – трихлоруксусной кислотой. В группе не воспалительных выпотов гистологическое исследование плевры показало признаки фибринозно-гнойного (38,9%) и фибринозного (44,4%) воспаления, обусловленного посттравматическим плевритом (13), фрагментированным послеоперационным плевритом (3) и послеоперационным хилотораксом (2). Трём больным биопсия плевры не выполнялась. Интраоперационный плевродез тальком выполнен двум пациентам по поводу рецидивирующего посттравматического плеврита, плевродез трихлоруксусной кислотой был проведен также двум пациентам для купирования фраг-

ментированного послеоперационного плеврита и послеоперационного хилоторакса. При панкреатогенном, ферментативном плеврите у 15 больных в плевре также обнаружены признаки неспецифического фибринозного или продуктивного воспаления. Девяти из них с успехом применен плевродез тальком (6) и трихлоруксусной кислотой (3). Из 7 пациентов с транссудатами различной природы плевродез проведен четырьмя. В целом точная причина плеврального выпота была установлена благодаря осмотру плевральной полости и гистологическому исследованию биоптатов плевры в 97,1% случаев.

Выводы. Видеоторакоскопия с биопсией плевры является методом выбора для дифференциальной диагностики плевральных выпотов различной этиологии при неэффективности клинической, лабораторной, рентгеновской диагностики и диагностической плевральной пункции с точностью 97,1%. Интраоперационный химический плевродез инсуфляцией талька или марочным нанесением трихлоруксусной кислоты позволяет эффективно купировать экссудацию при злокачественных и резистентных к терапии воспалительных, невоспалительных плевритах и транссудатах.

619. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАНДАРТНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ПЛАЗМИДЫ С ГЕНОМ VEGF165 У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СРОКИ ДО 5 ЛЕТ

Червяков Ю.В., Староверов И.Н., Власенко О.Н.

Ярославль

ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность: В России отмечается самый высокий показатель ампутаций при атеросклеротической патологии артерий нижних конечностей. Он составляет около 500 ампутаций на 1 млн. трудоспособного населения. Ежегодно около 40 тысяч пациентов подвергается ампутации нижних конечностей вследствие развития критической ишемии. В РФ нет официальных статистических данных по заболеваемости хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК), но по данным ангиологов, оно присутствует у 1,5 млн. человек (Савельев В.С., Кошкин В.М., 2005). До 80% пациентов, которые обращаются к амбулаторному хирургу, имеют IIБ степень ХИНК по классификации А.В. Покровско-Фонтейна (дистанция безболевого ходьбы (ДБХ)



менее 200м). В этой стадии заболевания еще нет показаний для хирургического лечения, но качество жизни больных страдает за счет значительного снижения двигательной активности, ухудшения возможности самообслуживания. Назначение стандартной консервативной терапии способствует замедлению прогрессирования заболевания, но мало влияет на двигательную активность пациентов. Использование генной терапии при ХИНК IIБ степени рекомендовано "Национальными рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий" (2013). **Цель:** Сравнить результаты стандартной сосудистой терапии и комплексного лечения с использованием препарата на основе плазмиды с геном VEGF165 в лечении больных с IIБ степенью ХИНК по классификации А.В. Покровского-Фонтейна в сроки от 3 до 5 лет.

Материал и методы: С 2009 по 2015 годы на базе двух лечебных учреждений (ГБУЗ ЯО "Областная клиническая больница", отделение сосудистой хирургии; ООО Медицинский центр "Диагностики и профилактики плюс", амбулаторное отделение) проводилось консервативное лечение и наблюдение за 73 больными с ХИНК II Б степени. Все исследуемые получали стандартную консервативную терапию согласно "Национальным рекомендациям." (2010). Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе применяли только стандартную консервативную терапию. Во второй группе, кроме стандартного консервативного лечения, производилось двукратное введение геннотерапевтической конструкции 1,2 мг в мышцы ишемизированной конечности согласно инструкции по препарату. Первая группа 36 пациентов. Средний возраст составил 65,8±6,2 лет. Вторая группа 37 больных, средний возраст 63,5±10,2 лет. Основные критерии эффективности: выживаемость больных, сохранность конечности, дистанция безболезненной ходьбы измеряемая на тредмил-тесте. Дополнительные критерии: измерение линейной скорости кровотока (ЛСК) и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) при УЗИ артерий голени. Обследование проводилось перед включением в исследование, через 1 год и затем ежегодно. У пациентов I группы, умеренное улучшение за 5 лет отмечено лишь в 1 случае (3%) - ДБХ увеличилась на 100 м от исходного. У 12 пациентов (33%) зафиксирован удовлетворительный результат без какой-либо динамики, ДБХ осталась на том же уровне, что и при включении в исследование. В 10 наблюдениях (28%) отмечено снижение ДБХ на 50-100%, что можно расценивать как умеренное ухудшение. Значительное ухудшение в клиническом течении отмечено у 4 пациентов (11%), у которых к концу исследования была зарегистрирована III степень ХИНК со средним значением ДБХ менее 20 м, бо-

лями в ноге в покое. Неудовлетворительных результатов при стандартном лечении получено 25% (1 ампутация и 8 летальных исходов от различных причин). У пациентов II группы в 22 наблюдениях отмечено снижение степени хронической ишемии, что составило 59% и расценивается нами как значительное улучшение. Из них I степень ХИНК зарегистрирована у 4 человек (ДБХ свыше 1000 метров), у 18 пациентов отмечена II А степень ХИНК (ДБХ от 200 до 1000 м). Умеренное улучшение отмечено у 3 пациентов (8%) с увеличением ДБХ на 50-100%, составив при этом менее 200 м. В 16% наблюдений (5 пациентов) зафиксирован удовлетворительный результат лечения с сохранением той же степени ХИНК, что и при включении в исследование, без динамики по ДБХ. В одном наблюдении (2,5%) отмечено значительное ухудшение - увеличение ишемии до III степени. Еще в одном случае у пациента с тяжелой формой сахарного диабета 2 типа возникла гангрена стопы с последующей ампутацией конечности, это расценено как неудовлетворительный результат. В итоге, неудовлетворительный результат лечения, с учетом умерших больных, составил 16% (1 ампутация и 5 летальных исходов).

Выводы: У больных с IIБ степенью ХИНК использование препарата на основе плазмиды с геном VEGF165 в составе комплексного лечения значительно влияет на увеличение среднего значения ДБХ (до 500%) ($p=0,007$). У большей части больных (67%), отмечено значительное и умеренное улучшение, в то время, как при стандартном лечении аналогичный результат получен только в 3% наблюдений. Изменения ЛПИ и ЛСК в сторону увеличения их значений также были достоверны при использовании генной терапии. При стандартном лечении значимой динамики по этим показателям не отмечено. Достоверного различия по выживаемости ($p\leq 0,07$) и сохранности конечностей при IIБ степени ХИНК между группами не отмечено.

620. РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Казаков Ю.И., Иванова О.В.

Тверь

ГБУЗ Областная клиническая больница

Роль комплексного обследования пациентов с патологической деформацией внутренней сонной



артерии при определении показаний к оперативному вмешательству. В структуре смертности цереброваскулярный инсульт занимает второе место и является основной причиной инвалидизации населения. Патологическая деформация внутренних сонных артерий (ПДВСА) занимает второе место среди причин развития хронической сосудисто-мозговой недостаточности и ишемического инсульта после атеросклеротического поражения. В общей популяции встречаемость ПД ВСА составляет от 12 % до 43%. Часто проблематично оценить тяжесть клинических проявлений нарушения мозговой гемодинамики до возникновения неврологических катастроф, таких как ТИА и ОНМК. Важной задачей, встающей перед врачом, является своевременное выявление и определение показаний к хирургической коррекции ПД ВСА с учетом рисков возможных осложнений. Самым распространенным методом в исследовании патологической деформации внутренних сонных артерий остается ультразвуковое дуплексное сканирование, позволяющее визуализировать ПД ВСА, а так же установить перепады гемодинамики в области деформации. Однако, остается дискуссионным вопрос том, что считать гемодинамически значимым перепадом, а так же о точках измерения ЛКС в патологической деформации. В последние годы появились работы, указывающие на необходимость проведения более современных методов исследования, позволяющих более детально визуализировать саму деформацию, а так же оценить состояние мозгового кровотока и функциональное состояние ткани головного мозга. В связи с вышеуказанным цель исследования: определить роль дополнительных методов обследования в диагностическом алгоритме определяющем показания к оперативному лечению. Материал и методы исследования: Изучены результаты обследования 88 пациентов с ПД ВСА, находившихся на лечении в кардиохирургическом отделении №2 ГБУЗ ОКБ г. Тверь, которым произведены реконструктивные операции. Пациентам выполнялось УЗДС БЦА, КТ-ангиография БЦА и перфузионная КТ головного мозга. Тяжесть ХСМН оценивалась по разработанной нами шкале, основанной на анализе клинических проявлений, когнитивного статуса и качества жизни пациентов. Результаты: По данным УЗДС наиболее значимые изменения мозговой гемодинамики имеют место при ПД ВСА типа койлинг (ЛСК при входе в череп снижается на 25% ниже нормативных значений) – что является показанием к оперативному лечению. Однако только данные УЗДС не позволяют достоверно оценить тяжесть ХСМН. Для объективизации тяжести клинических проявлений нами разработана бальная шкала, затем доказано, что она дает возможность комплексно оценить тя-

жесть ХСМН с учетом общей и очаговой неврологической симптоматики, нарушения когнитивных функций, качества жизни, психического и физического компонентов здоровья. По ее результатам при показателях до 4 баллов регистрируются легкие нарушения, при 5-8 баллов нарушения средней тяжести, 8 и более - тяжелые. КТ-ангиографическое исследование дало возможность уточнить анатомо-топографические особенности ПД, а так же выявить наличие микроаневризм, что необходимо хирургу для планирования оперативного лечения, оценки вероятности возможных интра- и постоперационных осложнений и выбора метода реконструкции. Перфузионная компьютерная томография позволяет оценить степень нарушения гемодинамики ГМ в зависимости от степени нарушения мозговых функций, наиболее значимым является показатель церебрального кровотока (СВФ). Степень его симметричности важна при определении показаний к оперативному лечению пациентов с III степенью ХСМН. У пациентов с IV степенью ПКТ ГМ выявляет зоны ишемического поражения. Так же немаловажно, что при данном обследовании возможно получить данные о состоянии Виллизиевого круга, его особенностях строения. На основании разработанной шкалы тяжести СМН и показателей перфузии ГМ нами разработан диагностический алгоритм определения показаний к оперативному лечению, на основании которого выполнено 104 операции у 88 пациентов. Доказана эффективность реконструктивных операций в профилактике и лечении сосудисто-мозговой недостаточности. Оперативное лечение на основе разработанного алгоритма позволяет добиться хороших результатов с регрессом клинической симптоматики у пациентов с III степенью ХСМН у 80%, без значимых осложнений и является хорошим методом профилактики ОНМК. Выводы. Ультразвуковое дуплексное сканирование является хорошим методом визуализации ПДВСА, однако не может дать полной информации о тяжести нарушения мозговой гемодинамики при данной патологии. Диагностический алгоритм с использованием современных методов визуализации (КТ ангиография БЦА) и оценки мозговой перфузии (ПКТ ГМ) позволил оптимизировать показания к оперативному лечению пациентов с ПДВСА, что особенно актуально для пациентов с 3 степенью ХСМН. Результаты исследования доказывают высокую клиническую эффективность оперативного лечения пациентов с патологической деформацией ВСА.



621. ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Галимов О.В., Филиппова О.С., Ханов В.О.,
Сагитдинов Р.Р.

Уфа

Башкирский госмедуниверситет, г.Уфа

В настоящее время современная медицинская наука все чаще сталкивается с наличием гинекологических заболеваний, требующих хирургической коррекции на фоне ожирения. На базе клиники хирургических болезней и новых технологий ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ проведено проспективное когортное исследование охватившее 102 наблюдения за период с 2011 по 2015 год. По материалам Клиники БГМУ доля пациенток с избыточной массой тела и ожирением в структуре больных гинекологического профиля составляет 31,5%, причем в последние годы эта цифра имеет тенденцию к увеличению. В зависимости от методики выполнения гинекологического вмешательства, пациентки с избыточной массой и ожирением разделились на группы: - 40 оперированных лапароскопически по стандартной методике; - 18 лапароскопически по методике единого доступа; - 44 пациенток оперированных лапаротомным и мини-доступом. Характер выполненных хирургических операций у больных основной и контрольной групп в целом не отличался. У всех пациенток изучены ближайшие и отдаленные результаты гинекологических вмешательств и у 37 из них проведена оценка качества жизни пациентов после операций. Анализ полученных результатов хирургического лечения больных с гинекологической патологией на фоне ожирения показывает, что лапароскопические вмешательства не приводят к повышению степени хирургической агрессии, о чем свидетельствует умеренное напряжение нейроэндокринного ответа и быстрое восстановление физиологических функций организма. Для них характерна ранняя активизация больных и быстрое восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Обоснованные лапароскопические вмешательства благодаря своим преимуществам обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность. При изучении качества жизни по результатам анкетирования опросником SF-36, нами отмечено, что в раннем послеоперационном периоде до 3 мес наблюдается снижение качества жизни в сравнении с дооперационными показателями, при этом качество жизни женщин, опери-

рованных миниинвазивным способом, оставалось более высоким. Спустя 12 месяцев показатели качества жизни в сравниваемых группах приблизились друг к другу, однако необходимо отметить, что в I группе они были лучше. Выбор метода доступа достоверно коррелировал ($R = -0,31$ $p = 0,0051$) с физическим компонентом качества жизни, корреляции с ментальным компонентом не выявлялось. Это объяснимо тем, что на фоне радикально выполненной операции ментальный компонент качества жизни не определялся однозначно состоянием здоровья пациенток, он зависел от их социального статуса, личностных характеристик. То обстоятельство, что в раннем послеоперационном периоде качества жизни женщин после лапароскопических операций улучшается значительно быстрее, на протяжении промежутка времени до 3 мес, говорит о существенных преимуществах эндовидеохирургических технологий лечения заболеваний органов малого таза.

622. ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ И СТОПЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сергеев Н.А.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Цель исследования. Выяснение роли низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в консервативном лечении трофических язв (ТЯ) голени и стопы у больных с хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей (VI класс по CEAP).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 126 больных с венозными ТЯ голени и стопы. У 44 пациентов группы сравнения в процессе консервативного лечения ТЯ применялись флеботропные препараты, эластическое бинтование нижних конечностей и мажевые повязки. У 82 больных основной группы наряду с этим использовалось НИЛИ. Первоначальная площадь ТЯ у пациентов основной группы колебалась от 0,3 до 44,0 см² ($8,12 \pm 1,22$), а у больных группы сравнения – от 0,3 до 47,0 см² ($8,14 \pm 0,96$). У всех пациентов в динамике применялись дуплексное флебоангиосканирование, планиметрические (определение площади и скорости эпителизации ТЯ), цитологические и бактериологические методы исследования. Лазеротерапия ТЯ проводилась во время перевязок по ранее разработанным



нами методикам (Способ лечения трофических язв гелий-неоновым лазером. Патент на изобретение №2171699 от 10.08.2001. Способ лечения трофических язв и длительно незаживающих ран. Патент на изобретение №2231377 от 27.06.2004.). В работе использовались терапевтические лазерные аппараты: АФДЛ-1, Скаляр-1/40 и Улан-БЛ-20. При этом применялось излучение гелий-неонового лазера, инфракрасное и комбинированное лазерное излучение.

Результаты. В результате проведенного консервативного лечения у всех 126 больных наступило полное заживление ТЯ нижних конечностей. Средняя скорость эпителизации язвенных дефектов у пациентов основной группы составила $0,26 \pm 0,03$ см²/сутки, а средняя продолжительность лечения до полной эпителизации язвенной поверхности – $36,44 \pm 2,57$ суток. У больных группы сравнения средняя скорость эпителизации составила $0,16 \pm 0,02$ см²/сутки, а средняя продолжительность лечения – $46,43 \pm 4,39$ суток ($p < 0,05$).

Заключение. Очевидно, что НИЛИ способствует улучшению результатов лечения венозных ТЯ голени и стопы, о чем свидетельствуют достоверное увеличение скорости эпителизации язвенных дефектов и сокращение сроков лечения больных с ХВН нижних конечностей (VI класс по СЕАР).

623. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АНТИБИОТИ-РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Шляпников С.А., Насер Н.Р.

Санкт-Петербург.

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

Введение. Вопросы изучения современного состояния уровня антибиотикорезистентности наиболее значимых возбудителей внебольничной интраабдоминальной хирургической инфекции и оптимизация антибактериальной терапии не теряют своей актуальности, несмотря на существенный прогресс в медицине. Отмечающееся повсеместное нарастание антибиотикорезистентности возбудителей различных видов инфекций, в том числе и внебольничных приводит к увеличению числа неадекватной эмпирически назначенной антимикробной терапии. Неадекватная антибактериальная терапия играет весьма значимую отрицательную роль, ухудшая результаты лечения и повышая риск неблагоприятного исхода. Так, неправильный

выбор антибиотиков почти в 2 раза ухудшает результаты лечения абдоминального сепсиса.

Цель исследования: анализ современного состояния антибиотикорезистентности возбудителей осложненных форм (осложненных перфорацией и развитием перитонита) внебольничных интраабдоминальных инфекций с целью оптимизации эмпирической антибактериальной терапии.

Методы и материалы. Анализ результатов микробиологического исследования интраоперационного материала (содержимое брюшной полости - 72 образца), полученного от пациентов с осложненными формами аппендицита и холецистита, перфоративными язвами желудка и ДПК, находившихся на лечении в НИИ СП в 2016г.

Результаты и их обсуждение. Проанализировав результаты микробиологического исследования было в очередной раз показано, что основным возбудителем внебольничных интраабдоминальных инфекций являются представители семейства энтеробактерий и лидерство сохраняет кишечная палочка (*E.coli*), энтерококки. Настораживающим моментом явился то факт, что 40% штаммов кишечной палочки оказались продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) (т.е. устойчивыми ко всем цефалоспорином 3 поколения) и, примерно, в том же проценте резистентными ко фторхинолонам (30% устойчивых штаммов) и аминогликозидам (40% устойчивых штаммов). Исходя из того, что число случаев осложненной внебольничной интраабдоминальной хирургической инфекции в стационаре превышает число положительных результатов посевов примерно в 5 раз (микробиологическое исследование не выполнялось или были получены отрицательные результаты) можно предположить, что и число БЛРС-продуцентов меньше 40%. Последнее заключение однако не позволяет менее настороженно относиться к проблеме антибиотикорезистентности внебольничных инфекций. Более того, осложненное течение интраабдоминальной хирургической инфекции, особенно осложненной сепсисом, требует как можно более раннего назначения адекватной антибактериальной терапии, а адекватной ее можно считать только в случае эффективного действия на возможных антибиотикорезистентных возбудителей, БЛРС-продуцентов в случае интраабдоминальных инфекций.

Заключение: оптимизация лечения больных с неотложной хирургической инфекционно-воспалительной патологией требует в своем комплексе особого внимания к повышению адекватности назначаемой антибактериальной терапии, к учету современного состояния антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных интраабдоминальных инфекций, в частности высокой доли продуцентов БЛРС среди энтеробактерий. Учи-



тая, что все положительные результаты высева были в случае осложненных форм интраабдоминальных инфекций – именно эта категория пациентов требует особого внимания в отношении необходимости применения антимикробных препаратов, активных в отношении антибиотикорезистентных штаммов энтеробактерий.

624. ДВАДЦАТИЧЕТЫРЁХЛЕТНИЙ ОПЫТ КРАТКОСРОЧНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Фёдоров И.В., Сигал Е.И.

Казань

Казанская государственная медицинская академия

За последние 24 года, с осени 1993г., в Казанском Центре обучения новым технологиям прошли переподготовку 5130 врачей нескольких хирургических специальностей по различным направлениям эндоскопической и малоинвазивной хирургии. Изначально работа Центра была основана на нескольких принципах: 1. Обучение должно быть краткосрочным (1-2 недели, не более) и интенсивным (8-9 часов работы ежедневно). 2. Количество курсантов группе не должно превышать 5-6 человек. 3. В основу обучения положена ежедневная работа в операционной – ассистенции и присутствие на хирургических вмешательствах. 4. Преподаватели должны обладать собственным практическим опытом в данной области знаний. Кроме того, они должны иметь возможность организовать поток тематических больных в операционной для обучения курсантов «из рук в руки». Именно уровень владения новыми технологиями, а не учёная степень и формальная должность преподавателя в медицинском ВУЗе имеет первостепенное значение для эффективного обучения врачей. Казанский Центр обучения был создан в 1993 году. Первоначально - для краткосрочной переподготовки врачей на цикле «Эндоскопическая хирургия» продолжительностью две недели. В настоящее время мы проводим 16 разноименных циклов по нескольким врачебным специальностям, использующим эндовидеохирургию: хирургия общая, торакальная, сосудистая, пластическая, урология, акушерство-гинекология, оториноларингология, травматология-ортопедия. Организация и проведение всех этих циклов изначально находится в рамках Центра обучения, что обусловлено единой эндохирургической тренажёрной базой, общностью приборов и инструментов, при-

меняемых для видеоскопических операций в разных специальностях. Программа каждого цикла включает в себя работу в операционной, на тренажёрах, лекции, семинары и клинические обходы больных. Врачи обеспечены тематической литературой и видеофильмами. Желательно, чтобы авторами данных материалов были преподаватели Центра. Наибольшей популярностью на протяжении всех 24 лет пользуются циклы «Эндоскопическая хирургия» и «Эндохирургия в гинекологии». За последние 6-8 лет существенно возрос интерес к таким направлениям малоинвазивной хирургии, как гистероректоскопия, эндоурология, оперативная торакоскопия, артроскопия, эндоскопическая риносинусохирургия. Ежегодное количество обучающихся во многом зависит от уровня благополучия общества в целом. Так, например, «дефолт» 1998 года привёл к почти двухлетнему коллапсу притока курсантов в Центр. Что служит критерием эффективности обучения хирургическим специальностям? На наш взгляд – реализуемость полученных знаний и навыков на практике после прохождения специализации. То есть, если врач после возвращения в своё лечебное учреждение активно использует в своей работе полученные знания и навыки, значит учёба была эффективной. Другой важный момент – частота и тяжесть осложнений, которые не должны после прохождения специализации превышать известный среднестатистический уровень. Много в медицинском сообществе дискуссий вызывает продолжительность обучения новым технологиям в хирургических специальностях. На наш взгляд, не срок специализации, а её насыщенность и содержательность определяют окончательный итог дела. Не менее важна мотивация – как для педагога, так и для обучаемого. Мы считаем, что для врача, имеющего достаточный общехирургический опыт, двухнедельной переподготовки вполне достаточно для освоения новой технологии. Это первичная переподготовка по эндоскопической хирургии и гинекологии, гистерорезектоскопии, риносинусохирургии, артроскопии и др. При этом курс обучения не должен включать в себя фундаментальные аспекты хирургической специальности, изучаемые на продолжительных сертификационных циклах. Более того, для продолженного обучения и освоения опытным врачом 1-2 новых операций достаточно пятидневного срока интенсивной переподготовки. Выводы: 1. Краткосрочное обучение весьма эффективно в подготовке врачей хирургических специальностей новым технологиям. 2. Краткосрочное обучение позволяет за небольшой временной промежуток провести переподготовку значительного числа врачей согласно современным требованиям здравоохранения. 3. Эффективность обучения определяется реализуемостью полученных знаний и



навыков на практике после прохождения специализации.

625. 22-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИИ МИНИДОСТУПА В БАШКОРТОСТАНЕ

*Тимербулатов В.М.(1), Гарипов Р.М.(1),
Авзалетдинов А.М.(1), Сибаяева М.Л.(1),
Тимербулатов М.В.(1), Трофимов В.А.(2),
Нажипов Р.Д.(2)*

Уфа, 2) Месягутово

ГБУЗ МЗ РБ Больница скорой медицинской помощи г. Уфы;(1), ГБУЗ МЗ РБ Городская клиническая больница №21 г. Уфы (1), Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ» (1), ГБУЗ МЗ РБ «Месягутовская ЦРБ»(2)

Актуальность исследования. На сегодняшний день уровень оказания специализированной хирургической помощи оценивается внедрением в практику неинвазивных и минимально инвазивных технологий.

Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов лечения патологии органов брюшной и грудной полостей с использованием минилапаротомной (МЛ) и миниторакотомной (МТ) технологий в Республике Башкортостан за 22 года.

Материалы и методы. В настоящее время минидоступ в абдоминальной и торакальной хирургии, гинекологии в Республике Башкортостан внедрен во всех лечебных учреждениях. Проведен анализ оперативного лечения 63 674 больных с различной патологией органов брюшной и грудной полостей, гинекологии через минидоступ в Республике. Наибольшее количество операций через минидоступ произведено при желчнокаменной болезни и ее осложнениях. Из 59 562 холецистэктомий, в том числе у детей с 4 до 14 лет, 58% составляют больные, поступившие в плановом порядке и 42% - в экстренном. У 3224 больных оперативное вмешательство выполнено при холедохолитиазе, осложненного механической желтухой или без нее, в 742 случае произведена холедоходуоденостомия. Объем оперативных вмешательств зависел от наличия и степени поражения желчевыводящих путей и заключался в холецистэктомии, холедохолитотомии, интраоперационной холангиографии и холедохоскопии, двойном дренировании гепатикохоледоха, наложении билиодигестивных анастомозов, устранении билио-билиарных и билиодигестивных свищей. В 151 случае успешно использовано сочетание двух малоинвазивных

технологий – лапароскопической и минидоступа при остром деструктивном холецистите с развитием перивезикулярных осложнений и развитием разлитого и общего перитонита. Минидоступ нами использован в 612 случаях при устранении осложнений при выполнении эндохирургических операций на желчевыводящих путях: остановка кровотечения и желчеистечения, восстановление повреждений гепатикохоледоха, вскрытие и дренирование подпеченочных абсцессов. Процент конверсий при использовании минидоступа в билиарной хирургии составил 0,3. Интра- и послеоперационные осложнения оперативных вмешательств на желчевыводящих путях из минидоступа наблюдались у 572 (0,9%) больного: краевое повреждение гепатикохоледоха – у 42 больных; кровотечение из пузырьной артерии – у 154; кровотечение из ложа желчного пузыря – у 142; подпеченочный абсцесс – у 103; нагноение и инфильтраты ран передней брюшной стенки – у 59; желчеистечение из культы пузырного протока и ложа – у 75 больного. Послеоперационная летальность составила 0,29% (171 больной). Причиной летальности явились прогрессирование печеночной и полиорганной недостаточности, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии. Оперативное лечение заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишок через минидоступ оказано 670 больным: резекция желудка – 131; иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой -153; гастроэнтеростомия – 66; гастростомия – 52; пилоропластика при стенозах -72; эндоскопически ассистированные операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (операция Тейлора+ пилоропластика)- 38; резекция толстой кишки (лапароскопическая мобилизация + наложение анастомоза и удаление препарата через минидоступ) – 158 больным. Впервые в медицинской практике разработана и внедрена техника оперативных вмешательств минидоступом - фундопликация по Ниссену и Дору при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (у 178 больных), пластика грыжевых ворот при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы – крурорафия, пластика сетчатым трансплантатом (у 86 больных). Минидоступ в хирургии поджелудочной железы: ревизия и дренирование сальниковой сумки при остром деструктивном панкреатите – 306; программированные санации сальниковой сумки, секвестректомии, парапанкреатических клетчаточных пространств – 674; цистоюеностомия -48 больным. Минидоступ в гинекологии: удаление кист и параовариальных опухолей у (в том числе у детей) – 243 больных; пластика маточных труб при трубной беременности и разрывах – 63; консервативная миомэктомия – 189; ампутация матки – 144;



экстерпация матки- 53. Необходимо отметить, технология оперирования через минидоступ позволяет исключить воздействие коагуляционной травмы на придатки матки при использовании лапароскопической техники, что крайне важно для женщин фертильного возраста и детей, наложить восстановительные прецизионные швы на маточную трубу. Миниторакотомический доступ с 2001 года успешно внедрен в практику отделения толстокишечной хирургии Клиники БГМУ. Минидоступ с видеоподдержкой использован при резекции легкого у 615 больных, удалении опухолей и кист средостения - 148 больных.

Заключение. Открытые операции из минидоступа – простой и надежный способ оперативных вмешательств с минимальной операционной травмой, когда другие методики щадящего хирургического лечения, такие как эндохирургические, пункционные противопоказаны или их невозможно использовать в лечебном учреждении по различным причинам. МЛ операции предоставляющие хирургу больший оперативный простор, не требующие специальных навыков позволяли выполнять адекватное оперативное пособие при различных заболеваниях органов брюшной полости. Учитывая использование МЛ при наличии ряда осложненного течения патологий желчевыводящих путей процент конверсий составил всего 0,3%. Представленный материал показывает, что на сегодняшний день ВЛ и МЛ технологии сосуществуют на вполне конкурентной основе.

626. ПОВТОРНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Бомбизо В.А., Устинов Д.Н., Булдаков П.Н.,
Аверкина А.А., Бердинских А.Ю.,
Берстенников А.В, Удовиченко А.В.*

Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой
медицинской помощи»

Введение. Острый панкреатит, особенно его тяжелые формы, является угрожающим заболеванием органов брюшной полости, занимающим лидирующие позиции в клиниках неотложной хирургии [1, 2, 4]. В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом с увеличением количества деструктивных осложнений. Стабильно высокой остается летальность при остром панкреатите - 20-45%, достигающая 80% при развитии инфекционных осложнений [2, 3, 5].

Поражение ткани поджелудочной железы и окружающей забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе зачастую требует многократных оперативных вмешательств [1, 2, 3, 5].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом с использованием повторных малоинвазивных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Во 2-ом хирургическом отделении Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи г.Барнаула в период с 2011 по 2016 гг. находились на лечении 446 пациентов с панкреонекрозом. Возраст пациентов колебался от 18 до 89 лет, из них лица трудоспособного возраста 316 (70,9%) пациентов. Мужчин было 266 (59,6%), женщин – 180 (40,4%). При оценке тяжести состояния пациентов по интегральной шкале SOFA: от 0 до 3 баллов - 189 (42,4%), от 4 до 7 баллов - 146 (32,7%), от 8 до 11 баллов - 75 (16,8%) и свыше 12 баллов - 36 (8,1%). По характеру процесса среди представленных пациентов 244 (54,7%) было со стерильными формами панкреатита, а 202 (45,3%) – с инфицированными. В виду распространенности патологического процесса в забрюшинной клетчатке, а также в период асептической секвестрации и в случаях инфицирования, 175 пациентов были подвергнуты повторным хирургическим вмешательствам. Показания к повторным операциям определялись по общепринятым критериям: данные УЗИ, МСКТ (либо МРТ) и клиническая картина. Всего было выполнено 449 повторных операции. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от способа повторных вмешательств. В I группу (n=42) вошли пациенты в лечении которых использовались повторные малоинвазивные вмешательства, а во II группу (n=101) вошли больные оперированные повторно только традиционными «открытыми» методами (лапаротомный и люмботомный доступ). В III группу (n=32) были включены пациенты, в лечении которых был использован комбинированный подход при повторных операциях: применялись как малоинвазивные, так и «открытые» традиционные хирургические вмешательства на различных этапах лечения. Все группы были сопоставимы между собой и статистически значимых различий не выявлено. Пациентам I группы было выполнено 124 повторных операций: санационная видеооментобурсоскопия - 51, лапароскопическая некрсеквестрэктомия - 33, санационная видеоретроперитонеоскопия - 11, лапароскопическое вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) - 21, а также чрескожное дренирование абсцессов под УЗИ и РТВ контролем - 8. Повторные традиционные вмешательства у пациентов II группы были следующими (всего: 223 операции): санационная релапаротомия - 63, этапная некрсеквестрэкто-



мия - 71, вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) - 89. Спектр повторных вмешательств у больных III группы был представлен следующими операциями (всего - 152) – малоинвазивные (69): санационная видеооментобурсоскопия - 22, лапароскопическая некрсеквестрэктомия - 19, санационная ретроперитонеоскопия - 5, лапароскопическое вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) - 13, а также чрескожное дренирование абсцессов под УЗ и РТВ контролем - 10; и «открытые» вмешательства (83): – санационная релапаротомия - 41, вскрытие и дренирование абсцессов (флегмон) забрюшинной клетчатки - 20, этапные некрсеквестрэктомии - 22. В послеоперационном периоде при наличии полиорганной недостаточности и ввиду тяжести основного заболевания большая часть пациентов подвергнутых повторным вмешательствам находилась на лечение в отделении реанимации. Среднее пребывание пациента I группы в отделении реанимации составило 4,2 дня, II группы – 11,6 дня, а III группы – 12,0. Средний койко-день в I группе составил 40,3 дня, во II группе – 47,3 дня, а в III – 40,6 дня. Летальность в первой группе составила 7,1%, во второй – 39,6%, а в третьей – 43,8%.

Результаты. При анализе непосредственных результатов лечения нами было отмечено более благоприятное течение послеоперационного периода у пациентов первой группы в сравнении с пациентами второй: сокращение длительности пребывания в реанимационном отделении на 7,4 дня (более чем в 2,7 раза), уменьшение нахождения пациентов в стационаре на 7,0 койко-дня. Результаты лечения (летальность) больных третьей группы близки к показателям зафиксированным во второй, но по длительности стационарного лечения превосходят их (укорочение койко-дня на 6,7). Выводы: 1. Количество повторных вмешательств по программе не зависит от вида первичного хирургического вмешательства. 2. Малоинвазивные хирургические вмешательства с использованием видеоэндохирургических технологий в сочетании с динамической компьютерной томографией позволяют проводить визуальный контроль за течением патологического процесса в забрюшинной клетчатке и поджелудочной железе с нанесением минимальной операционной травмы. 3. Применение повторных малоинвазивных операций улучшает результаты лечения больных острым панкреатитом, за счет значительного снижения летальности, уменьшения длительности стационарного лечения и сокращения реабилитационного периода.

627. ТАКТИКА ХИРУРГИИ ПРИ НЕИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ В УСЛОВИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ОТГРАНИЧИТЕЛЬНОГО БАРЬЕРА

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Магомедов М.М., Абдурашидов Г.А.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Введение. Проводимая в настоящее время интенсивная, комплексная терапия, во многих случаях, способствует формированию отграничительного тканевого барьера. Механизм данного процесса до конца не раскрыт, однако имеются данные, разъясняющие формирование тканевой демаркации за счет отдельных очаговых внесосудистых отложений фибрина и лейкоцитарной инфильтрации.

Цель исследования. Определить эффективность хирургического лечения тотального неинфицированного панкреонекроза в условиях формирования тканевого отграничительного барьера.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 46 пациентов с неинфицированным панкреонекрозом. Мужчин 25/(54,3%), женщин 21(45,7 %). Средний возраст -44,3 года. Сроки поступления в клинику с момента развития панкреонекроза-96,17 суток. В 33(71,7 %) наблюдениях до поступления в клинику было проведено лапароскопическое направленное дренирование брюшной полости, в 27(58,7 %) - декомпрессия билиарного тракта (БТ) путем формирования холецистостомы. Всем пациентам выполнены клинические и биохимические исследования: УЗИ органов брюшной полости, МСКТ, МРТ, гастроскопия, холецистохолангиография (пациентам с холецистостомой). В 21 (43,4%) наблюдениях выполнена холецистэктомия, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы (ПЖ) и сальниковой сумки; в 11 (23,9 %) холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, дренирование ложа ПЖ и сальниковой сумки; в 9 (19,5 %) холецистэктомия, секвестрэктомия, продольный панкреатоюно-анастомоз по типу Partington-RoChelle, в 5(13,2 %) холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, продольный панкреатоюно-анастомоз по типу Partington-RoChelle.

Результаты. Умеренное интраоперационное кровотечение из ложа ПЖ отмечено у 2 (4,3 %) пациентов. В послеоперационном периоде в 1(2,2 %)



наблюдении отмечена острая спаечная тонкокишечная непроходимость. В ближайшие и отдаленные сроки летальных исходов не отмечены. Нарушение углеводного обмена имеет место в 19(41,3 %) наблюдениях. Все пациенты получают нутритивную поддержку (Берламин-модуляр, кreon). Заключение Современная интенсивная терапия, проводимая во всех случаях панкреонекроза нередко оказывается эффективной. В эту группу больных входят и случаи с локализацией деструктивного процесса ПЖ путем формирования отграничительного барьера. Такой вариант течения процесса является более приемлемым для проведения радикального хирургического лечения с благоприятным клиническим исходом.

628. РЕЗЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Алиев М.А., Меджидов Р.Т., Абдурашидова Г.А.

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»

Введение. В последние годы широко проводятся резекции и трансплантация печени при очаговых ее поражениях. Данные вмешательства возможны при наличии подготовленных хирургов-гепатологов, обеспечении операционной высокими резекционными технологиями и организации адекватной интенсивной терапии. В хирургической гепатологии уже апробируются такие резекционные технологии, как: ультразвуковые диссекторы и деструкторы-аспираторы, система микроволновой абляции Valleylab, система гемостаза LigaSure, плазменный и лазерные скальпели, и др.

Цель исследования. Дать сравнительный анализ результатом использования различных резекционных технологий при проведении радикальных оперативных вмешательствах на печени по поводу ее очаговых поражений.

Материалы и методы. За последние 5 лет нами выполнено 99 резекций печени по поводу очаговых ее поражений. Опухолевый процесс имелся в 49 (50,5 %). Из них гепатоцеллюлярная карцинома отмечена в 6 (12,3 %) случаях, холангиоцеллюлярная карцинома хиллярной локализаций - в 4 (8,1%), кавернозная гемангиома - в 12 (24,5 %), метастатический рак печени - в 27 (55,1%) наблюдениях. В остальных 49(49,5 %) случаях имелся эхинококкоз печени. Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 3 (2,3%) наблюдениях, левосторонняя - в 32 (31,4 %), атипичные резекции - в 60 (62,9%), ща-

дьящая хиатальная резекция печени - в 4 (3,4%). В зависимости от использованной резекционной технологии все пациенты распределены на две группы. Основная группа (55 пациента), где при резекции печени были использованы электрохирургический нож (для рассечения глиссоновой капсулы), ультразвуковой деструктор-аспиратор (для вовапаризации паренхимы печени) и ультразвуковой диссектор (для пересечения интрапаренхиматозных трубчатых структур). Контрольная группа (44 пациента), где при резекции были применены электрохирургический нож, механическое разрушение паренхимы печени по линии резекции и LigaSure. Для оценки послеоперационных осложнений применялась классификация по Dindo-Clavien. Осложнения оценивали в течении 60 дней после операции.

Результаты и обсуждение. В основной группе больных медиана кровопотери составила 125 (100:150) мл, в контрольной 200 (150:250) мл (р

629. ПРОФИЛАКТИКА БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФИСТУЛ ПОСЛЕ ГПДР

*Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Гасанов А.Г.,
Хабибулаева З.Р.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»

Введение. Фатальными местными послеоперационными осложнениями после ГПДР являются послеоперационный панкреатит, несостоятельность билио- и панкреатодигестивных анастомозов, при которых, нередко, формируются билиопанкреатические фистулы. Для ликвидации последних зачастую выполняются повторные операции и во многих случаях прибегают к удалению оставшейся ткани поджелудочной железы.

Цель исследования. Оценить эффективность формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах в профилактике билио панкреатического фистулы.

Материалы и методы. Подвергнуты анализу результаты применения резекционных технологий у 163 больных с патологией поджелудочной железы (ПЖ). Опухолевый процесс имелся у 140(85,9%) пациентов: периапулярный рак-129(92,1 %), рак тела ПЖ-6(4,4 %), рак хвоста ПЖ-5(3,5%). Кистозные образования ПЖ диагностированы у 11(6,8 %) пациентов: непаразитарные кистозные образования -7, эхинококковая киста-4. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки



ПЖ -12(7,3%). ГПДР проведена 148(90.8%) пациентам, центральная резекция ПЖ-6(3,7%) пациентам, дистальная резекция ПЖ -9(5,5%) больным. Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа, были распределены на две группы: основная группа(80 пациентов), которым билио-и панкреатодигестивные анастомозы были сформированы на «каркасных» дренажах и контрольная (83 пациента), которым вышеуказанная методика не была использована.

Результаты и их обсуждение. Медиана длительности операции ГПДР в группах сравнения достоверно не отличались.

630. ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ, ПОД УЗ-НАВИГАЦИЕЙ

*Меджидов Р.Т., Хабибулаева З.Р.,
Абдурашидов Г.А., Меджидов Ш.Р.,
Меджидова Д.Р.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»

Введение. В последние годы активно обсуждаются вопросы лечения эхинококкоза печени в миниинвазивном варианте. Широкому внедрению данного способа лечения эхинококкоза препятствовал тот факт, что при этом высока вероятность обсеменения зародышевыми элементами паразита брюшной полости. Технические разработки последних лет позволили значительно снизить вышеуказанные осложнения миниинвазивных вмешательств, но они полностью не исключают возможность попадания зародышевых элементов в свободную брюшную полость. Однако при рецидивном эхинококкозе имеются благоприятные условия для проведения перкутанного дренирования кист под УЗ-навигацией, за счет наличия адгезивного процесса вокруг печени.

Цель исследования. Оценка эффективности перкутанного дренирования рецидивных эхинококковых кист печени под УЗ-навигацией.

Материалы и методы. Изучены результаты перкутанной пункции и дренирования рецидивных кист печени под УЗ-навигацией у 54 пациентов. Возраст пациентов составил от 27 до 83 лет. Рецидив в правой доле отмечен в 26(48,1 %) наблюдениях, в левой – 22(40,7 %), в обеих долях печени – 6 (11,2%) случаях. Размеры кист колебались от 6,0 до 13 см. Всем пациентам проводили комплекс

клинических и инструментальных исследований. Все перкутанные вмешательства выполняли в условиях операционной под местной анестезией. При пункции и дренировании кисты обязательными условиями были: обход крупнотрубчатых структур печени, аспирация гидатидной жидкости, обработка полости гипертоническим раствором хлорида натрия, удаление хитиновой оболочки, контроль полноты удаления хитиновой оболочки, оставление в остаточной полости дренажа. Для пункции, удаления хитиновой оболочки и дренирования использовали комплекс игла-катетер и расширители пункционного канала 12—14 F. В послеоперационном периоде проводились промывания полости гипертоническим раствором хлорида натрия и химиотерапия альбендозолом. Результаты и обсуждение. Техническая реализация способа достигнута у 93,1 % пациентов. В 3-х наблюдениях на этапе удаления хитиновой оболочки возникли технические сложности и зародышевые элементы паразита были удалены из мини доступа. Нагноения остаточной полости отмечены в 2,3 % наблюдений. Они излечены дренированием под УЗ-навигацией. Остаточная полость после перкутанной пункции и дренирования определялась в 34,9% наблюдений. В отдаленном периоде остаточную полость наблюдали в 3,5 % наблюдений. Повторный рецидив эхинококковой болезни не отмечен.

Заключение. Перкутанная пункция и дренирование кист при рецидивном эхинококкозе не уступает по эффективности традиционным методам лечения. При данной форме эхинококкоза печени указанная методика является абсолютно безопасной.

631. КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ ОБСТРУКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

*Меджидов Р.Т., Хабибулаева З.Р., Караева А.К.,
Меджидова Д.Р.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный
медицинский университет»

Введение. При механической желтухе определение уровня обструкции билиарного тракта (БТ) имеет важное значение в выборе хирургической тактики. В решении данной задачи исключительное значение имеют лучевые методы диагностики.

Цель исследования. Оценить возможности методов лучевой диагностики в уточнении причин развития механической желтухи, уровня обструкции



БТ и определении хирургической тактики при данной патологии.

Материалы и методы. В исследование согласно критериям отбора были включены 996 пациентов с механической желтухой. УЗИ выполнено всем пациентам, МРТ-783, МСКТ -215 больным.

Результаты. По УЗИ данным проксимальная обструкция БТ была диагностирована в 136 (13,7%) наблюдениях, центральная обструкция БТ имела у 272 (27,3%), дистальная обструкция БТ отмечена у 588 (59,1 %) пациентов. В 216 (21,7 %) наблюдениях имелся сопутствующий холецистолитиаз. При анализе МР томограмм проксимальная обструкция БТ была выявлена у 127 (12,8 %) пациентов. Из них у 23 (18,1%) пациентов доброкачественная стриктура желчных протоков, а у 104 (81,9 %) – опухолевая обструкция БТ. Согласно классификации Bismuth –Corlette тип 1 опухоли выявлен у 14 (13,4%) пациентов, тип 2 – у 17 (16,3%) больных, тип 3 – у 26 (34,6%) больных и тип 4 – у 37 (35,7%) пациентов. В наблюдениях с рубцовой проксимальной обструкцией БТ вариант «+1» по Э.Г. Гальприну имелся у 9 (13,1%) пациентов, «0» – у 11 (47,8 %), «-1» – у 3 (13,1 %) больных. МСКТ в данной группе пациентов проведен в 32 (25,0%) случаях. При этом инвазия сосудов глиссоновых ворот печени отмечена в 11 (34,3 %) наблюдениях. Из 104 пациентов проксимальной опухолевой обструкцией БТ радикально оперирована 22 (21,2%) В остальных 82 (78,8%) наблюдениях проведена ЧЧХС. Во всех случаях доброкачественной обструкции БТ проведены реконструктивно-восстановительные операции, направленные на внутреннее отведение желчи. Чувствительность УЗИ в определении проксимальной обструкции БТ составило 94,9 %, МРТ – 98,7%. Полученные при МСКТ данные по инвазии сосудов совпали с интраоперационными данными в 86,0 % наблюдениях. Центральная обструкция БТ по данным лучевых методов диагностики отмечена в 272 наблюдениях. Доброкачественная структура БТ имела в 18 (6,6 %). Показания к радикальной операции были определены в 16,2% наблюдениях. В 103 (44,7%) случаях проведено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование БТ, в 92 (40,3 %) – наружно-внутреннее, а 15% пациентов выписаны как инкурабельных больных на симптоматическое лечение. Дистальная обструкция БТ была определена в 588 (59,1%) наблюдениях. Из них стриктура доброкачественного генеза имела у 92 (15,6%) случаях, в 496 (84,4%) наблюдениях имелись периампулярные опухоли. Резектабельность периампулярной опухоли была определена в 137 (27,4%) случаях. При доброкачественной обструкции БТ выполнены билиодигистивные анастомозы, в 136 наблюдениях опухолевой обструкции БТ – ПДР, в 319 – паллиативные оперативные вмешательства, направленные

на внутреннее отведение желчи, в 9-ЧЧХС, в 28 наблюдениях – холецистостомия. Чувствительность лучевых методов диагностики для определения уровня и характера окклюзий и степени распространенности опухолевого процесса в группе с дистальной обструкцией БТ составила 97,6 %.

Заключение. Наиболее информативными методами диагностики уровня окклюзий БТ являются лучевые методы диагностики. Из них наиболее чувствительным и точным является МРТ.

632. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДИФFUЗНЫХ И ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Бужор П.В., Бужор С.П., Морару В.А., Павлюк Г.В.

Кишинёв, Республика Молдова

Государственный Медицинский Университет
«Н. Тестемицану»

Для выявления заболеваний печени в настоящее время используются практически все известные диагностические методы. Однако, часто даже их сочетание, не даёт реального предоперационного диагноза, а иногда данные по выявлению различных диффузных и очаговых поражений печени весьма противоречивы и эффективность предоперационной диагностики колеблется от 3 до 97 %. (Weimann A. et al. 2002). В клинике обследованы 2053 больных, из них у 206 (10%) диагноз диффузных или очаговых поражений печени был подтверждён при комплексной лапароскопии, а в отдельных случаях с биопсией. Мужчин было 158 (76,7%), женщин – 48 (23,3%). Возраст больных колебался от 20 до 85 лет. Максимальное число больных – 176 (85,4%) приходится на наиболее дееспособную группу населения – 31-60 лет. Особенно прицельно нами анализировались методы обследования, считающиеся наиболее эффективными для постановки диагноза: ультразвуковое исследование, компьютерная томография и лапароскопия с прицельной биопсией при необходимости. Выполнение пункций под контролем рентгенологического исследования и лапароскопии, а также с помощью ультразвукового исследования и компьютерной томографии позволили в значительной степени улучшить результаты и даже включить это исследование в обязательный перечень обследований в предоперационном периоде. Только у 15% больных возможно достоверно исключить присутствие инфекционного агента или контакт с ним в анамнезе. Полученные нами результаты показали точность методов при ультразву-



вуковом исследовании – 48%, при компьютерной томографии – 56% и при лапароскопии с прицельной биопсией – около 75%. Таким образом, только применение комплекса диагностических исследований при диффузных и очаговых поражениях печени в значительной степени помогают в постановке диагноза в предоперационном периоде до 75% случаев и снижает количество диагностических лапаротомий.

633. ОСЛОЖНЕНИЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЙ

*Котельникова Л.П. (1), Федачук А.Н. (2),
Мокина Г.Ю. (2)*

Пермь

1. Пермский государственный медицинский университет им.акад. Е.А.Вагнера
2. Пермская краевая клиническая больница

Операции на надпочечниках с использованием «открытых» и лапароскопических доступов сопровождаются развитием как интра-, как и послеоперационных осложнений в 2,8-13%, что связано с выбором хирургического доступа, морфологией и размерами опухоли надпочечника.

Цель – изучить интра- и послеоперационные осложнения после «открытых» и лапароскопических адrenaлэктомий.

Материалы и методы. За последние 5 лет проведен анализ интраоперационных осложнений и течения раннего послеоперационного периода у 89 больных после адrenaлэктомии по поводу опухолей надпочечников различного генеза. 23 пациентам удаление надпочечника было выполнено «открытым» доступом (1 группа), 66 – лапароскопическим (2 группа). В качестве «открытого» доступа использовали косой разрез вдоль левой реберной дуги (5), торакофренолюмботомию (4), разрез Кохера (4), угловой разрез (4), верхнесрединную лапаротомию (2), торакофренолапаротомию (2), люмботомию (2). На выбор доступа влияли размер опухоли, предполагаемая морфологическая его структура, наличие сопутствующей патологии органов брюшной полости. Интраоперационных осложнений не было. Размер опухолей, удаленных «открытым» способом, колебался от 5 см до 14 см, в среднем составил $9,12 \pm 5,2$ см. Ранний послеоперационный период у большинства пациентов протекал без осложнений (82,6%). После использования «открытого» доступа с рассечением диафрагмы и вскрытием плевральной полости преобладали легочно-плевральные осложнения (13%) - экссудативный плеврит (2), дисковидные

ателектазы (1). В 1 случае потребовалась дополнительное лечение: плевральная пункция. У одного пациента (4,3%) диагностировано скопление экссудата в ложе удаленной опухоли, которое было удалено при пункции под контролем УЗИ. В раннем послеоперационном периоде у одной пациентки (4,3%) после двусторонней «открытой» адrenaлэктомии по поводу феохромоцитомы и гормононеактивной аденомы развилась клиника надпочечниковой недостаточности, которая была купирована введением преднизолона в течение недели. Во время выполнения лапароскопической адrenaлэктомии было две конверсии (3%) из-за краевого повреждение нижней полой вены в ходе диссекции опухоли и миграции клипсы с культи надпочечниковой вены после уже выполненной адrenaлэктомии. Еще в двух случаях (3%) при мобилизации надпочечника произошло ранение диафрагмы, потребовавшее клипирования раны диафрагмы и дренирования плевральной полости. В обоих случаях конверсия при этом не потребовалась. Трижды использовали гибридную методику адrenaлэктомии - введение левой руки оператора через минилапаротомию при трудностях лапароскопического выделения надпочечника из-под нижней полой вены, что было связано с большим размером образования и впадением надпочечниковой вены в заднюю поверхность нижней полой вены. Размер удаленных опухолей колебался от 1,5 см до 10 см. Препарат извлекали в контейнере через расширенный троакарный доступ. Послеоперационные осложнения в 2-ой группе диагностировали у одного пациента (1,5%), у которого сформировалась гематома объемом около 100 мл в ложе удаленной опухоли, пролеченная консервативно до полного рассасывания. Еще у одной пациентки (1,5%) после лапароскопической адrenaлэктомии по поводу адренокортикального рака надпочечника появились признаки надпочечниковой недостаточности, что потребовало назначения небольших доз глюкокортикоидов.

Выводы. При выполнении адrenaлэктомии «открытым» способом интраоперационных осложнений не было, послеоперационные составили 17,4%, при лапароскопических - 6% и 1,5% соответственно.



634. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ДОСТИЖЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Холостова В.В.

Москва

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова на базе ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова в течение последних 36 лет целенаправленно занимается проблемой лапароскопической диагностики и лечения различных видов кишечной непроходимости. В нашей клинике впервые в России был выполнен адгезиолизис лапароскопическим методом. Разработанные методы исследования позволили нам свести до минимума риск повреждения органов брюшной полости при проведении лапароскопических операций при этом хирургическом заболевании. Материалы и методы. В работе представлен опыт диагностических операций у 378 больных в возрасте от 2 недель до 14 лет с различными формами острой спаечной кишечной непроходимости. Ранняя форма острой спаечной кишечной непроходимости отмечалась у 53 больных (14,02%). Поздняя форма спаечной непроходимости наблюдалась у больных (85,98%). Среди причин, по поводу которых ранее выполнена первичная лапаротомия, преобладал острый аппендицит, воспалительные заболевания и пороки развития кишечника, пищевода, желудка и травматические повреждения паренхиматозных органов. У наших пациентов мы использовали два метода первичного вхождения в брюшную полость в условиях предполагаемого наличия спаечного процесса. В первые годы работы при первичной пункции брюшной полости применялась игла-троакар Gans-Austin (D-3 мм), которую вводили в левой подвздошной области по специально разработанной нами методике. Разделение спаек проводилось при помощи 2-х манипуляторов, введенных через дополнительные троакары. Лапароскоп поддерживался ассистентом, который контролировал ход операции через учебную смотровую приставку. В последующие годы, при внедрении видеоэндоскопии, нами апробирован и широко применяется метод «открытой лапароскопии» с использованием тупоконечного троакара. Результаты лечения. В нашей группе больных с острой спаечной кишечной непроходимостью лапароскопический адгезиолизис был успешным

и явления кишечной обструкции полностью купированы у детей 314 (83,07%) от общего количества детей с кишечной непроходимостью. Осложнения. Во время выполнения лапароскопического вмешательства у одного больного была повреждена толстая кишка при отделении ее от передней брюшной стенки. Ранее ребенок был оперирован по поводу осложненного аппендицита. В послеоперационном периоде у него образовался толстокишечный свищ, который самостоятельно закрылся. Летальных исходов не было. Перспективы развития (уменьшение количества осложнений, связанных с возникновением кишечной непроходимости у детей в раннем и позднем послеоперационных периодах). 1. Стремление к выполнению всех экстренных и плановых операций на органах брюшной полости лапароскопическим доступом. 2. Дальнейшее усовершенствование эндоскопического оборудования и инструментов.

635. ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ СВИЩИ В ИСХОДЕ ПАНКРЕАНЕКРОЗА

Котельникова Л.П.(1), Бурнышев И.Г.(2), Кудрявцев Л.П.(2)

Пермь

1) Пермский государственный медицинский университет им.акад Е.А.Вагнера 2) Пермская краевая клиническая больница

Панкреонекроз в отдаленном периоде в 10-25% приводит к развитию кист и в 7-20% - наружных и внутренних свищей поджелудочной железы, которые требуют дополнительного консервативного и хирургического лечения.

Цель – изучить клинито-топографические особенности свищей поджелудочной железы в исходе панкреанекроза и предложить вариант органосохраняющей операции при полном перерыве главного панкреатического протока.

Материалы и методы. За последние 9 лет в Пермской Краевой клинической больнице находилось на лечение 26 пациентов со свищами поджелудочной железы, 21 из них ранее был неоднократно оперированы по поводу инфицированного панкреанекроза. После хирургического вмешательства у них сформировался наружный панкреатический свищ (ПС), лечение которого начинали с консервативной терапии. У 9 пациентов (34,6%) свищ длительно не закрывался, рецидивировал или трансформировался в смешанный. У 12 пациентов (46,2%) после заживления наружного ПС возникли кисты поджелудочной железы (ПЖ), сообщающи-



еся с протоковой системой. В пяти случаях (19,2%) был диагностирован внутренний ПС. Для изучения топографии ПС использовали фистулографию и КТ органов брюшной полости с контрастированием. Все больные оперированы с учетом локализации свищей и состояния протоковой системы ПЖ.

Результаты. У 9 больных с наружными ПС длительность существования свища колебалась от 1 до 48 месяцев (медиана 8,5 месяцев). Количество отделяемого по свищу варьировало от 50 мл до 1000 мл (медиана 200 мл). Полный наружный ПС с дебитом панкреатического сока от 400 до 1000 мл диагностирован у трех больных, от 100 до 400 мл – у пяти и до 100 мл – у одного. В одном случае сформировался смешанный свищ – панкреатический и толстокишечный. Высокий уровень амилазы (медиана 32700,0) в секрете подтверждал наличие ПС. Масса тела пациентов составила $62,02 \pm 11,9$ кг. Индекс массы тела колебался от 16 до 28 ($20,15 \pm 3,52$), а его медиана была чуть выше нижней границы нормы (18,9). При КТ органов брюшной полости у всех пациентов с наружными ПС обнаружены фиброзные изменения ткани ПЖ. Диаметр главного панкреатического протока (ГПП) колебался от 2 мм до 8 мм, в среднем – $5,09 \pm 2,7$ мм. Дефект его у четырех был обнаружен на уровне перешейка. В трех случаях диагностирована связь наружного ПС с телом ПЖ, а в двух – с хвостом. Чередование участков сужения и расширения найдено у четырех. По результатам фистулографии удалось определить связь наружного ПС с ГПП у пяти пациентов. У 12 пациентов после оперативного лечения ИП сформировались наружные ПС с умеренным дебитом от 50 мл до 500 мл, которые в сроки от 1 до 66 месяцев в результате консервативного лечения закрылись. При КТ брюшной полости у большинства пациентов (80%) отмечено расширение главного панкреатического протока, диаметр которого составил $5,88 \pm 2,37$ мм. У половины обнаружены участки сужения и расширения по его ходу. Кисты диагностированы в области головки (4), тела и хвоста ПЖ (8) диаметром от 2 см до 5 см. Панкреатогенный асцит в результате формирования внутреннего ПС диагностирован при поступлении у пяти больных. Двум из них в связи с подозрением на перитонит выполнена лапароскопия с последующей конверсией, трем – КТ органов брюшной полости, при которой было найдено расширение ГПП до 7-9 мм, его дефект также в области перешейка ПЖ, «цепь озер» по ходу вирсунгова протока и большое количество жидкости в свободной брюшной полости. У шести пациентов (23%) после лечения ИП диагностирован сахарный диабет легкой (2), средней (2) и тяжелой (2) степени. Уровень эластазы кала у 70% пациентов был ниже 250 мкг/г кала. Все больные были оперированы. При наличии наружного ПС и полном

перерыве ГПП в области перешейка или проксимальной части тела ПЖ и сохраненной паренхиме дистального отдела 4 пациентам выполнен концевой дистальный инвагинационный панкреатоеюноанастомоз с выключенной по Ру петель тонкой кишки по оригинальной методике (патент на изобретение № 2014100833/14 от 10.01.2014). Еще восьми наложен продольный панкреатоеюноанастомоз, четырем – цистодигестивные анастомозы. Дистальная резекция поджелудочной железы и спленэктомия произведена в четырех случаях при наличии дефекта ГПП или кисты в хвосте, теле и атрофии дистального сегмента ПЖ. У пациентов с внутренними ПС при интраоперационной ревизии были обнаружены дефекты диаметром 1-2 мм на ГПП. Им был наложен продольный панкреатоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. Послеоперационное осложнение возникло в одном случае (3,8%), летальных исходов не было.

Выводы. При полном перерыве поджелудочной в результате инфицированного паранекроза и сохраненной дистальной ее части у больных с наружными панкреатическими свищами возможно выполнение органосохраняющей операции - концевого дистального инвагинационного панкреатоеюноанастомоза с выключенной по Ру петель тонкой кишки.

636. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Алиев М.А., Биарсланов М.М., Бахмудов А.С., Курбанов Б.М.

Махачкала

ГБУ РД "ГКБ №1"

Введение. Эндоскопические операции становятся стандартом хирургического лечения урологических заболеваний. При этом лапароскопический доступ имеет существенные косметические и экономические преимущества.

Цель исследования: Оценить эффективность проведения оперативных вмешательств в малоинвазивном варианте при патологии мочевыделительной системы.

Материал и методы. В урологическом отделении Городской клинической больницы №1 в период с 2015 по 2016 выполнено 52 эндоскопических (лапароскопические и ретроперитонеоскопические) операций. Из них: 35(67,3%) – лапароскопическое иссечение кисты почки, 3 (5,8%) – ретроперитонеоскопическое иссечение кисты почки, 5(9,6%) –



лапароскопическая нефрэктомия, 3(5,8%)- лапароскопическая пластика пиелоуретрального сегмента, 3(5,8%)- лапароскопическая нефропексия, 1(1,9%)- лапароскопическая пиелолитотомия, 1(1,9%)-лапароскопическая уретеролитотомия, 1(1,9%) – лапароскопическая эхинококкэктомия. Среди пациентов с кистами почки было женщин 27(77%), мужчин 8 (33%). Средний возраст составил 55,2 года. Расположение кисты в верхнем полюсе почки наблюдалась у 20 больных (57%) , в среднем сегменте почки у 6 больных (17%), в нижнем полюсе 7 больных (20%), у 2 больных (6%) кисты располагались парапельвикально. У 19 (54%) больных киста располагалась в правой почке, у 16(46%) - в левой. Размеры кист в наибольшем диаметре варьировалась от 5 до 12 см . Локализация кист определялась с помощью ультразвукового исследования, КТ с контрастным усилением, экскреторной урографией. Сужение пиелоуретрального сегмента почки отмечено у 2 пациентов, слева - у 1. В 3 случаях имела сморщенная нефункционирующая почка, а в 2х - гидронефроз в терминальной стадии. Нефроптоз 3степени имелся у 3 пациентов. Камень правой почки отмечен - у 1 пациента, камень правого мочеточника - у 1 пациента и эхинококковая киста правой почки - 1 пациента.

Результаты. Длительность оперативного вмешательства при кистах почек составила 45+-7 минут. Конверсии доступа во время операции не было. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 30,0+-5,0 мл. послеоперационный койко-день равнялся 4,5 суток. Подтекание мочи по дренажу при пиелопластике отмечено у 1 пациента, которая самостоятельно прекратилось на 4-е сутки. Длительность проведения лапароскопической нефрэктомии в средней составила 2,5 часов.

Заключение. Проведение оперативных вмешательств в малоинвазивном варианте при патологии мочевыделительной системы является высокоэффективным и низким уровнем осложнений методом хирургического лечения.

637. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ – ОПЫТ КЛИНИКИ

Борота А.В., Совпель О.В., Герасименко Е.А., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. ГорькогоКафедра общей хирургии №1

Лапароскопические технологии в абдоминальной хирургии с каждым годом приобретают все большее распространение. В частности, при хирургическом лечении больных с заболеваниями толстой кишки, по данным разных авторов в специализированных колопроктологических клиниках их доля достигает до 90-95%. Основные преимущества данных операций это малый травматизм, прецизионность обращения с тканями, а следовательно: большая полнота лимфодиссекции, анатомичность, меньшая кровопотеря и конечно косметический эффект. Частота возникновения осложнений в открытой хирургии по данным некоторых авторов может достигать 20-25%. Применение лапароскопических технологий помогает снизить частоту возникновения некоторых осложнений, однако влечет за собой возможный риск увеличения других.

Материал и методы. В клинике Общей хирургии №1 ДонНМУ с 2012 по 2016 год лапароскопически ассистированные хирургические вмешательства на толстой кишке произведены 39 пациентам. Показаниями к операции были: колоректальный рак – 31 (79,5%), дивертикулез – 7 (17,9%) и мегадолихоколон – 1 (2,6%). Правосторонняя гемиколонэктомия выполнена 11 пациентам (28,7%), левосторонняя гемиколонэктомия – 13 больным (33,3%), передняя резекция прямой кишки – 7 (18,0%), колонэктомия – 2 (5,1%), брюшно-промежностная экстирпация – 2 (5,1%), брюшно-анальная резекция – 3 (7,7%), наданальная резекция – 1 (2,6%). Продолжительность операций варьировала от 110 до 355 минут, количество койко-дней от 5 до 18 суток. Обсуждение результатов. Проанализировав результат лечения описанной группы больных нами было выявлено следующее. Летальных случаев после лапароскопически ассистированных операций не было. Выявленные осложнения можно разделить на 2 группы. «Малые» осложнения отмечены у 3 пациентов (7,7%) – это были инфекционно-воспалительные изменения в ране. Данные осложнения не требовали повторных операций, а были купированы применением традиционных



мероприятий по уходу за раной. У 2 больных (5,1%) было отмечено возникновение «Больших» осложнений. К данным осложнениям мы отнесли те состояния, которые потребовали выполнения повторного хирургического вмешательства. В одном случае у больной после лапароскопически ассистированной колонэктомии на 9-е сутки возникла спаечная кишечная непроходимость, что потребовало выполнения лапаротомии и висцеролиза. И в одном случае у больного после левосторонней гемокolonэктомии в послеоперационном периоде развилось кровотечение из сосудов передней брюшной стенки в области послеоперационной раны, в месте извлечения препарата, с формированием напряженной гематомы. Это осложнение также потребовало ревизии п/о раны и остановки кровотечения. Продолжительность операций варьировала в зависимости от локализации, тяжести патологии и распространенности патологического процесса и приближается к таковой при открытых операциях. При этом стоит отметить, что в процессе выполнения лапароскопической операции визуализация слоев, сосудов и мелких анатомических структур была значительно лучшей, чем при открытом доступе, объем кровопотери значительно снижался.

Выводы. Таким образом, лапароскопически ассистированные операции на толстой кишке обладают следующими преимуществами: лучшая визуализация и прецизионность обращения с тканями и мелкими структурами обеспечивает хорошие результаты по непосредственным хирургическим параметрам не только при операциях на ободочной кишке, но и при выполнении технически более сложных вмешательств, таких как резекция прямой кишки. Также, применение лапароскопии позволяет уменьшить частоту возникновения осложнений. Те же «большие» осложнения, с которыми нам пришлось столкнуться, не являются следствием погрешности в технике операции или недостатком метода, а могут возникнуть при любом виде хирургического вмешательства.

болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), требующее хирургического лечения. Тяжесть состояния больных с ДДС обусловлена выраженной потерей массы тела, длительным нарушением желудочно-дуоденальной эвакуации, ведущей к тяжелым нарушениям всех видов обмена веществ. Данное осложнение язвенной болезни ДПК развивается по данным разных авторов у 10-47% больных, являясь причиной смерти у 10,7 –13,1% умерших от язвенной болезни. Материалы и методы. Обобщен опыт хирургического лечения 68 больных с ДДС язвенной этиологии, находившихся в экстренных хирургических отделениях БСМП г. Краснодара с 2002 по 2016 годы, а также 176 пациентов, прооперированных методом радикальной дуоденопластики (РДП) в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ). Методы обследования включали общеклинические анализы, УЗИ, ФГДС, рентгенологическое и последующее интраоперационное исследование гастродуоденального комплекса. Результаты и обсуждение. Всем больным проводили предоперационную подготовку, включающую противоязвенную терапию, коррекцию водно-электролитных расстройств и гомеостаза. Из 3320 прооперированных в РЦФХГ больных РДП по поводу стеноза ДПК выполнена у 1855 (55,9%) пациентов, из них по поводу ДДС – 176 больных (5,3%). Органосохраняющие операции в условиях БСМП выполнены 38 (56%) больным, различные виды резекции желудка 30 (44%) пациентам, при этом операция по Бильрот-1 произведена у 9 больных, по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 19 больным, резекция желудка по Ру 2 больным, а 30 пациентам выполнена изолированная дуоденопластика, в сочетании с СПВ – у 8 больных. Частота ранних послеоперационных осложнений составила при органосохраняющих вмешательствах – 7,8%, после резекции желудка – 16,6%. Летальных исходов после выполнения РДП не было, после резекции желудка летальность составила 3,3%. В отдаленном периоде после резекции желудка у 9 больных отмечались постгастрорезекционные расстройства: синдром приводящей петли - у 3, пептическая язва гастроэнтероанастомоза – у 2, демпинг-синдром различной степени тяжести – у 4 пациентов. С целью уменьшения травматичности оперативного вмешательства и профилактики послеоперационных осложнений лечение больных с ДДС разбито на 2 этапа. На первом этапе производится пилоросохраняющая операция – радикальная дуоденопластика, направленная на восстановление естественного порционного пассажа желудочного содержимого в ДПК, устранение рубцовоязвенного поражения с сохранением привратника. При этом наблюдение за больными, перенесшими первый этап хирургического лече-

638. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Дидигов М.Т.(1), Дурлештер В.М.(2)

Краснодар

1)МБУЗ КГК БСМП, 2) ГБУЗ ККБ № 2

Декомпенсированный дуоденальный стеноз (ДДС) – одно из наиболее тяжелых осложнений язвенной



ния, продемонстрировало возможность полного восстановления моторно-эвакуаторной функции расширенного желудка. Уже в ближайшие месяцы он принимал естественные размеры и форму. Это, в свою очередь, позволило оценить истинные показатели секреции желудочного сока, искажаемые длительным гастростазом при ДДС. Вторым этапом хирургического лечения у этих больных после их дополнительного обследования является выполнение антацидной операции – селективной проксимальной ваготомии (СПВ) - с целью предупреждения язвообразования. Необходимо отметить, что в связи с появлением современных антацидных препаратов, в ряде случаев выполнение второго этапа хирургического лечения удается избежать. Заключение. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что радикальная дуоденопластика является операцией выбора в лечении ДДС, так как устраняет только рубцово-язвенное поражение стенки кишки с сохранением привратника, восстанавливает порционный пассаж желудочного содержимого в ДПК. Разработанная двухэтапная тактика хирургического лечения больных с ДДС снизила до минимума послеоперационные осложнения, продемонстрировала возможность полного восстановления формы и функции «декомпенсированного» желудка.

639. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Трухалев В.А. (1), Ветюгов Д.Е. (2),
Кривенкова Е.М. (1), Милицкая А.А. (1),
Ногтева В.Е. (1), Кукош М.В. (1)*

Нижний Новгород

- 1) ФГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ,
- 2) ГБУЗ НО ГКБ № 7 им. Е.Л. Берёзова

Актуальность: На территории Российской Федерации при рецидиве язвенных гастродуоденальных кровотечений летальность достигает 30–40 %. Для прогноза риска рецидива язвенного кровотечения используются различные шкалы, основанные на совокупности отдельных прогностических признаков. Недостатками данных методик являются трудоемкость подсчета либо низкая достоверность результата. Также отмечается их недостаточная информативность и излишняя обобщенность.

Цель исследования: выявление прогностически значимых критериев оценки риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Материалы и методы: Проведен ретроспектив-

ный анализ историй болезни 244 пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 имени Е.Л. Берёзова» по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в 2010 – 2011 гг. и в 2014 – 2015 гг. Из общего числа пациентов у 224 (92%) в период пребывания в стационаре рецидива кровотечения не наблюдалось, у 20 (8%) – развилось повторное кровотечение. Медиана возраста пациентов составила 54 года (25 перцентиль - 42 года, 75 перцентиль - 68 лет). Наиболее частой локализацией источника кровотечения являлась двенадцатиперстная кишка – 136 (57%) и антральный отдел желудка – 43 (18%). Средний диаметр язвы составил – $1,28 \pm 0,96$ см. По степени стабильности гемостаза (классификация по Forrest) пациенты распределились следующим образом: F Ia — 0, F Ib – 14 (6%), F IIa – 37 (15%), F IIb – 48 (20%), F IIc – 110 (46%), F III – 30 (13%). Комбинированный эндоскопический гемостаз был произведен у 23 пациентов (9%). Антисекреторная терапия в 142 случаях (59%) проводилась ингибиторами протонной помпы, в 53 (22%) – H₂ - блокаторами, в 51 (19%) – их комбинацией. Для выявления неблагоприятных факторов развития рецидива все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 224 пациента, у которых за период нахождения в стационаре рецидив кровотечения не наблюдался. Во вторую группу включено 20 больных с развившимся повторным кровотечением из гастродуоденальных язв. Произведено сравнение групп по следующим показателям: пол, возраст, время года, локализация источника кровотечения, диаметр язвы, характер антисекреторной терапии, степень тяжести кровотечения (по Forrest), наличие эндоскопического гемостаза, АЧТВ, МНО, количество тромбоцитов, рецидив кровотечения, наличие оперативного вмешательства, послеоперационные осложнения, летальность.

Результаты: выявлены существенные различия в сравниваемых группах по возрасту ($t=3316,5, p=0,004$). Отмечены достоверные различия по интенсивности кровотечения на момент экстренной ЭГДС (по Forrest) ($\chi^2=7,47, p=0,006$). В первой группе нестабильный гемостаз (F Ib, F IIa, F IIb) наблюдался у 37,9% больных, стабильный гемостаз (F IIc, F III) у 60,2% больных. Во второй группе нестабильный гемостаз отмечался у 70% больных, стабильный - у 25%. При оценке тяжести больных по шкале APACHEII в модификации Шапошникова также были отмечены достоверные различия в сравниваемых группах ($t=3525,5$ при).



640. ВИРТУАЛЬНОЕ 3-D МОДЕЛИРОВАНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Каторкин С.Е., Колсанов А.В., Быстров С.А.,
Зельтер П.М., Андреев И.С., Шестаков Е.В.*

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет», Российская
Федерация

Цель. Изучить эффективность цветного 3-D моделирования на основе анализа данных мультиспиральной компьютерной томографии при выполнении субтотальной резекции головки поджелудочной железы у пациента с хроническим панкреатитом.

Материал и методы. Пациент Ч., 51 года с диагнозом хронический панкреатит с расширением главного панкреатического протока, псевдокистами головки поджелудочной железы, механической желтухой. В анамнезе – злоупотребление алкоголем. В течение 5 лет беспокоили постоянные опоясывающие боли в эпигастрии. За последние 10 суток стал отмечать желтушность кожных покровов. При обследовании выполнена мультиспиральная компьютерная томография с болюсным контрастированием до и после операции. На основе полученных данных в разработанной в СамГМУ программе «Автоплан» была построена предоперационная цветная 3-D модель области оперативного вмешательства, которая была проверена интраоперационно. С целью желчной декомпрессии наложена чрескожная чреспеченочная холангиостомия. Выполнена дуоденумсохраняющая субтотальная резекция головки поджелудочной железы с продольной панкреатоюноностомией, формированием гепатикоюноанастомоза на Ру-петле. Для оценки адекватности объема оперативного вмешательства также была построена послеоперационная цветная 3-D модель. Результаты. Согласно 3-D модели, у пациента выявлены три кисты в головке поджелудочной железы, не связанные между собой, значительное расширение главного панкреатического протока, выраженная желчная гипертензия с расширением гепатикохоледоха. Данные предоперационной модели подтвердились интраоперационно. Выполнена дуоденумсохраняющая резекцию поджелудочной железы прецизионно с минимальной кровопотерей, при этом ликвидированы все три кисты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 14 сутки в удовлетворительном состоянии. Послеоперационная 3-D модель не вы-

явила каких-либо патологических образований в поджелудочной железе.

Заключение. Предоперационное 3-D моделирование позволяет хирургу заранее подготовиться к операции с учетом знания индивидуальных топографо-анатомических особенностей области предстоящего оперативного вмешательства и выбрать оптимальный объем операции. Послеоперационное 3-D моделирование позволяет оценить адекватность объема проведенного хирургического вмешательства.

641. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА

*Борисов В.А.(1), Красовский В.В.(2), Горин А.Г.(2),
Фролов А.А.(2), Василенко А.А.(1),
Неверова О.С.(2), Лукьянова Л.В(2)*

Саратов

1)СГМУ им. В.И. Разумовского. 2)ГУЗ ОКБ,
г.Саратов.

Хронический гемодиализ является самым распространенным способом коррекции терминальной уремии и требует формирования постоянного сосудистого доступа.

Цель: Оценить результаты формирования первичных нативных артерио-венозных фистул (АВФ) на разных уровнях.

Материалы и методы: В отделении сосудистой хирургии ОКБ г.Саратова за период с 2014 по 2016 год было выполнено 180 операций по формированию первичной нативной АВФ. Все больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 120 пациентов, которым постоянный сосудистый доступ (ПСД) был сформирован на уровне нижней трети предплечья с анастомозом конец в бок между головной веной и лучевой артерией. Средний возраст пациентов $40 \pm 8,1$ лет, 60% – мужчины. Среди причин развития хронической болезни почек (ХБП), осложнившейся развитием хронической почечной недостаточности (ХПН) в 1 группе являлся сахарный диабет - у 43 человек, хронический гломерулонефрит и пиелонефрит- у 35, поликистоз почек- у 17, гипертоническая и подагрическая нефропатия- у 21, иное- у 14. Во 2 группу вошли 60 пациентов, которым ПСД был сформирован на уровне локтевой ямки между плечевой артерией и головной веной (или v.basilica). Средний возраст пациентов 2 группы $45 \pm 5,2$ лет, 61,6% – мужчины. Среди причин развития ХБП, осложни-



шейся развитием ХПН существенных различий с 1 группой не было. Всем больным перед формированием АВФ выполнялось дуплексное исследование сосудов верхних конечностей. Показанием для формирования первичной нативной фистулы на уровне нижней трети предплечья, по данным дуплексного исследования, мы считали диаметр головной вены не менее 1,5 мм и скорость кровотока по лучевой артерии не менее 40 см\с. При отсутствии условий АВФ формировалась в локтевой ямке между плечевой артерией и головной веной (или v.basilica). Через 3-6 недель после формирования фистул проводилось повторное дуплексное сканирование с целью определения объёмной скорости кровотока (ОСК) по отводящей вене. Результаты: У 16 пациентов (13,3%) 1 группы ранний послеоперационный период осложнился развитием локального тромбоза в области АВ-соустья, подтверждённый дуплексным исследованием. У 10 больных тромбоз возник на фоне сахарного диабета, что мы связываем с дегенеративно-дистрофическими изменениями в сосудистой стенке артерии, и в связи с этим, возникшие технические сложности при формировании АВ-соустья. У 6 больных тромбоз был связан с эпизодами гипотонии, что могло способствовать падению ОСК по АВФ и как следствие развитие тромбоза. При дуплексном исследовании на 2-3 сутки ОСК по отводящей вене составляла в среднем 250 ± 50 мл\мин. Из 60 пациентов 2 группы, у 5 (8,3%) ранний послеоперационный период осложнился развитием локального тромбоза в области АВ-соустья. Причиной тромбоза вероятнее всего послужили эпизоды гипотонии, в результате неконтролируемого самостоятельного приёма пациентами гипотензивных препаратов и несоблюдение рекомендаций. При дуплексном исследовании на 2-3 сутки ОСК по отводящей вене составляла в среднем 350 ± 70 мл\мин. При контрольном дуплексном исследовании через 3-6 недель, прирост ОСК по отводящей вене в 1 группе составил в среднем 300 ± 80 мл\мин., во 2 группе 500 ± 100 мл\мин. Анализируя полученные данные можно предположить, что меньший процент тромбоза АВФ в локтевой ямке, связан с лучшими гемодинамическими условиями в плечевой артерии, что отражается и в быстром приросте ОСК по отводящей вене при контрольном дуплексном исследовании. Следует также отметить, что при тромбозе АВФ в нижней трети предплечья, есть возможность сформировать АВФ выше предыдущего доступа, что увеличивает время использования «рабочей дорожки» на предплечье для выполнения процедуры гемодиализа и вызывает, вероятно, меньший риск развития системных гемодинамических изменений в организме. Выводы: Нативная АВФ является наиболее оптимальным и эффективным доступом для выполнения

программного гемодиализа. Чем выше уровень формирования ПСД, тем меньше риск развития тромбоза в раннем послеоперационном периоде, и тем быстрее отмечается прирост ОСК по отводящей фистульной вене и «созревание АВФ».

642. РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ В КОМБУСТИОЛОГИИ

*Петриченко О.О. (1), Абалмасов К.Г.(2),
Бондаренко П.П.(1)*

Краснодар (1), Москва (2),

Научно-медицинский центр комбустиологии, хирургии, ран и раневой инфекции ООО "Ваш доктор", Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования. Краевая клиническая больница им. профессора С.В.Очаповского.

Введение. Цели и актуальность проблемы. Хирург в повседневной практике сталкивается с различными пациентами, нередко с труднейшими случаями для диагностики и оперативного лечения. Такими редко встречающимися urgentными случаями считаются тяжелообожженные, у которых возникает "катастрофа" в брюшной полости. Из-за наличия ран и струпов на туловище и передней брюшной стенке, стёртости клиники, проводимой мощной антибактериальной, инфузионно трансфузионной терапии, чаще при тяжелой острой ожоговой токсемии или септикотоксемии и возникающей при этом полиорганной недостаточности. Вопросов по этой проблеме в интернете и в доступной литературе больше, чем ответов, так как эти пациенты, по данным разных немногочисленных авторов, составляют всего 1-5% от всех поступающих ежегодно в ожоговые отделения. Летальность этого контингента больных весьма высока и нередко острая патология в животе выявляется лишь на судебно-медицинском вскрытии. В связи с этим мы изучили этот сложный вопрос на своем опыте Краснодарского ожогового отделения Краевой клинической больницы имени профессора С.В.Очаповского проанализировав истории болезни.

Материалы и методы. Ожоговое отделение является клинической базой кафедр общей хирургии, травматологии, ортопедии и военно полевой хирургии Кубанского государственного медицинского университета. За период с 1982 года в наше клинику находилось на стационарном лечении



367 пациентов с так называемыми стрессовыми язвами Курлинга на фоне острой ожоговой токсемии и септикотоксемии. Из них более половины 243 (66,2%) больных составляли дети возрастом от 1 года до 14 лет. Взрослые 124 (33,8%), из них 89 (71,8% мужчины, а остальные 48 (38,7%) - женщины. Диагноз желудочно-кишечное кровотечение у детей нами был установлен на основании типичной клиники течения: рвота "кофейной гущей", мелена, резкое снижение эритроцитов крови и гемоглобина. Проводились гемотрансфузии цельной свежей донорской крови, часто от родителей или путем прямого переливания одноклассной резус совместимой крови, эпислон аминокaproновой кислоты, нативной плазмы и альбумина с успехом. Эндоскопические ФГДС у взрослых, чаще с "язвенным анамнезом" обязательные лечебно-диагностические ФГДС с электрокоагуляцией кровоточащего сосуда, введение сосудосуживающих препаратов, клипирование, лифузол, гентопласт и другие методы местной эндогастральной гемостатической терапии. В 2 случаях больные были оперированы хирургами гастроцентра, руководителем которого являлся профессор Оноприев В.И. - проводилась трубчатая резекция желудка или при язве 12-типерстной кишки - гастродуоденопластика. Несколько реже встречались с острым аппендицитом и холециститом проведены операции аппендэктомии и холецистэктомии и панкреонекрозом у обожженных с алкогольной зависимостью. Что касается разлитого гнойного перитонита у больного с контактным ожогом 4 степени передней брюшной стенки с некрозом до брюшины 3% поверхности тела (заснул на горячей чугунной плите в состоянии сильного алкогольного опьянения), не смотря на раннюю некрэктомию с аутодермопластикой и ушиванием раны местными тканями - больной умер в первые сутки после операции из-за алкогольного психоза и острой ожоговой токсемии. Кровотечение из варикозно-расширенных вен у больного с циррозом печени и хроническим алкоголизмом и острой ожоговой токсемией послужило причиной смерти, не смотря на удачные попытки, на наш взгляд, эндоскопической остановки кровотечения. Все летальные случаи обсуждались на врачебных конференциях в присутствии сотрудников кафедр КГМА.

Заключение и выводы. Эндоскопические инновационные технологии являются операциями выбора в комбустиологии из-за сложностей диагностики и лечения тяжелообожженных, требуют дальнейшего изучения и внедрения в ожоговых центрах России. Необходимо готовить эндоскопистов-хирургов высоко квалифицированных специалистов из числа опытных комбустиологов.

643. ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФЛЕГМОН СТОПЫ У БОЛЬНЫХ С СДС

Явруян О.А., Штильман М.Ю., Чумбуридзе И.П., Хитарьян А.Г., Ковалёв С.А., Серьянова О.И.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Рост заболеваемости сахарным диабетом удваивается каждые 15 лет, а синдром диабетической стопы входит в число тяжелых и инвалидизирующих осложнений. Доля ампутаций у больных с СДС составляет 50 — 70% общего количества ампутаций нижних конечностей. Одним из дополнительных методов диагностики СДС является рентгенография стопы. Его существенный недостаток - низкая информативность о патологических состояниях, развивающихся в мягких тканях, суставах, связках, состоянии костного мозга. Внедрение МРТ в диагностику осложнений СДС позволяют оценить состояния суставов стопы, фиброзно-хрящевых структур, состояние костных тканей, а также морфологической характеристики мягких тканей. Цель исследования: используя возможности МРТ, раннее выявление патологических изменений в мягких тканях стопы, с целью локализации процесса, определения характера и прогнозирования путей дальнейшего распространения патологического процесса у больных СДС. Материалы исследования. Проведен анализ лечения 63 больных в возрасте от 31 до 74 лет с нейропатической формой СДС, осложненной флегмоной стопы. Всем больным, помимо стандартного обследования, в которое входила рентгенограмма стоп, выполнялось и МРТ исследование стопы. Рентгенография выполнялась в двух или трех проекциях – подошвенной, косо́й и строго боковой на аппарате Diagnost-56 (Philips). Доза облучения составляла от 0,01 до 0,09 мЗв. (САНПИН 2.6.1.1192-03 от 18.02.2003 г.). МРТ выполнялся на томографе Picker Outlook (Picker) с напряжением магнитного поля 0.23Тл открытого типа с использованием протоколов FSEв T1 и T2ВИ, IRSTIR, в корональной, сагиттальной и трансверзальной проекциях. Получали сканы в трансверзальной или корональной проекциях, а для получения сагиттальных срезов, выставлялись корональные срезы. Выполнялись взвешенные изображения по T1, T2 и STIR. Толщина срезов составляла 4 - 5 мм. Результаты Рентгенологическая картина у больных представлена в виде остеопороза, деструкцией и фрагментацией костей стопы, а также внутрикостных кист, экзостозов в области головок плюсневых костей. МРТ картина значи-



тельно расширила картину изменений, как костной ткани, так и мягкотканых структур стопы. Так у большинства больных визуализировался отек мягких тканей, а также внутрикостный отёк – высокая гиперинтенсивность на T2ВИ и гипоинтенсивность на T1ВИ с признаками деструкции, определяемые как разрушение целостности и размытости контуров плюсневых костей на уровне головок и суставных поверхностей. У больных с флегмонами стопы на фоне выраженного отека мягких тканей, в сочетании с внутрикостным отёком, в большинстве случаев при обычной рентгенограмме скрывал наличие мелких секвестров и контуры надкостницы, что чётко определялось при МРТ. Распространение гнойного процесса на томограммах было представлено гиперинтенсивным магнитно-резонансным сигналом на T2ВИ и повышенным сигналом T1ВИ, сочетающееся зачастую с абсцессам в мягких тканях, имеющих округлую форму с чёткими контурами и гиперинтенсивным сигналом на ВИ содержимого, окружённого перифокальным отёком. Так же выявлялось скопление межтканевой жидкости, визуализирующаяся в виде повышенного МР сигнала на T2 ВИ и STIR в подошвенных структурах стопы. Выводы Таким образом, использование МРТ в диагностике флегмон стопы у больных с СДС позволяет по новому взглянуть на течение и распространение патологического процесса не только костных и суставных структур, но и в мягких тканях.

644. ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА МИНИ-ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ

Хитарьян А.Г., Межуниц А.В., Хубиев С.Т., Саркисян А.В., Велиев К.С., Завгородняя Р.Н.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Актуальность. В последние годы бариатрические операции приобретают все большую популярность. Одним из стремительно развивающихся методов хирургического лечения является операция мини-гастрошунтирования с созданием одного аппаратного гастроэнтероанастомоза с тощей кишкой на расстоянии 140-200см от связки Трейца, что дает хорошие результаты при сочетании ожирения с СД 2 типа. Однако остается нерешенным вопрос профилактики таких послеоперационных осложнений как билиарный рефлюкс, а также

развитие язвы области гастроэнтероанастомоза, частота которых, по данным мировой литературы, колеблется в пределах 15-20%. Ключевые слова: ожирение, бариатрическая хирургия, мини-гастрошунтирование.

Цель. Целью настоящего исследования была оптимизация безопасности и эффективности операции мини-гастрошунтирования.

Материалы и методы. Данное проспективное исследование включало результаты лечения 47 пациентов, перенесших мини-гастрошунтирование с 2014 по 2016год в Дорожной больнице СКЖД. Среди пациентов было 33 женщины и 14 мужчин в возрасте от 18 до 56лет, с индексом массы тела от 35 до 68кг/м². До операции всем больным выполняли комплексное обследование, включающее стандартные клинико-лабораторные методы исследования, а также дополнительные методы: эндоскопическая поэтажная контактная РН-метрия желудка, определение уровня инсулина, гликозилированного гемоглобина (HbA1C), С-пептида. Нами была разработана методика мини-гастрошунтирования с формированием двухкамерного сливингового желудка, состоящего из верхней постэзофагальной камеры длиной 7см, объемом 20мл, и нижней камеры тела желудка длиной до 10см и объемом до 100мл – как защита от гастроэзофагального рефлюкса. Защиту от энтерогастрального желчного рефлюкса создавали благодаря наложению ручного одностороннего гастроэнтероанастомоза длиной до 3.5 см. на переднюю стенку культи желудка и противобрыжеечному краю тонкой кишки одиночными, серозномышечноподслизистыми швами рассасывающимся шовным материалом (Викрилом 2.0) с завязыванием узла внутри анастомоза, вовлекая в создание анастомоза только противобрыжеечный край тонкой кишки, что улучшает свободный пассаж билиарного содержимого приводящей петли ниже анастомоза, предотвращая энтерогастральный желчный рефлюкс.

Результаты: Продолжительность операции составила 120-160 минут. Объем интраоперационной кровопотери не превышал 50-100мл. Динамика снижения избыточной массы тела составила 52,6% на 3мес. наблюдений; и 82,8% на 12мес. наблюдений соответственно. Исходный уровень глюкозы составлял 10,4ммоль/л ± 4ммоль/л. Исходный уровень HbA1C составлял 8,9 ± 1,8%. Динамика снижения уровня глюкозы составила на 3 месяце наблюдений 6,8ммоль/л, HbA1C 6,5% соответственно; на 12 месяце наблюдений – глюкоза крови = 5,8 ммоль/л, HbA1C = 5,8%. Оценка желудочно-пищеводного антирефлюксного механизма показала снижение рН ниже 4 (защелачивание пищевода за счет рефлюкса) в 8,29% случаев. Снижение пищеводного клиренса в 6,82% случаев.



Выводы: Выполнение операции мини-гастрошунтирования с учетом кислотпродуцирующей зоны желудка позволяет избежать возникновения язв области гастроэнтероанастомоза в послеоперационном периоде. Мини-гастрошунтирование с поэтажной калибровкой желудочной трубки является безопасным и эффективным вмешательством у больных с морбидным ожирением и позволяет добиться удовлетворительных результатов снижения массы тела в 100% случаев. Мини-гастрошунтирование позволяет в кратчайшие сроки редуцировать признаки СД 2 типа. Предложенная методика формирования двухкамерного желудка позволяет снизить явления послеоперационного гастроэзофагеального рефлюкса до 8%, энтерогастрального билиарного рефлюкса до 2%.

645. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Григорьев Е.Г. (1,2), Панасюк А.И. (1,3)

Иркутск

1)ИГМУ 2)ИНЦХТ 3)ГБУЗ ИОКБ

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) – относительно редкое заболевание (0,4-2%) [Хрипун А.И. и соавт., 2016] в структуре неотложной патологии живота. Оно не является фатальным при своевременной диагностике, между тем сопровождается по-прежнему высокой летальностью, достигающей 68-100%.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты лечения острого нарушения артериального и венозного мезентериального кровообращения.

Материалы и методы. Результаты лечения изучены у 36 пациентов (18 мужчин, 18 женщин), госпитализированных в 2012-2016 годах в отделение неотложной хирургии областной клинической больницы г. Иркутска. Средний возраст – 71,4±2,45 (30-90) лет. Тромбоз или тромбоемболия верхней брыжеечной артерии (ВБА) установлены в 29 наблюдениях (80,6%). В 21 из них (72,4%) был окклюзирован первый сегмент ВБА. Тромбоз верхней брыжеечной вены (ВБВ) диагностирован у 7 пациентов (19,4%).

Результаты. По поводу распространенного перитонита, предположительно осложнившего ОНМК, 5 пациентам выполнена неотложная операция. После эксплоративной лапаротомии установлен

некроз тонкой, слепой и правой половины ободочной кишки. В 31 наблюдении (86,1%) операция выполнена в течение 2-4-х часов после поступления пациента с установленным клинически и при МСКТ диагнозом острого прекращения артериального или венозного мезентериального кровообращения. Тромбэмболектомия из ВБА с последующей резекцией тонкой кишки проведена 12 пациентам (38,7%). Венозный мезентериальный кровоток восстановлен после резекции тонкой кишки в трех из 7 наблюдений. Тромбэктомия из верхней брыжеечной и воротной вен (продолженный тромбоз) выполнялась проведением катетера Фогарти через пересеченную, но не перевязанную наиболее крупную ветвь ВБВ. В 17 наблюдениях (54,8%) резекция кишки по разным причинам выполнена без сосудистого этапа. Межкишечный анастомоз при первом вмешательстве не накладывался, кишечные культы герметизировали однорядным швом. Проводилась назоинтестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости, кожные швы на рану. Назначалась программированная релапаротомия (12-24 часа), на которой оценивалось состояние резецированной кишки (в 10 наблюдениях выполнена ререзекция) и возможность восстановления кишечной непрерывности. Пациенты с обширным некрозом кишечника и распространенным перитонитом, которым выполнялась эксплоративная лапаротомия, умерли (5). При сочетании резекции кишки и реваскуляризирующей операции летальность составила 58,3%; в группе больных, где сосудистый этап не выполняли, - 70,6%. В целом в анализируемой группе умерли 26 пациентов (72,2%): при тромбозе (эмболии) ВБА – 82,8%, тромбозе ВБВ – 28,6%.

Выводы: 1. Своевременное поступление пациентов в специализированный стационар и немедленная операция без задержки диагностики – главные факторы улучшения результатов лечения ОНМК. 2. Сочетание резецирующего и реваскуляризирующего этапов операции позволяет снизить летальность при ОНМК.



646. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Володченко Н.И., Иванощук П.И., Микляев В.Н., Штабной В.И.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
г. Благовещенск ГАУЗ АО «Благовещенская
городская клиническая больница»
г. Благовещенск

Одним из угрожающих жизни осложнений язвенной болезни желудка и 12 -перстной кишки является перфорация язвы. Наиболее распространённой операцией при перфорации язвы желудка и 12 –перстной кишки, направленной на спасение жизни больного, является ушивание перфоративной язвы, в том числе с использованием малоинвазивных технологий (лапароскопической, мини-доступа).

Цель работы. Оценить результаты хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложнённых перфорацией с использованием малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 75 пациентов с язвенной болезнью желудка и 12- перстной кишки, осложнённых перфорацией язвы. Основную группу 59 (78,6%) составили пациенты трудоспособного возраста, преобладали лица мужского пола - 61 (81,3%), женщин -14 (18,7%). Возраст больных колебался от 19 до 87 лет, средний возраст составил 46,8 года. Время от момента перфорации до поступления в стационар составляло от 2 часов до 1-2 суток, 18 (24%) больных поступили в отделение поздно, спустя 24 и более часов от момента заболевания с клиникой перитонита. У 46 (61, 3%) пациентов при поступлении в стационар имелась типичная клиника перфорации полого органа, у 6 (8%) больных перфорация язвы явилась первым признаком язвенной болезни. Язвенная болезнь желудка выявлена у 32 (42,6%), двенадцатиперстной кишки – у 43 (57,4%) больных. Диагностический алгоритм включал, помимо проведения клинических и лабораторных исследований, рентгенологическое, позволившее выявить свободный газ в брюшной полости у 59 (78,6%), что явилось достоверным признаком перфорации полого органа и показанием к экстренному хирургическому вмешательству. В отсутствии свободного газа в брюшной полости и сомнительной клинической картине перфорации, следующим этапом в диагностической программе - выполнение ФГДС, что дало возможность выявить

локализацию язвенного дефекта, признаки перфорации у 9 (12%) больных, для уточнения диагноза 7(9,3%) больным произведена диагностическая лапароскопия.

Результаты исследования. В зависимости от технологии оперативного пособия все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 33 (44%) больных, которым использовали малоинвазивные технологии: лапароскопическое ушивание перфоративной язвы – у 21 (63,6%) и устранение перфорации из мини доступа с помощью специального комплекта инструментов «Мини-Ассистент» у 12 (39,4%) больных. Вторую группу составили 42 (56%) пациента, которым были выполнены традиционные методы хирургического лечения перфоративной язвы: обычное ушивание язвенного дефекта узловыми швами или подкреплением дефекта сальником у 28 (66, 7%) больных, тампонада язвы сальником по Опелю – Поликарпову - у 5 (11,9%), иссечение язвы с пилоропластикой по Микуличу – у 7 (16,6%), резекция желудка у 2 (4,7%). Конечно, результаты хирургического лечения сравнивать напрямую нельзя, так как для видеохирургического вмешательства и операций из мини доступа проводился тщательный отбор больных, и, как правило, это были более лёгкие больные с клиникой типичной перфорации язвы, поступившие в первые часы от момента развития перфорации. Все оперативные вмешательства проводились под общим обезболиванием и заканчивались назогастральным дренированием с последующей постоянной аспирацией желудочного содержимого до разрешения пареза кишечника. Сразу после оперативного вмешательства начинали проводить противоязвенное лечение и рекомендовали его продолжение в амбулаторных условиях. Использование малоинвазивных технологий при лечении перфоративных язв отразилось и на результатах лечения этой группы больных. Послеоперационные осложнения в первой группе больных отмечены у 2 (6,1%), летальных исходов не было, во второй группе осложнения наблюдались у 9 (21,4%), летальные исходы наступили у 6(14,3%). Летальные исходы наступили у 6 больных из 18, поступивших в хирургическое отделение с клиникой перитонитом спустя сутки и более от момента заболевания, все лица были пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующих заболеваний. Основными осложнениями являлись гнойные раневые осложнения, бронхопневмонии, инфаркт миокарда, ТЭЛА. При применении малоинвазивных технологий отмечено более лёгкое течение послеоперационного периода, менее выражен был болевой синдром. Продолжительность нахождения больных в стационаре при использовании малоинвазивных технологий составила 6, 5 к/дня, при традицион-



ных вмешательств - 12,8.к/дня Выводы 1.Исходы оперативного лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложнённой перфорацией, зависят от сроков поступления в стационар, возраста, сопутствующей патологии и методов оперативного лечения. 2. Использование малоинвазивных технологий позволяет сократить продолжительность лечение в стационаре, количество послеоперационных осложнений, а также ускорить социально-трудовую реабилитацию больных. 3. После выписки из стационара больные должны продолжать лечение язвенной болезни в амбулаторных условиях под наблюдением гастроэнтеролога.

647. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Володченко Н.П., О.Н. Денискин, П.И. Иванощук, Штабной В.И, Микляев В.Н.

Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
г. Благовещенск ГАУЗ АО «Благовещенская
городская клиническая больница»

Желчнокаменная болезнь относится к числу широко распространённых заболеваний. По данным большинства исследований от 10 до 25% населения страдает желчнокаменной болезнью. Среди данной категории больных преобладают лица женского пола, пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев имеющие тяжелые сопутствующие соматические заболевания, составляющие так называемую группу риска

Цель исследования: оценить возможности различных малоинвазивных технологий в лечении желчнокаменной болезни.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 309 больных с желчнокаменной болезнью, из них 114 поступили в плановом порядке, 195 (63,1%) - по экстренным показаниям с клиникой острого калькулёзного холецистита, 136 (69,7%) пациентов с клиникой острого холецистита поступили спустя 24 часа от момента заболевания, у 73 (37,9%) ЖКБ, была осложнённая механической желтухой. Возраст больных колебался от 35 до 85 лет, средний возраст $61,2 \pm 2,3$ года, 253 (81,8%) составили лица женского пола, пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания. Средняя длительность заболевания при ЖКБ, остром холецистите колебалась от 1 до 5 дней, составила в среднем $2,0 \pm 1,1$

дня, при ЖКБ, хроническом калькулёзном холецистите - $3,1 \pm 2,3$ года, длительность желтухи - от 1 до 18 дней. Диагностический алгоритм кроме клинического и лабораторного исследования включал: УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, ФГДС, по показаниям - ЭРХПГ, КТ, лапароскопию.

Результаты исследования. Плановые оперативные вмешательства в объёме лапароскопической холецистэктомии были проведены 109 больным, из мини доступа-5 с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулёзным холециститом. Пациенты были выписаны на 5 сутки после операции, послеоперационные осложнения наблюдались у 2 (1,75%). По экстренным показаниям с диагнозом ЖКБ, острый калькулёзный холецистит поступило 195 (63,2%) больных, из них у 73 (37,4%) была механическая желтуха. Больным с механической желтухой было проведено этапное лечение. На первом этапе – декомпрессия желчевыводящих путей, устранение желтухи, на втором этапе – холецистэктомия, дренирование желчных путей. Из 73 больных с механической желтухой 62 (84,9%) выполнили внутренне дренирование - ЭПСТ с проведением эндоскопической транспапиллярной холедохолитоэкстракции и эндоскопического назобилиарного дренирования. Показаниями для выполнения ЭПСТ с транспапиллярным дренированием, помимо явлений множественного холедохолитиаза и холангита, явилось наличие у больных желтухи средней и тяжелой степени. Осложнения наблюдались у 4 (6,4%) больных, у 2 - перфорации стенки 12 перстной кишки, у 1- кровотечение и развитие тяжёлого панкреатита у 1 больного, 3 больным потребовались экстренные оперативные вмешательства для устранения осложнений ЭПСТ. Наружное дренирование выполнено 11 (15,1%) больным в виде пункционных вмешательств, под контролем УЗИ. Из них 5 пациентам были установлены чрескожные пункционные холецистостомы, 6- чрескожные пункционные холангиостомы. Декомпрессионные малоинвазивные хирургические вмешательства выполнялись под местной анестезией. Через 7–14 дней, после проведения малоинвазивных вмешательств и нормализации показателей функционального состояния печени, выполнялся второй этап лечения - лапароскопические холецистэктомии 53 больным, операции из мини доступа - 6 больным. Срединная лапаротомия, холецистэктомия, холангиография и дренирования желчных протоков выполнены 14 пациентам. Лапаротомии выполнялись при технической невозможности выполнения ЭПСТ (после перенесенной резекции по Бильрот-2), при дуоденальных дивертикулах и других неблагоприятных для канюляции изменениях БСДК, интраоперационных осложнениях ЭПСТ (ущемление или поломка



корзинки Dormia), ретроуденальной перфорации и перитоните. Летальность при ЖКБ, калькулёзном холецистите, осложнённом механической желтухой составила 5,7%.

Выводы. 1. При лечении ЖКБ, осложнённой механической желтухой у лиц пожилого и старческого возраста наиболее рациональным является применение двухэтапного хирургического лечения. 2. Выполнение малоинвазивных хирургических технологий при ЖКБ, осложнённой механической желтухой даёт возможность отказаться от экстренных оперативных вмешательств и проводить оперативное вмешательство в более выгодных условиях, после стабилизации общего состояния больного, что способствует снижению послеоперационной летальности и более ранней реабилитации этих пациентов.

648. ИНФИЛЬТРАТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

*Климов Д.Е., Наумов И.А., Госткин П.А.,
Авдовенко А.Л., Горячев В.В.*

Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая
больница» ФГБОУ ВО Ряз. ГМУ

Цель исследования. Изучить возможные причины развития инфильтратов брюшной полости после лапароскопической аппендэктомии и определить пути профилактики осложнения.

Материал и методы исследования. В период с 1993 по 2016г. под нашим наблюдением находилось 1683 больных острым аппендицитом, которым выполнялась лапароскопическая и лапароскопически ассистированная аппендэктомия в 1242(73,8%) и 441(26,2%) случаев соответственно. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась лигатурным, а лапароскопически ассистированная лигатурно-инвагинационным способом. Культю червеобразного отростка обрабатывали либо в монополярном режиме поверхностной коагуляции добиваясь термодеструкции слизистой, либо химической обработкой антисептиками. Брыжейку червеобразного отростка пересекали после монополярной коагуляции. Из общей группы выделена группа из 30 больных, которым брыжейка отростка пересекалась с помощью гармонического скальпеля в 24(80%) и после биполярной коагуляции в 6(20%) случаях. В этой же при обработке культи червеобразного отростка комбинировались термический способ с химическим. Терми-

ческая обработка проводилась в поверхностном режиме монополярной коагуляции, а химическая спиртовым раствором 5% йода. Всем больным за 30мин до начала операции проводилась антибиотикопрофилактика 2г. цефазолина внутривенно.

Результаты исследования, обсуждение. Послеоперационные осложнения наблюдались у 25 (1,5%) больных. После лапароскопически ассистированной аппендэктомии у 4(0,2%) больных были нагноения послеоперационных ран. Интраабдоминальные осложнения отсутствовали. Все остальные осложнения у 21(1,3%) больных носили интраабдоминальный характер и наблюдались после лапароскопической аппендэктомии. Инфильтраты правой подвздошной области были самым частым осложнением и развились у 13(0,8%) больных. Среди остальных осложнений наблюдали распространённый анаэробный перитонит 1 (0,07%), спаечная кишечная непроходимость у 2(0,12%), некроз культи червеобразного отростка с прилежащим участком купола слепой кишки у 2(0,12%) больных, абсцесс брюшной полости у 2(0,12%) больных, аппендицит избыточной культи червеобразного отростка при неполном его удалении у 1(0,07%) больного. Летальных исходов не было. Из всех оперированных больных деструктивные формы аппендицита были в 1614 (95,9%), а катаральная форма в 69(4,1%) наблюдений. Все осложнения развились у больных с деструктивным аппендицитом. В выделенной группе где проводилась комбинированная химическая и термическая обработка культи, а брыжейка пересекалась гармоническим скальпелем или после биполярной коагуляции осложнений не было. Проведённые исследования бактериального пейзажа брюшной полости при лапароскопической аппендэктомии показали, что основной причиной развития интраабдоминальных осложнений является недостаточная дезинфекция культи червеобразного отростка при применении лигатурного способа её обработки. Пересечение брыжейки червеобразного отростка в режиме монополярной коагуляции приводит к оставлению в брюшной полости большего чем при биполярном режиме коагуляционного некроза, что может быть поддерживающим фактором продолжающегося воспаления и формирования инфильтрата.

Выводы. Основной причиной инфильтратов правой подвздошной области после лапароскопической аппендэктомии является невозможность полного уничтожения патогенной флоры культи червеобразного отростка при лигатурном способе его обработки. Способствующим фактором для образования инфильтрата является пересечение брыжейки отростка в монополярном режиме коагуляции.

Рекомендации. При выполнении лапароскопиче-



ской аппендэктомии лигатурным способом целесообразно комбинировать термический и химический способы обработки культи червеобразного отростка. При пересечении брыжейки отростка предпочтение отдавать биполярной коагуляции или обработке гармоническим скальпелем.

649. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРИПАПИЛЛЯРНЫХ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ ЯЗВАХ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЁННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Климов Д.Е., Наумов И.А., Колованов Д.А.

Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница» ФГБОУ ВО Ряз. ГМУ

Частота встречаемости язв постбульбарной локализации по разным данным варьирует от 4 до 11% наблюдений среди всех язв 12-ти перстной кишки. Хирургическое лечение этой группы больных представляет особые трудности ввиду нередкого вовлечения в периульцерозный процесс зоны БДС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в период с 2004 по 2016г находилось 650 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 398(61%), а женщин 252(39%). Из них с язвами 12-ти перстной кишки было 452(69,5%) и с язвами желудка 198(30,5%) больных. Хирургическое лечение проведено 84(12,9%) больным. Из них у 63(75%) больных были язвы 12-ти перстной кишки и у 21(25%) были язвы желудка. 12(14,2%) оперативное лечение выполнялось по экстренным показаниям на высоте кровотечения и 72(85,8%) операции выполнялись в отсроченном порядке. Среди оперированных больных с язвами 12-ти перстной кишки у 9(14,2%) имелась их постбульбарная локализация. Из всех больных оперированных по поводу язвы 12-ти перстной кишки у 3(4,7%) были постбульбарные язвы перипапиллярной локализации. Результаты исследования, обсуждение. 78(93%) больных выполнены резекции 2/3 желудка, 4(4,8%) прошивание кровоточащих язв и 2(2,2%) иссечение кровоточащих язв передней стенки луковицы 12-ти перстной кишки дополненное стволовой ваготомией и пилоропластикой. После операций умерло 9(10,7%) больных. Наибольшие технические сложности при выполнении оперативных вмешательств возникали у 9(14,2%) больных с залуковичными язвами сочетавшихся в 3(4,7%) случаях с субкомпенсированными постбульбарными стенозами. Все больные

с залуковичными язвами были оперированы в отсроченном порядке при стабилизации состояния после эпизода кровотечения. Размер язв варьировал от 1,5см. до циркулярных. Основной технической проблемой у этих больных было выделение и формирование культи 12-ти перстной кишки в условиях выраженного периульцерозного рубцового и воспалительного процесса вблизи от зоны большого дуоденального соска. 6(66,7%) больных с постбульбарными язвами выполнены резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Культи 12-ти перстной кишки ушита по Ниссену. Несостоятельность культи 12-ти перстной кишки наблюдалась у 2(22,2%) больных, что не потребовало повторных операций. Больные выздоровели. У 3(35,3%) больных язвы располагались перипапиллярно и мобилизация стенки 12-ти перстной кишки сопровождалась вынужденным отсечением большого дуоденального соска от головки поджелудочной железы. Большой дуоденальный сосок в этих случаях находился непосредственно в крае язвенного кратера. У одного больного был холедоходуоденальный свищ открывающийся в дне язвы. В этой сложной ситуации у были выполнены резекции 2/3 желудка с резекцией верхней горизонтальной и нисходящей частей 12-ти перстной кишки, формирование панкреатикоэнтероанастомоза, холедохоэнтероанастомоза на отключенной по Ру петле тонкой кишки. У одного больного операция дополнена наружным дренированием холедоха и панкреатического протока транскишечными дренажами по Флеркену. У 2(22,2%) больных послеоперационный период осложнился панкреонекрозом, что в одном случае стало причиной несостоятельности, а в другом аррозивного внутрибрюшного кровотечения и потребовало релапаротомии. Умер 1(11,1%) больной с несостоятельностью. Выводы, рекомендации. Перипапиллярные постбульбарные язвы встречаются в 4% наблюдений среди всех оперированных больных с язвами 12-ти перстной кишки осложнёнными кровотечениями. Лечение этой группы больных представляет наибольшие трудности в хирургии гастродуоденальных язв сопровождаясь большим количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью. Оперировавший хирург должен быть готов к выполнению в неблагоприятных условиях сложных реконструктивных операций по формированию анастомозов с общим желчным протоком и главным панкреатическим протоком. Формирование анастомозов целесообразно дополнять дренированием желчевыводящей системы и главного панкреатического протока.



650. СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Климов Д.Е., Наумов И.А., Авдovenko А.Л.,
Госткин П.А.

Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая
больница»ФГБОУ ВО Ряз ГМУ

В изученной литературе мы не нашли описания случаев спонтанных разрывов 12-ти перстной кишки по аналогии с синдромом Бурхаве.

Цель исследования. Представить случаи спонтанных разрывов 12-ти перстной кишки и определить оптимальные способы хирургического лечения в зависимости от сроков заболевания.

Материал и методы. В своей работе в период с 2002г. по 2017г. мы встретили два случая разрыва 12-ти перстной кишки без какого-либо анамнестического упоминания о травме, переиздании, тяжёлой физической нагрузке. Один больной находился в состоянии алкогольного опьянения.

Результаты исследования. Во всех трёх случаях этиологическая причина разрыва не установлена. У больных была рвота, что могло сопровождаться повышением давления в просвете 12-ти перстной кишки при условии нарушения пассажа пищи по ней. Из сопутствующей патологии у одного больного был компенсированный сахарный диабет II типа. У всех больных мы наблюдали идентичную локализацию разрывов 12-ти перстной кишки. Разрывы располагались в забрюшинной части нижнего дуоденального изгиба, имели линейную форму и длину 2,5-3см. Относительно стенки кишки линии разрывов располагались в поперечном направлении на задней стенке ближе к противобрыжеечному краю. Сроки госпитализации от начала заболевания составили 3 час и 10 суток. У больного поступившего через 3 часа от начала заболевания в клинической картине доминировала симптоматика перитонита. Выполнена резекция повреждённого участка 12-ти перстной кишки длиной 6см. с дуоденоэнтероанастомозом на отключенной по Ру петле тонкой кишки, холецистостомия. Больной выздоровел. У больного поступившего через 10 суток от начала заболевания при поступлении по данным клинического осмотра и УЗИ выявлено жидкостное образование в правых отделах живота 12,9x9,0x8,6 см прилежащее к дну мочевого пузыря. На операции в области корня брыжейки тонкой кишки выявлено напряжённое опухолевидное образование 15x15см. При вскрытии данного образования получено 150мл. густой лизированной крови с гнилостным запахом. При

ревизии полость абсцесса располагалась позади брыжеечных сосудов, кпереди от аорты, распространяясь вверх до нижнего полюса правой почки, слева и справа полость абсцесса находится на уровне латеральных краёв поясничных мышц, снизу у входа в малый таз. Интраоперационно ситуация трактована как забрюшинная флегмона неуточнённой этиологии. Операция завершена дренированием и тампонированием забрюшинного пространства. На 3-и сутки послеоперационного периода отмечается промокание тампонов желчью. Диагностирован разрыв 12-ти перстной кишки. Выполнена релапаротомия, резекция 2/3 желудка на длинной петле с впередиободочным межкишечным анастомозом по Брауну. Рана 12-ти перстной кишки ушита на ПВХ дренаже с формированием дуоденостомы. Операция дополнена холецистостомией и завершена формированием лапаростомы. После двух программных санаций лапаростома ушита. Больной выздоровел. Дуоденостома удалена через 2 мес. Выводы. Однотипная локализация разрывов в области нижнего дуоденального изгиба позволяет предположить, что в этом месте стенка 12-ти перстной кишки наименее прочная и в первую очередь подвержена спонтанным разрывам при повышении внутрипросветного давления. Непосредственным механизмом, приводящим к разрывам 12-ти перстной кишки является повышение в ней давления. Вероятными причинами для критического повышения давления могут быть переиздание в сочетании со стартовыми физическими нагрузками как при синдроме Бурхаве, рвота, хроническая дуоденальная непроходимость, спаечный процесс в области дуоденоюнального изгиба.

Рекомендации. При выборе хирургической тактики при свежих забрюшинных разрывах целесообразно выполнение резекции повреждённого участка 12-ти перстной кишки с формированием на неизменённом участке дуодено-энтероанастомоза по Ру. При старых разрывах обосновано выполнение резекции желудка в стандартном объёме для исключения пассажа пищи по повреждённой кишке и формирование дуоденостомы. Все операции целесообразно дополнять дренированием желчевыводящей системы.



651. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

*Кряжевских О.В., Белоус Р.А., Степаненко Е.А.,
Смирнова Н.Е., Недид С.Н., Щур А.Ю.,
Яцишин Д.А., Гремблат А.Б., Вдовин О.Б.,
Цыганчук Е.В.*

Благовещенск

ГАУЗ АО Амурская областная детская
клиническая больница

Острый панкреатит (ОП) в детском возрасте, в настоящее время, не является эксклюзивным заболеванием, но формы требующие хирургического лечения встречаются достаточно редко. Материалы и методы: За период 2006-2016 г.г. в хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы находились 9 человек (МКБ К85) с острым не инфицированным и инфицированным панкреатитом. В возрасте 12-18 лет - 6 человек, в возрасте 4 года - 2 пациента, и 1 пациент - 8 лет, с преобладанием девочек (7 человек). Этиологический фактор был установлен у 7 пациентов: с хронической патологией ЖКТ (хр. гастродуоденит с частыми обострениями) 3 человека, провоцирующим фактором было нарушение питания; с патологией билиарной системы 2 пациента (ЖКБ, острый бескаменный холецистит); врожденный гипотиреоз, соматотропная недостаточность, сахарный диабет был у 1 ребенка; травма поджелудочной железы с ее повреждением у 1 пациента. У 2 детей достоверно этиологический фактор установить не удалось. Время от момента заболевания до обращения в лечебное учреждение в среднем составило 2 суток. При поступлении в хирургическое отделение в первые сутки всем поступившим проводилось исследование клинического анализа крови, у 2 пациентов отмечался лейкоцитоз, у 6 детей отмечено повышение амилазы крови, у троих из этой группы выполнялось исследование на трипсиноген. УЗИ внутренних органов и брюшной полости проводилось всем, при этом отмечалось увеличение поджелудочной железы с её диффузно-структурными изменениями разной степени выраженности, Вирсунгов проток расширен был у 2 детей. У 8 пациентов диагностирована свободная жидкость в брюшной полости, ослабление перистальтики, у 2 пациентов признаки острого холецистита (каменного или бескаменного). У 2 пациентов выполнена ФГДС и у одного компьютерная томография забрюшинного пространства. Из данной группы пациентов хирургическое лечение начато было с лапароскопии у 8 детей, которая в одном случае заверши-

лась конверсией. У одного ребенка выполнена лапаротомия. Эндовидеохирургическим путем пролечено 7 пациентов: лапароскопическая санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости 4 случая, дополнено холецистостомой у 2 пациентов; лапароскопическая санация брюшной полости в 2 случаях; лапароскопическая холецистэктомия в 1 случае; лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости в 2 случаях, у 1 пациента дополнено марсупиализацией сальниковой сумки, а так же потребовались повторные хирургические вмешательства. Средний койко-день составил 19 дней (минимальный 11 к/д, максимальный 63 к/д). Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было. Выводы: 1. Острый инфицированный и не инфицированный панкреатит у детей редкое заболевание, патология составила около 0,005% на все детское население Амурской области. 2. При остром не инфицированном панкреатите у детей необходимо применять лапароскопические дренирующие операции на сальниковой сумке и брюшной полости. 3. Инфицированный панкреатит требует лапаротомических доступов (марсупиализация, абдоминализация), с программированными санациями и дренированием флегмоны забрюшинного пространства. 4. Инфицированный панкреатит у детей протекает более «доброкачественно», по сравнению со взрослой группой населения.

652. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Майстренко Н.А.(1), Хватов А.А.(2),
Сазонов А.А.(1)*

Санкт-Петербург

- 1) Военно-медицинская академия
- 2) Ленинградская областная клиническая больница

На протяжении последних десятилетий среди населения России наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости и смертности в отношении рака прямой кишки, при этом Северо-западный регион занимает лидирующие позиции по этим показателям. Мероприятия, направленные на создание системы диспансеризации и ранней диагностики остаются малоэффективными. Это не позволяет снизить частоту выявления местнораспространенных форм данной онкопатологии, которые диагностируются в 20-30 % случаев и



крайне негативно влияют на перспективы лечения. Еще более сложную когорту больных представляют пациенты с рецидивным местнораспространенным раком прямой кишки, хирургическое лечение которых, как правило, ограничивается выполнением симптоматических операций. Однако при отсутствии отдаленных метастазов даже у этой категории больных открываются перспективы радикального хирургического лечения, при этом единственным эффективным вариантом оперативного пособия для них остается экзентерация малого таза (ЭМТ). С января 2006 по декабрь 2015 ЭМТ были выполнены 58 больным (10 мужчин и 48 женщин) в возрасте от 37 до 71 года. Показанием к данному оперативному вмешательству был местнораспространенный рак прямой кишки, при этом у 20 пациентов опухоль прорастала все органы мочеполовой системы. Этим больным были выполнены тотальные ЭМТ. 38 пациенткам, в связи с вовлечением в опухолевый процесс матки с придатками, были произведены задние ЭМТ. У большинства пациентов (37 человек) имел место рецидив опухоли прямой кишки, который развился в сроки от 8 до 40 месяцев после предшествовавшего хирургического лечения. Всем пациентам были выполнены ЭМТ в радикальном объеме – R0. При наличии лимфогенных метастазов после удаления комплекса тазовых органов выполнялась аортоподвздошная и/или тазовообтураторная лимфодиссекция. 11 пациентам были выполнены тотальные супралевавторные ЭМТ, причем в 6 случаях была осуществлена полная реконструкция органов малого таза. Она включала формирование: ортотопического континентного илеоцекального мочевого резервуара с естественным антирефлюксным механизмом, а также резервуарного колоанального анастомоза. У всех пациенток с целью улучшения психосексуальной реабилитации применялась сигмовагинопластика. 9 больным были выполнены инфралевавторные тотальные тазовые экзентерации, что подразумевало удаление диафрагмы таза и тканей промежности и требовало применения кожно-мышечной пластики для закрытия обширных дефектов, с использованием перемещенного VRAM лоскута. Осложнения в послеоперационном периоде были отмечены у 21% больных, выполнение повторных вмешательств для их ликвидации потребовалось в 8% случаев. Послеоперационная летальность составила 5% (3 больных). Среднее время пребывания больного в стационаре составило 12 дней. Отдаленные результаты в сроки от 2 до 8 лет прослежены у 47 пациентов (81% от общего числа). 3-х летняя общая выживаемость для пациентов с первичными и рецидивными новообразованиями составила 65% и 38%, соответственно. Использование реконструктивных методик для сохранения физиологической

деривации мочи и анальной континенции, а также коловагинопластики облегчило психо-социальную реабилитацию больных и позитивно повлияло на основные показатели качества их жизни согласно результатам анкетирования. Таким образом, выполнение ЭМТ с применением реконструктивных технологий у пациентов с местнораспространенными формами рака прямой кишки позволяет добиться ощутимого прироста выживаемости и существенно улучшить качество их жизни.

653. ВЛИЯНИЕ РЕФЛЮКСА ПО МАГИСТРАЛЬНОЙ ВЕНЕ НА ТЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Гавриленко А.В (1,2), Вахратьян П.Е (1,3),
Фомина В.В (1)*

Москва

Гавриленко А.В (1,2), Вахратьян П.Е (1,3), Фомина В.В (1).1) ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», 2) Кафедра сердечно-сосудистой хирургии №1 ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 3) Кафедра госпитальной хирургии №2 лечеб

Цель исследования. Определить значение рефлюкса по магистральной (бедренной) вене на течение варикозной болезни нижних конечностей.

Методы. Проведен сравнительный анализ 264 пациентов с варикозной болезнью. 126 пациентов с IV формой варикозной болезни, с рефлюксом по бедренной вене до средней трети бедра и ниже и, продолжительностью более 1,5 сек. И 138 пациентов с II-III формой варикозной болезни без рефлюкса по бедренной вене. Группы больных были однородны по полу и возрасту. Подавляющее большинство составили женщины. У пациентов 1 группы в дооперационном периоде определялась II и III класс ХВН по классификации CEAP с превалированием III класса. В послеоперационном периоде подавляющее большинство пациентов переходили в 0 и I класс ХВН. Подобную картину мы наблюдали у пациентов 2 группы с различием в исходе. У большинства пациентов был II класс ХВН по классификации CEAP, однако в послеоперационном периоде так же подавляющее большинство переходило в 0 и I класс ХВН.

Результаты. Динамика клинической симптоматики по варикозному расширению: в исходе у всех пациентов обеих групп определялось варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей. В течение одного года после операции данная симптоматика практически отсутствовала в обеих



группах, однако к десяти годам наблюдения появлялась вновь и примерно в одинаковом проценте случаев. Изучение отдаленных результатов операций показало, что количество рецидивов ВБ в обеих группах достоверно не отличалось и составило в 1гр. 25% и во 2гр. 23%. Причинами рецидивов в подавляющем большинстве случаев в обеих группах по нашим данным были рефлюксы по перфорантным венам, возникшие вновь или не устраненные во время операции, а так же культя с измененным притоком или варикоз в ранее интактном бассейне. Интегральный балл качества жизни (по шкале CIVIQ 2) в группах в послеоперационном периоде не отличался. Однако внутри групп была разница между подгруппами выздоровления и рецидивирования. Причем в первой группе это различие появляется примерно через 7-8 месяцев после операции и становится достоверным к 4-5 году наблюдения, а во второй группе через 2 месяца после операции и становится достоверным так же к 4-5 году наблюдения.

Выводы. Вертикальные венозные рефлюксы не являются причиной рецидива варикозной болезни нижних конечностей, а динамика качества жизни пациентов не зависит от наличия или отсутствия рефлюкса. В связи с чем рефлюкс по бедренной вене не влияет на течение и рецидивирование варикозной болезни.

654. АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ

Гринческу А.Е., Хилько С.С.

Симферополь

ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение)

Проведен анализ 63 повторных операций на желчных протоках, из них 29 выполнено в плановом порядке и 34 в экстренном, последние выполнялись в сроки от 2-х до 8 суток после первичной операции. Причинами повторных экстренных оперативных вмешательств явились: 1. Преждевременное непреднамеренное удаление дренажа холедоха – 11(32,35%); 2. Подтекание желчи мимо дренажа холедоха или из ложа желчного пузыря – 19 (55,88%). 3. Травма желчных путей, не диагностированная при первичной операции – 4 (11,76%). В первой группе больных с выполненной в экстренном порядке релапаротомией было 8 (23,53%) мужчин и 26 (76,47%) женщин. Основную массу со-

ставили пациенты старше 60 лет – 22 (64,7%). У 11 больных этой группы причинами релапаротомии явилось преждевременное непреднамеренное удаление дренажа холедоха, в такой ситуации 9 пациентам произведено редренирование холедоха по тому же способу, что и при первичной операции (Эбб-Холстед), а у 2-х больных вместо дренажа Вишневского использован Т-образный дренаж Дивера-Кера. Для профилактики непреднамеренных удалений дренажей мы предлагаем после холедохотомии и выведения дренажа наружу пересекать дренажную трубку на расстоянии 4-5 см от передней брюшной стенки с последующим соединением концов пересеченного дренажа переходником. После внедрения этой методики самопроизвольных выпадений и случайных удалений дренажей не наблюдалось. Подтекание желчи мимо дренажа выявлено у 19 пациентов первой группы. При этом у 9-ти больных это не привело к развитию более серьезных осложнений. Причинами явились технические погрешности при создании герметичности вокруг дренажа желчного протока (5 больных) и при ушивании ложа желчного пузыря (4 больных). У 10-ти больных (54,0%) подобное осложнение привело к развитию желчного перитонита (5 больных) и к образованию подпеченочного абсцесса (5 больных). При травмах гепатикохоледоха с развитием обструкции желчных протоков и механической желтухи у 4-х больных была произведена гепатикохолангиостомия, в связи с поздними сроками для проведения восстановительных и реконструктивных операций. После повторных операций в первой группе больных умерло 9 человек, что составило 26,5%. Во второй группе (29 больных) повторные операции были произведены по поводу механической желтухи различной этиологии с сопутствующим холангитом у 6 из них. Причины повторных операций явились: 1. Холедохолитиаз – 10 (43,48%); 2. Рубцовые стриктуры желчных протоков – 6 (20,69%); 3. Индуративный панкреатит – 5 (17,24%); 4. Рубцовый (изолированный) стеноз Фатерова соска – 3 (10,34%); 5. Рак головки поджелудочной железы -3 (10,34%); 6. Опухоль Клатскина – 2 (6,89%). Произведено 20 реконструктивных операций, из них 14 – это холедохо- и гапатикодуоденостомии, и 6 – гепатико- и холедохоеюностомия с декомпрессией анастомоза у всех оперированных больных (через круглую связку печени или транспеченочно). В структуре восстановительных операций (9 больных) различные виды холедохостомий выполнены у 7 больных, сквозное сменное дренирование при опухоли Клатскина произведено 2-м больным. Умерло 3-е больных – 2 с опухолью головки поджелудочной железы при прогрессировании основного заболевания, 1 с опухолью Клатскина. Летальность составила 10,3%. Таким образом, из 63 опериро-



ванных больных умерло 12 человек, послеоперационная летальность – 19,05%. Анализируя причины повторных операций на желчных протоках в обеих группах больных необходимо отметить, что в большинстве случаев в их основе лежат несколько факторов, а именно: 1. Нарушение правил при дренировании желчных протоков (установка и фиксация дренажа, наложение швов на стенку общего печеночно-желчного протока и создание герметичности вокруг дренажа). 2. Неадекватное дренирование брюшной полости. 3. Отказ от проведения ранней чрездренажной холангиографии и мониторинга УЗИ. 4. Недостаточная ревизия общего печеночно-желчного протока и проходимости Фатерова соска.

655. АЛГОРИТМ СОВРЕМЕННОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дану М.И., Павлюк Г.В.

Кишинёв, Республика Молдова

Государственный Медицинский Университет
«Н. Тестемицану»

Актуальность. Гнойно-септические процессы занимают важное место в хирургии больных пожилого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией (сахарный диабет, цирроз печени, сердечно-сосудистая недостаточность) и являются причиной развития тяжёлой ишемии конечностей и гнойно-септических осложнений у 65-75% больных, приводящих в 15-25% случаев к ампутации и занимают 3 место среди причин смерти у этих больных. Основной целью нашего исследования является усовершенствование метода диагностики осложнений у данных больных. После комплексного обследования и постановки диагноза было назначено лечение, направленное на: а) гликемический контроль, коррекцию магистрального кровотока, улучшение микроциркуляции нижних конечностей, коррекцию ишемии при нейро-ишемической форме; б) борьбу с инфекцией, местная и общая антибиотикотерапия (Цефамед 1,0 х 2 раза в день, Авелокс и др.); в) очищение нагноительных некротических дефектов раны и оптимизация перевязочных средств с антисептическими растворами и мазями, которые содержат антибиотики, сульфаниламиды и другие препараты антибактериального действия. Известным недостатком традиционного метода является большая длительность лечения и довольно высокая цена

медикаментов (энзимы, ферменты, антисептики, антибиотики). Для улучшения лечения данной патологии нами применён метод использования “Langermania gigantean” – головача (дождевика) гигантского. Лангермания гигантская обладает противоопухолевым действием, укрепляет иммунитет, она содержит кальциевую кислоту, лейцин, тирозин, эргостерин, липиды и ферменты. Этот метод применён нами впервые в хирургической практике, в результате чего получен Патент на изобретение: «Метод лечения трофических язв» MD 4197 C1 2013.09.30.

Материал и методы. В 2016 году у нас в клинике лечились 22 больных с сахарным диабетом II ст., циррозом печени и сердечно-сосудистой недостаточностью. У данных больных были явления нейтропатии различной степени с обширными ранами, трофические некротические язвы с инфицированием плантарного пространства и остеомиелитом костей дистального отдела стопы. Всем больным проводилась комплексная интенсивная терапия: антибиотики широкого спектра действия парентерально, реологические растворы, сосудорасширяющие препараты, десенсибилизирующая терапия, спазмолитики, витаминотерапия, также проводилось лечение сопутствующей патологии. Местное лечение у 10 из 22 больных проводилось традиционным методом, длительность лечения 2-4 месяца, а иногда и больше. А у 12 больных - с применением Лангермании гигантской, - ежедневная санация ран антисептиками Бетадин, Декасан, потом наложение повязки с порошком Лангермании гигантской. Полученные результаты. При снятии повязки через 24 часа на повязке оставалось большое количество фибрина и остатки некротических масс (т.к. грибок действует по типу протеолитических ферментов). На 3-4 сутки появлялись грануляции, стихало перифокальное воспаление, уменьшалась экссудация и болевой синдром. Средняя длительность лечения в этой группе больных составляла 38 дней. Выводы. Преимуществами предложенного метода являются сокращение длительности пребывания в стационаре, простота приготовления препарата и низкая стоимость. В результате наших исследований выявлено, что своевременное комплексное лечение, с применением предложенного нами метода приводит к ускорению процесса регенерации соединительной ткани и эпителизации трофических некротических язв. Отмечается повышение иммунитета, исчезает перифокальное воспаление, уменьшается болевой синдром.

Рекомендации. Мы пришли к выводу, что Лангермания гигантская даёт возможность получить хорошие результаты и предупреждает развитие гнойно-септических осложнений у данных больных. Исходя из чего, её можно широко применять в хирургической практике.



656. БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА

Ильканич А.Я.(1), Вишнякова И.А.(2),
Лобанова Ю.С.(2), Лопатская Ж.Н.(1)

Сургут

1. ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»
2. БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Цель: оценка эффективности использования сетчатых имплантов в хирургии тазового пролапса.
Материалы и методы исследования. Проведен анализ клинической эффективности хирургического лечения 172 пациенток с тазовым пролапсом, пролеченных за период 2012-16 гг. в Центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы. Для реконструкции тазового дна использованы сетчатые импланты «Пелвикс» («Линтекс», Россия). В своей клинической практике при проведении хирургического вмешательства мы придерживаемся следующих тактических установок: 1. При цистоцеле 3 – 4 ст., / переднем энтероцеле с центральным, парацервикальным, паравагинальным, недифференцируемом дефекте или при их сочетании, с умеренным или выраженным апикальным пролапсом - применяем троакарную методику с использованием сетчатого импланта «Пелвикс передний» с проведением задних рукавов импланта через крестцовоостистые связки, а передних – через obturatorные отверстия. 2. При выпадении купола влагалища (постгистерэктомический пролапс), при полном выпадении (утеро-энтеро-ректоцеле) - троакарную методику с использованием сетчатого импланта «Пелвикс тотальный» или «Уро Слинг – 1» в сочетании или без субфасциальной передней и/или задней кольпорафией с фиксацией швов к имплантату. 3. При ректоцеле 3 – 4 ст - троакарную методику с использованием сетчатого импланта «Пелвикс задний». 4. При изолированном апикальном пролапсе в сочетании с элонгацией шейки матки - «Уро Слинг – 1» через передний доступ в сочетании с резекцией шейки матки по Штурм-дорфу. 5. При рецидиве пролапса способ операции определяется индивидуально, в зависимости от характера сформировавшегося пролапса «de novo». Отбор больных осуществляли врач-гинеколог и колопроктолог. Объем обследования по-мимо рутинного осмотра и лабораторной диагностики включал УЗИ органов малого таза и исследование характера мочеиспускания. При нарушении мочеиспускания в дооперационном периоде пациентки были консультированы урологом. Обоснованность так-

тических установок, эффективность методики и степень ее безопасности оценивали по результатам раннего и отдаленного послеоперационного периода. Наблюдение за больными осуществляли в амбулаторных условиях с обязательным осмотром не реже 1 раза в месяц, а затем, через 3, 6, 12 месяцев и далее 1 раз в год. Результаты и их обсуждение. По поводу изолированного ректоцеле оперировано 47 (27,3%) пациенток, цистоцеле с различными вариантами дефекта пу-боцервикальной фас-ции – 74 (43%), сочетанного цисто-и ректоцеле – 27 (15,7%), с изолированным апикаль-ным пролапсом в сочетании с элонгацией шейки матки – 1 (0,6%), с выпадением купола влагалища - 21 (12,2%), при рецидиве пролапса – 2 (1,2%) больных. Осложнения раннего и отдаленного послеоперационного периода наблюдали у 5 (2,9%) оперированных: у 3 (1,4%) - повреждение мочевого пузыря во время операции, затруднен-ная дефекация в раннем послеоперационном периоде связанная с миграцией сетчатого импланта - у 1 (0,7%) и гематома промежности потребовав-шая операционного гемостаза – у 1 (0,7%). Рецидивы, потребовавшие повторного вмешательства наблюдали у 2 (1,2%) пациенток. Сроки наблюдения составили от 1 до 48 месяцев. Все оперированные больные находятся под наблюдением врача-гинеколога центра колопроктологии. Отдаленные результаты лечения прослежены у 134 (77,9%) оперированных. Отличный результат при динамическом наблюдении отмечен у 119 (88,8%) больных, удовлетворительный - у 12 (9%), неудовлетворительный - у 3 (2,2%). Заключение. Использование сетчатых имплантов безопасный метод лечения тазового пролапса. При соблюдении доказанных по эффективности тактических решений и выполнении методики оперативного вмешательства строго в соответствии с принятыми рекомендациями риск осложнений оперативного вмешательства не превышает 2,9%.

657. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ПОЛИТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ЖЕЛЧЕОТТОКА

Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И.,
Мандриков В.В.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоградский научный медицинский центр

В настоящее время стандартом лечения пациентов



с нарушением желчеоттока или синдромом механической желтухи является применение этапных минимально инвазивных декомпрессионных вмешательств. У значительной части больных с длительной или «высокой» механической желтухой эндоскопическая транспапиллярная коррекция желчеоттока опасна развитием трудно контролируемого кровотечения, либо вообще технически невыполнима.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с нарушением желчеоттока различной этиологии за счет применения сочетанных минимально инвазивных декомпрессионных вмешательств. В клинике факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета с 2014 по 2016 год находились на лечении 236 пациентов с нарушением желчеоттока различной этиологии. Из них синдром механической желтухи осложнил течение основного заболевания у 186 (78,8%) больных. Неудачи эндоскопических транспапиллярных вмешательств, обусловленные протяженным поражением гепатикохоледоха, проксимальным уровнем билиарного блока, выраженными деформациями гепатикохоледоха вследствие выполненного ранее дренирования Т-дренажом, распространением опухолевого роста на стенку двенадцатиперстной кишки, возникли у 46 (19,5%) пациентов. Невозможность одномоментного восстановления желчеоттока с использованием транспапиллярных манипуляций явилась показанием к сочетанному этапному применению чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств по методике «rendezvous». У 8 пациентов со «свежими» ятрогенными повреждениями желчных протоков сочетанно использовали лапароскопические и эндоскопические транспапиллярные вмешательства. У 6 больных выполнение ретроградной холангиографии во время повторной лапароскопии позволило исключить «большие» повреждения желчных протоков, а эндопротезирование гепатикохоледоха – купировать желчеистечение в брюшную полость. В 2 наблюдениях у пациентов с клипированием и полным пересечением общего печеночного протока при ранее выполненной лапароскопической холецистэктомии внутреннее желчеотведение было восстановлено в ходе лапароскопически ассистированного эндоскопического транспапиллярного стентирования, при котором заведение проводника со стентом в проксимальные отделы билиарного тракта осуществляли с помощью лапароскопического инструментария. Во всех наблюдениях были получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Таким образом, сочетанное использование эндоскопических, чрескожных чреспеченочных и лапароскопических технологий является эффективным методом восстановления

желчеоттока при невозможности выполнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

658. ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ – ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Зайцев Д.А. (1,2), Лишенко В.В. (1,2), Кочетков А.В. (1), Попов В.И. (1), Кротова О.Н. (1), Скрябин С.А. (2)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ ВЦЭРМ МЧС России
- 2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Эмпиема плевры (ЭП) после пневмонэктомии (ПЭ), для оптимизации лечения должна быть разделена на две группы, в связи с различным патогенезом: несмотря на однотипные клинические проявления ЭП без бронхиального свища, и ЭП с бронхиальным свищом. В первой группе, гнойно-воспалительный процесс связан с обильным обсеменением плевральной полости (ПП) патогенными микроорганизмами (гнойный бронхит, гангрена легкого) и наличием благоприятных условий в оперированном гемитораксе (свернувшийся гемоторакс, ранний фибриноторакс, остеомиелит ребер, гнойный хондрит). Под нашим наблюдением находилось 19 пациентов, относящихся к 1-ой группе. Критерием установления диагноза ЭП были показатели лейкоцитоза в пунктатах из плевральной полости, бактериологическое подтверждение наличия инфекционного процесса в плевральной полости, другие проявления системной воспалительной реакции. Диагностические мероприятия для верификации процесса в обязательном порядке включали торакоскопию и компьютерную томографию. Торакоскопия носила лечебно-диагностический характер: оценивался характер изменений в ПП – характер разграничений, наличие/отсутствие свернувшегося гемоторакса, его величины, состояние лоскутов, прикрывающих культю бронха. При необходимости удалялись фибринные напластования, свертки крови в задне-базальных отделах гемиторакса. Следует отметить, что альтернативным способом санации ПП является протеолитическая терапия – «расплавление» фибриновых и кровяных свертков при внутривнутриплевральном введении протеолитических ферментов. Мы пользуемся для этих целей отечественным препаратом «Террилитин», прекрасно зарекомендовавшим себя на протяжении многих лет применения. В этом случае торакоскопия выполняется для контроля качества проведен-



ной санации и решении вопроса о прекращении дренирования. Компьютерная томография в этой группе больных выполняется для поиска инфекционного очага в костно-хрящевых отделах грудной клетки, т.к. санация ПП без удаления их является бесперспективной. Такие операции – резекция ребер и резекция реберных хрящей понадобилась у 3 пациентов (12%). Умер 1 пациент из группы, в связи с прогрессирующим онкологическим процессом. Во второй группе (ЭП с наличием свища культи главного бронха) было 34 пациента. Лечение таких больных представляет значительную проблему: инфекционный процесс в плевральной полости поддерживается за счет постоянного сообщения с внешней средой. Успех санации ПП напрямую зависит от закрытия бронхоплеврального свища, что требует отдельного пространного обсуждения. В этом сообщении мы хотели поделиться опытом применения т.н. «управляемой торакастомы», не препятствующей заживлению бронхиального свища. Функционирование последнего связано во многом с градиентом давления разрывного характера, возникающего между просветом культи бронха в периоды кашля, чихания, натуживания (при открытом плевральном дренаже), а также с обратным движением потока воздуха в момент глубокого вдоха. Т.н. «классическая» или зияющая торакастома совершенно нарушает механику дыхания, обуславливает «парадоксальное» дыхание – вдох из плевральной полости, таким образом позволяет качественно санировать ПП открытым способом, в ущерб заживлению свища культи главного бронха. Нами предложен способ «наложения» торакастомы, располагающейся между передней и средней подмышечной линией, путем формирования кожно-мышечного клапана, обеспечивающего герметизацию ПП при приведении к туловищу верхней конечности (во время кашля, разговора) и «зиянии» торакастомы при отведении конечности, что обеспечивает на перевязке хорошую санацию такой полости, в том числе и в амбулаторных условиях, применение дополнительных методов воздействия на стенки свища (прижигание, диатермокоагуляция, «пломбировка» и пр.). Такой способ формирования торакастомы мы применили у 16 пациентов. Обеспечение «физиологического покоя» способствовало полному заживлению бронхиального свища у 12 пациентов, 4 потребовались дополнительные операции по типу торакомиопластики.

659. РОЛЬ ВИРУСЕМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ГРИППА А/Н1N1

Тулупов А.Н. (1), Попов В.И. (1,2), Лишенко В.В. (1,2), Зайцев Д.А. (2), Попова Т.В. (2)

Санкт-петербург

- 1) ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М.Кирова» МО РФ
- 2) ФГБУ ВЦЭРМ МЧС России

Профилактика и лечение острых инфекционных деструкций легких по-прежнему остается весьма актуальной проблемой торакальной хирургии, особенно в настоящее время, когда свирепствуют эпидемии гриппа А/Н1N1 «свиного», А/Н5N1 «птичьего» и других разновидностей. Исследования неспецифической противовирусной клеточной резистентности, проведенные у наших больных острыми инфекционными деструкциями легких, в том числе ассоциированных с вирусом гриппа А/Н1N1 показали, что у 120 из 153 пациентов (78,4%) отмечено достоверное увеличение количества моноцитов и лимфоцитов с вирусными включениями и коэффициента их вирусного поражения. Так, у больных гангреной легких значительно увеличен процент мононуклеарных фагоцитов, содержащих вирусные включения ($60,4 \pm 6,8 \%$ при значении в контроле $9,2 \pm 0,9\%$), коэффициент вирусных включений в мононуклеарных фагоцитах ($1,66 \pm 0,17\%$ при норме $0,20 \pm 0,03\%$), а также процент лимфоцитов, содержащих вирусные включения ($8,5 \pm 1,9\%$ при норме $2,5 \pm 0,1\%$), и коэффициент вирусных включений в лимфоцитах ($1,85 \pm 0,17\%$ при норме $0,3 \pm 0,07\%$). У пациентов острыми абсцессами легких вирусное поражение встречалось реже, а выше отмеченные показания имели меньшие изменения. Необходимо отметить, что наиболее часто вирусная инвазия выявлялась у больных с гнойно-гнилостным процессом в легких. Убедительно показано, что у больных острыми инфекционными деструкциями легких закономерно возникают выраженные нарушения клеточных звеньев в сочетании с увеличением количества моноцитов и лимфоцитов с вирусными включениями и коэффициента их вирусного поражения. Таким образом, анализ полученных нами данных свидетельствует о том, что в возникновении острых инфекционных деструкций легких важная роль наряду с патогенной микрофлорой принадлежит и вирусной инфекции.



660. УТОЧНЯЮЩИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Платонов П.А., Анищенко В.В., Ковган Ю.М.,
Ким Д.А., Куликов В.Г.

Новосибирск

НУЗ «Дорожная клиническая больница
на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД»

Нами проведен анализ 108 пациентов с пищеводом Барретта с использованием узкоспектральной эндоскопии. Пациентов с кишечной метаплазией было 91%, с дисплазией низкой степени 9%. Основываясь на классификации, предложенной М. Кара 2006 г., уточненной R.Singh 2008г., проведена оценка типов рисунка сегмента Барретта: тип А – округлые ямки и регулярный сосудистый рисунок; тип В – виллезные/гребневидные ямки и регулярный сосудистый рисунок; тип С – отсутствие ямок и регулярный сосудистый рисунок; тип D – искаженные ямки и нерегулярный сосудистый рисунок. По данным вышеуказанных авторов в их наблюдениях тип А соответствовал желудочной метаплазии, типы В и С – кишечной метаплазии, тип D – дисплазии различной степени. Показанная диагностическая точность составила 87,9%. Следует отметить, что при использовании данной классификации, у одного больного в наших наблюдениях часто сочетались различные типы рисунка, это обусловлено мозаичностью сегмента Барретта, в котором встречаются различные виды метаплазии/дисплазии. При определении типа рисунка сегмента Барретта мы относили к тому или иному виду, учитывая данные преобладающей узкоспектральной эндоскопии. При сопоставлении эндоскопической характеристики в NBI режиме к имеющимся морфологическим данным из включенных в группу исследования 108 пациентов к А типу рисунка сегмента Барретта отнесено 1,5%, В типу 74% пациента, С тип 14,5% пациентов, D тип 10%. При сопоставлении морфологического заключения и типов рисунка сегмента Барретта мы получили следующие данные: при КМ (91% наблюдений) встречались все типы рисунков. А тип – 1,6%, В тип 81%, С тип 14,2%, D тип 3,2%. У пациентов с ДНС А,В типы не определены, С тип у 16,7%, D тип 83,3%. Мозаичность сегмента Барретта встретилась в 39%. Наиболее часто в 63% сочетались А и В типы рисунка, сочетание В,С типов отмечено в 14,8% наблюдениях, в 22,2% наблюдений определено сочетание В и D типов рисунка сегмента Барретта. Вышеизложенное помогает оперирующему эндоскописту в определении границ проведения

аргонплазменной коагуляции путем сопоставления типа рисунка к виду метаплазии/дисплазии. Во время проведения абляции предпочтительна оценка гетерогенности сегмента Барретта и обработка участков с В,С,D типами рисунков.

661. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЭНДОСОНОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

Платонов П.А., Анищенко В.В., Ковган Ю.М.,
Ким Д.А., Куликов В.Г.

Новосибирск

НУЗ «Дорожная клиническая больница
на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД»

Для оценки степени выраженности изменения стенки пищевода у пациентов с пищеводом Барретта мы использовали эндосонографическое исследование. Исследование проводили на различных периодах лечения: №1 -при отсутствии какого либо лечения, №2 - через 8 недель после проведенного курса консервативной терапии (дооперационный этап), №3 - в раннем послеоперационном периоде (5-8 сутки после аргонплазменной коагуляции), №4 - через 1 месяц после аргонплазменной коагуляции, №5 - через 2 месяца после аргонплазменной коагуляции. При анализе эндосонографических данных в различные периоды лечения мы получили следующие результаты: толщина стенки пищевода при отсутствии какого либо лечения (этап №1) сопоставима с результатами измерений в ранний период после проведенной АПК (3 этап) и составляла $10,32 \pm 1,32$ и $12,85 \pm 0,29$, где $p > 0,05$. При сопоставлении результатов 1-го и 2-го периода лечения: $10,32 \pm 1,32 / 5,925 \pm 1,46$ соответственно и здесь $p < 0,05$. После проведенного курса медикаментозного лечения (этап №2) и проведенной АПК (этап №3) показатели следующие: $5,925 \pm 1,46 / 12,85 \pm 0,29$, что достоверно различимо $p < 0,01$. Результаты на фоне 2-го и 4-го этапов лечения существенно не различались и составили $5,925 \pm 1,46 / 6,55 \pm 1,66$ где $p > 0,05$. Так же не было достоверной разницы на 4-ом и 5-ом периоде лечения: $6,55 \pm 1,66 / 6,2 \pm 1,21$ ($p > 0,05$). Учитывая полученные данные, аргонплазменная коагуляция вызывает полнослойное воспаление в зоне операции, подтверждаемое при ультрасонографии, с нарушением функции перистальтики и клиренса, но при этом не оказывает достоверно значимых изменений на показатели перистальтики и тонуса нижнего пищеводного сфинктера через месяц и более. Аргонплазменную коагуляцию предпоч-



тительно проводить через 8 недель предшествующей медикаментозной терапии, направленной на купирование эзофагита, что снижает дисфагию в п/о периоде, и предотвращает от излишней площади коагуляции. Проведение лапароскопической фундопликации, как этапа комплексного лечения пищевода Барретта, показано не ранее 1 месяца после аргонплазменной коагуляции.

662. ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БИОПТАТОВ СЛИЗИСТОЙ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМОЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Галашина Е.А.(1), Жандарова Л.Ф.(1), Ульянов В.Ю.(1,2)

Саратов

- 1)ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
- 2) Саратовский медицинский университет "Реавиз"

Шейно-спинальная травма в остром и раннем периодах часто сопровождается развитием осложнений со стороны бронхолегочной системы в виде трахеитов, диффузных двусторонних эндобронхитов, пневмонии, клинически проявляющихся развитием дыхательной недостаточности (Б.К. Поддубный и соавт., 2006; А.М. Шулутоко и соавт., 2006; Н.Е. Чернеховская и соавт., 2008). Целесообразным является определение информативности цитологического метода исследования биоптатов слизистой трахеобронхиального дерева при данной патологии (Е.А. Конюченко и соавт., 2010) Цель исследования. Оценить динамику цитологических изменений биоптатов слизистой трахеобронхиального дерева у пациентов с осложненной травмой шейного отдела позвоночника. Материалы и методы. Объектом исследования явились 40 пострадавших обоего пола с осложненными травматическими повреждениями шейного отдела позвоночника, находившихся в клинике нейрохирургии НИИТОН ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России в период с 2013 г. по 2015 г. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц. Всем пациентам с осложненной шейно-спинальной травмой уже в первые сутки выполняли лечебно-диагностическую фибробронхоскопию с целью визуализации состояния трахеобронхиального дерева и взятия лаважной жидкости для проведения

цитологических исследований. Клеточный состав бронхоальвеолярного лаважа (эндопальмональная цитограмма) изучали при микроскопическом исследовании (микроскоп Revelation III Sky Optic) окрашенных («Лейкодиф» 200) цитологических препаратов, полученных из осадка БАЛЖ. Подсчитывали не менее 100 клеток в 3-х полях зрения с использованием иммерсионного объектива (10×100). Учитывали изменение количества клеточных элементов относительно нормы. Цитологические исследования БАЛЖ проводили на 4-е, 7-е, 14-е и 30-е сутки с момента получения травмы. Показатели эндопальмональной цитограммы и бронхоскопическую картину первых суток принимали за исходный показатель. Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакета программ Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS 20 Statistics). Проверяли гипотезы о виде распределений (критерий Шапиро-Уилкса), для сравнения значений использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни и показатель достоверности (p). Результаты. В первые сутки с момента получения травмы эндоскопические показатели, а также цитограмма у всех пациентов соответствовали физиологической норме. На 4-е сутки при цитологическом исследовании зафиксировано статистически достоверное увеличение количества нейтрофильных лейкоцитов в 7,25 раз по сравнению с исходными показателями (p

663. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Енокян Д.Б., Андреев А.М., Володин А.Е.

Лермонтов

ФФГБУ КБ № 101 СКФНКЦ ФМБА России

Варикозная болезнь поверхностных вен (ВБПВ) нижних конечностей является полиэтиологическим заболеванием. Предрасполагающими следует считать те факторы, которые приводят к морфологическим и функциональным изменениям стенок поверхностных вен и их клапанов, что в свою очередь создает предпосылки для последующего возникновения эктазии вен. ВБПВ является самым распространенным заболеванием периферических сосудов. Эпидемиологические исследования показывают, что хронической венозной недостаточностью (ХВН) страдают 20-25% женщин и 10-15 % мужчин. Высокий уровень поражения



трудоспособной части населения, достигающий 40-50%, позволяет говорить о ХВН как о важной медико-социальной проблеме. Более того, если раньше это заболевание относили к проблемам лиц старшей возрастной группы (более 50 лет), то в настоящее время у 10-15% школьников в возрасте 12-13 лет выявляют первые признаки венозного рефлюкса. Цель нашего доклада поделиться опытом хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в условиях общехирургического стационара за период с 2015 по 2017 годы. Основным выбором оперативного пособия в нашем хирургическом отделении являлось выполнение проксимальной, дистальной кроссэктомии с применением зондов для инвагинации, так же выполнение минифлебэктомий с применением крючков "Варади". Проводилась микропенная склеротерапия. За данный период выполнено 80 операций, из них - 20 мужчин (25%), женщин 60 (75%). Проксимальная кроссэктомия выполнена в 70 случаях (87%), дистальная кроссэктомия в 10 случаях (12.5%). В экстренном порядке при восходящем тромбозе выполнено 6 операций, в объеме проксимальной кроссэктомии. Среднее пребывание пациента в послеоперационном периоде на хирургической койке в условиях общехирургического стационара составило 5 дней. Осложнений не было. На основании вышеизложенного, мы считаем, что в условиях нашего стационара и при данном техническом оснащении, основным методом оперативного лечения варикозной болезни нижних конечностей является кроссэктомия (проксимальная и дистальная) в сочетании с минифлебэктомией и применением зондов для инвагинации, с целью уменьшения травматизации окружающих тканей.

664. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОТОКОЛ – СТРАТЕГИЯ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ЦРБ

*Кучер Д.В., Шевченко Н.В., Степовой И.А.,
Степовая А.В., Кучер А.Н., Рындина Л.А.*

Белая Калитва

МБУЗ «Центральная районная больница»
Белокалитвинского района Ростовской области

Актуальность. Поступление пациентов с запущенными флегмонами стопы и нелеченым диабетом, а также перманентный дефицит лекарственного,

диагностического и инструментального компонентов – требуют от врачей мобилизации и пробуждения творческого потенциала. Пять лет назад проведен анализ лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС), показавший неудовлетворительные результаты. Имели место высокая летальность, большое количество высоких ампутаций (до 40%), обоснованные жалобы и претензии пациентов.

Материалы и методы. В 2011 году в отделении внедрён комплексный подход к диагностике и лечению пациентов с СДС. Диагностический протокол включает: - определение гликемии, уровня гликированного гемоглобина, глюкозы и кетоновых тел в моче, холестерина, триглицеридов, фибриногена, АЧТВ и ТВ, фибрин-мономерных комплексов (РФМК); - неврологический осмотр: оценка жалоб, исследование болевой, тактильной, вибрационной и температурной чувствительности, их оценка по шкале NDS, оценка сухожильных рефлексов, электромиография; - оценку гемодинамики – исследование пульса в различных сегментах, определение плече-лодыжечного индекса, ультразвуковая доплерография, осмотр офтальмолога; - инструментальную визуализацию: рентгенография и РСКТ, УЗИ мягких тканей стопы в динамике; - микробиологические и гистологические исследования. Лечебный протокол включает: - раннюю радикальную хирургическую обработку гнойного очага (РХОГО) с визуализацией подапоневротических пространств стопы и некрофасциэктомией; - контроль и коррекцию гликемии инсулинами короткого действия, в тяжёлых случаях – с использованием титрованных доз, вводимых в/в при помощи инфузомата; - лечение нейропатии; - коррекцию имеющихся сопутствующих заболеваний; - иммобилизацию и разгрузку конечности; - физиотерапевтическое лечение; - метаболическую поддержку: сулодексид, депротенизированные гемодиализаты, витамины, сукцинаты; - при показаниях – гепарин, в том числе титрованно вводимый в/в при помощи инфузомата (500-1000 ЕД в час); - антибиотикотерапию, основанная на чувствительности микроорганизмов. В отделении оформлен стенд, где больной может узнать о современных подходах к питанию, правилам ухода за стопой, методам разгрузки конечности. При выписке пациентам дается памятка по этим мероприятиям и рекомендуемой гимнастике.

Результаты. Нами проанализированы результаты лечения 557 пациентов с осложненными формами СДС с 2012 по 2016 год. Среди пациентов было 364 (65,3 %) женщин и 193 (34,7 %) мужчин в возрасте от 32 до 93 лет. Возрастная пирамида: до 40 лет – 5, от 40 до 50 – 21, от 50 до 60 – 106, от 60 до 70 – 208, от 70 до 80 – 161, от 80 до 90 – 50, старше 90 – 6 пациентов. Сахарный диабет 1 типа был у 14



(2,5 %) больных, 2 типа – у 543 (97,5 %) больных. Все больные имели сопутствующие заболевания. У всех пациентов имелись выраженные явления нейропатии. Результаты микробиологического исследования раневого отделяемого: грамположительная флора (чаще – *St. aureus et epidermidis*), а также смешанная флора и ассоциации. Оперированы все пациенты. Выполнено 934 оперативных вмешательства. Чаще первым этапом пациентам выполняется РХОГО стопы – у 495 (88,9 %) больных, из них с ампутацией пальцев и резекцией стопы различного объема у 346 (62,1 %). Первичные ампутации на уровне бедра выполнены в 30, на уровне голени – 5 случаях. Через каждые 2-4 суток открытого ведения раны на фоне ежедневных перевязок прибегаем к ревизии раны под общим обезболиванием с контролем, некрэктомией. У части пациентов при этом производится резекция стопы в необходимом объеме. Общее количество резекций стопы: по Шарпу – 85, в суставе Лисфранка – 19, в суставе Шопара – 17, на уровне основных фаланг – 234. В случае положительной динамики последним этапом хирургического лечения является наложение вторичных швов или лейкопластырное стягивание краев раны. При отсутствии положительной динамики ставится вопрос о вторичной ампутации. Вторичные ампутации на уровне бедра были выполнены 37 пациентам, на уровне голени 13. Общая летальность составила 12 пациентов.

Выводы. Патогенетически индивидуальное этапное хирургическое и медикаментозно-физиотерапевтическое лечение с использованием диагностического и лечебного протоколов снизили процент ампутаций (бедро и голень) до 15,3% и общую летальность до 2,2%.

665. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА

Чирков Р.Н., Артамонов В.В., Арестова И.Н.

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России

Несмотря на высокие достижения в науке и практическое внедрение разработок в медицине, перитонит остаётся актуальной проблемой. Возрастают требования к дренажным устройствам в ходе хирургических операций. Следует отметить, что ряд исследователей категорически против постановки дренажей в брюшную полость, поскольку существует множество побочных действий, таких

как пролежни органов, инфицирование раны, тромбоз сосудов, реакции гиперчувствительности. Показания к установке того или иного дренажа остаются открыты. Этими вопросами занимаются во всем мире, но многообразие задач, стоящих перед хирургами, и социальная значимость проблем требует разработки более эффективных технологий. В процессе экспериментальных исследований, установлено преимущество ацетатцеллюлозной мембраны в качестве основного компонента комбинированного хирургического дренажа, обеспечивающего оптимальные условия дренирования и возможность использования в брюшной полости. В результате работы определены физико-механические свойства образцов производных ацетата целлюлозы. Основными конструктивными и технико-эксплуатационными показателями были: высокая дренажная способность конструкции, биологическая инертность, возможность внедрения лекарственных препаратов, что в конечном итоге имеет экономическую целесообразность использования этих материалов в хирургии. Цель исследования: изучить степень влияния производных ацетата целлюлозы на окружающие его ткани и органы. Задачи: 1. Определить толерантность образцов ацетатцеллюлозной мембраны к тканям живого организма в различные сроки; 2. Оценить биологическую инертность тканей к образцам ацетата целлюлозы. Материалы и методы. Для изучения патоморфологических особенностей реакции брюшины на различные виды ацетата целлюлозы, экспериментальное исследование было выполнено на 78 половозрелых белых крысах линии «Wistar» весом $0,35 \pm 0,05$ кг, в возрасте от 3 месяцев до 1 года. В ходе эксперимента вживляли ацетатцеллюлозные мембраны МФАС-5П и МУСА-6П размером 0,5х2,0 см в соответствующие области полости живота. С целью анализа гистологических данных в динамике нами были сформированы 4 экспериментальные группы лабораторных животных в зависимости от экспозиции полимерного материала. Первая группа сформирована из животных, у которых экспозиция имплантата была 7 суток ($n=19$), вторая – животные, у которых образцы были с экспозицией 21 сутки ($n=19$), третья – животные, у которых образцы были с экспозицией была 40 суток ($n=22$) и четвертая группа с экспозицией образцов 76 суток ($n=18$). Все удаленные во время эксперимента образцы и ткани лабораторных животных (78 наблюдений) подвергались гистологическому исследованию. Экспозиция материала в соответствующих группах была 7, 21, 40, 76 суток. Первый уровень экспозиции - 7 суток, то есть середина 2 – ой фазы раневого процесса, представляется оптимальной для осуществления первичной оценки реакции брюшины на вживление имплантата. Второй срок экспозиции



для оценки влияния вживленного материала из ацетата целлюлозы на брюшину и толерантности экспериментальных образцов явился срок 21 сутки, так как в это время влияние тканевых литических ферментов максимально. Третий период - 40 суток, когда воспалительный компонент от раневого дефекта должен полностью отсутствовать, процессы рубцевания и реорганизации рубцовой ткани умеренно выражены. Заключительная группа лабораторных животных выводилась из эксперимента на 76 сутки, когда раневой процесс полностью отсутствовал, соединительная ткань рубца полностью созрела. На всех аутопсиях лабораторных животных признаков перитонита или другой патологии выявлено не было. Результаты и обсуждения. Анализ гистологического материала первой группы лабораторных животных показал, что в сравнительном эксперименте наименее выраженная реакция наблюдается при имплантации образца мембраны МУСА-6П во всех отделах брюшины. При этом наблюдается менее выраженная воспалительная инфильтрация полиморфноядерными и эозинофильными лейкоцитами, невыраженный фибропластический процесс. На 7-е сутки у крыс первой группы при вживлении мембраны МФАС-5П в сальнике выраженная воспалительная инфильтрация, присутствуют большое количество эозинофильных и полиморфноядерных лейкоцитов на фоне выраженного фибропластического процесса, также в висцеральной брюшине печени выраженная воспалительная инфильтрация на фоне умеренного фибропластического процесса. Таким образом, на 21-ые сутки экспозиции полимеров экспериментальных образцов, было отмечено, что мембрана МФАС-5П провоцирует умеренное воспаление тканей, а также начался процесс биологической деградации. Полимерный материал на контактной поверхности прорастает фибробластами. Вышеописанная гистологическая картина отмечается во всех отделах брюшины, контактирующая с полимером МФАС-5П. МУСА-6П не вызывает воспалительных изменений, фибропластического процесса и не подвергается деградации у всех лабораторных животных. При анализе гистогрaмм, полученных от лабораторных животных при экспозиции 40 суток, отмечается дальнейшая деградация полимера МФАС-5П. В гистологическом материале брюшины с мембраной МФАС-5П выявлено большое количество гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангганса, что указывает на активные анапластические процессы в данной зоне. Напротив, ацетатцеллюлозная пластинка МУСА-6П проявляет биологическую инертность и толерантность к тканям. Четвёртая группа лабораторных животных выводилась из эксперимента на 76 сутки, когда раневой процесс полностью отсутствовал, соединительная ткань рубца созревает.

При анализе гистогрaмм отмечено, что мембрана МФАС-5П полностью подверглись биологической деградации во всех участках брюшины. В участке диафрагмальной брюшины воспаления нет, отсутствует фибропластический процесс, наблюдается картина биологической деградации материала: истончение и фрагментация. В элементах серозной оболочки париетальной брюшины и сальника полимер полностью деструктурирован, воспаления нет, выраженный фибропластический процесс. Мембрана МУСА-6П не подверглась деструкции. Наблюдение показало биологическую инертность тканей экспериментального образца МУСА-6П. Таким образом, результаты эксперимента дали возможность обосновать использование полимера ацетата целлюлозы в брюшной полости живого организма, так как брюшина проявляют инертность при контакте с полимером. Модификация материала МУСА-6П подходит для длительного использования в брюшной полости, так как данный образец не подвергался биологической деградации. Мембрана МУСА-6П показала биологическую инертность на протяжении 76 суток экспозиции в живых тканях, не вызывая при этом осложнений. Выводы. Проведён анализ биологической инертности ацетатцеллюлозных мембран МФАС – 5П и МУСА – 6П к тканям. Изучена степень влияния данных образцов на окружающие его ткани. Показана возможность использования ацетатцеллюлозной мембраны МУСА-6П в брюшной полости. Наблюдения позволяют использовать данный образец за основу в качестве экспериментального прототипа дренажного устройства в дальнейших исследованиях.

666. ПЕРЕСТРОЙКА ВЕНОЗНОГО РУСЛА ГОЛЕНИ ПОСЛЕ КОРОТКОГО СТРИППИНГА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

*Бурлева Е.П.(1), Тюрин С.А.(2), Смирнов А.А.(3),
Багин В.А.(2)*

Екатеринбург

- 1) ФГБОУ ВО "Уральский государственный медицинский университет,
- 2) МАУ ГКБ № 40, 3) МЦ "Олмед",

Цель исследования: Изучить возможные варианты перестройки венозного русла голени после короткого стриппинга большой подкожной вены (БПВ) при варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК).

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 249 рандомизированных пациентов с ВБНК клас-



сов С2,3 с исходной несостоятельностью ствола БПВ (на бедре – 44,3%, на бедре и в верхней трети голени- 55,7%) в сроки 1 - 5 лет после кроссэктомии и короткого стриппинга. Вмешательства на перфорантных венах (ПВ) голени были выполнены в 82,6%. Клинический и ультразвуковой статус изучен по годам: через 1 год (n=18), через 2 (n=22), через 3 (n=23), через 4 (n=20), через 5 (n=21). Статистическая обработка выполнена в программе «MedCalc».

Результаты. У всех пациентов патологии глубоких вен не зафиксировано, выявлено отсутствие ствола БПВ на бедре. Через 1 год патологические вертикальные рефлюксы по стволу БПВ на голени обнаружены в 38,8%, рефлюксы по перфорантным венам (ПВ) – в 44,4%; через 2 года соответственно - 36,3% и 44,4%; через 3 – 26,0% и 34,7%; через 4 – 35,0% и 40,0%; через 5 лет – 38,0% и 47,6%. Средний диаметр ствола БПВ на голени (Me) в мм (исходный - 3,2) через 1 год был равен 3,75; через 2 – 3,8; через 3 – 4,10; через 4 – 4,10; через 5 – 4,20. Средний диаметр ПВ на голени (Me) в мм через 1 год – 3,6; через 2 года – 4,4; через 3 года – 4,5; через 4 - 4,8; через 5 – 4,6. Статистические различия зарегистрированы по диаметру ствола БПВ между 1 и 5; 2 и 5 годами ($p=0,01$); по диаметру ПВ – между первыми двумя годами в сравнении с 4 и 5 ($p=0,01$). Во всех случаях при зарегистрированных патологических рефлюксах был выявлен клинический рецидив варикозного расширения вен на голени. При этом, жалоб по уточненной шкале VCSS у пациентов не зафиксировано.

Заключение. Полученные данные указывают на неуклонное прогрессирование ВБНК практически у половины стандартным образом оперированных пациентов, что требует динамического наблюдения, проведения системной фармакотерапии и выполнения миниинвазивных хирургических процедур.

667. КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ НИЖЕ ПАХОВОЙ СВЯЗКИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ

Казаков Ю.И., Лукин И.Б., Жук Д.В.

Тверь

Тверской ГМУ

Лечение больных с критической ишемией – одна из актуальнейших и нерешенных проблем современной сосудистой хирургии.

Цель: Оценить клиничко-экономические результа-

ты лечения больных критической ишемией при использовании различных методов артериальных реконструкций.

Методы: Изучены результаты лечения 104 больных мужского пола с критической ишемией при атеросклеротической окклюзии инфраингвинального сегмента. Средний возраст пациентов составил $63,78 \pm 5,24$ года. У 39,42% больных регистрировалась III степень ишемии, у 60,58% - IV. Больным выполнялась артериальная реконструкция ниже паховой связки: 61 (58,65%) пациенту – аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование, 11 (10,58%) – бедренно-подколенное шунтирование синтетическим протезом, 32 (30,77%) – баллонная ангиопластика и стентирование поверхностной бедренной артерии. Максимальный срок наблюдения – 3 года. Оценивались следующие параметры: выживаемость без ампутации (ампутация и летальный исход – конечные точки) и стоимость стационарного лечения больного. Оценивались летальные исходы только от проявления мультифокального атеросклероза (инфаркт миокарда, инсульт). Пациенты, умершие по другим причинам и выбывшие больные из исследования исключены.

Результаты: За весь срок наблюдения через 3 года в группе аутовенозного шунтирования выживаемость без ампутации составила 60,66%, в группе шунтирования синтетическим протезом – 36,36%, в эндоваскулярной группе данный показатель составил 53,13%. Средняя стоимость стационарного лечения при выполнении больному аутовенозного бедренно-подколенного шунтирования составила 31.800,5 рублей, при выполнении бедренно-подколенного шунтирования синтетическим протезом – 46.980,5 руб., эндоваскулярной реконструкции – 76.852,6 руб.

Выводы: показатель выживаемости без ампутации в отдаленном периоде наиболее высокий при выполнении открытой реконструкции с использованием аутовенозного кондуита. При этом данный вид реконструкции наименее затратный для клиники, он более чем в 2 раза дешевле эндоваскулярной реконструкции.



668. НЕИНВАЗИВНАЯ ДИСТАНЦИОННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ (HIFU) ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

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

Москва

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

Цель исследования: оценка результатов применения ультразвуковой абляции при лечении пациентов с метастатическим поражением печени, основанных на данных инструментальных и морфологических методах исследования.

Материалы и методы: с 2009г по настоящее время в НМХЦ им. Н.И. Пирогова выполнено 633 дистанционных ультразвуковых абляций, из них в онкологии- 228 у 160 пациентов, в том числе 186 УЗ-абляций у 153 пациента с метастатическим поражением печени. Основную возрастную группу составляли пациенты в возрасте от 50 до 70 лет, в исследовании преобладали женщины (90 женщин и 63 мужчин). Всем пациентам выполнено удаление первичной опухоли. У 7 пациентов УЗ-абляцию выполняли в качестве предоперационной подготовки. Почти у 70% пациентов первичный очаг локализовался в ободочной или прямой кишке, при этом преобладали больные с синхронными метастазами и отсутствием внепеченочного метастатического поражения. Наиболее часто, ультразвуковую абляцию выполняли пациентам с III и IV стадиями онкологического процесса, установленной на момент хирургической операции по удалению первичной опухоли. При этом по гистологическому строению вторичной опухоли преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки, и только в 9,7 % наблюдались другие гистологические формы. Всем пациентам на дооперационном этапе выполнена морфологическая верификация опухолевого поражения печени. Методами контроля на до- и послеоперационном этапах были УЗИ, КТ с контрастным усилением и морфологическое исследование.

Результаты: При динамическом наблюдении в течении 5-и лет, проанализировав данные инструментальных методов исследований (УЗИ, КТ с контрастированием) по полученным результатам мы разделили пациентов на 3 группы. 1 группа – основная 46% пациентов, характеризовалась структурными морфологическими изменениями с тенденцией к уменьшению размеров и объема опухоли, изменение структуры опухоли. Вторая

группа - 23% пациентов характеризовалась увеличением размеров и объема очагов, подвергшихся деструкции, при этом чаще всего наблюдали периферический продолженный рост метастаза, подобные изменения обычно происходили через 1-1,5 года после выполненной операции. Третья группа - 31% - это пациенты у которых на фоне позитивных изменений в обработанном очаге появлялись новые метастатические очаги. Медиана выживаемости после выполнения HIFU у пациентов с вторичным поражением печени составляет 40 мес.

Осложнения: гипертермия, ожог II ст., отграниченные скопления жидкости в надпеченочном пространстве, в 1 случае перфорация толстой кишки, в 11 ряде случаев отсроченные переломы ребер (3-4 мес.). Летальных исходов интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде не было. Хорошая переносимость процедуры ультразвуковой абляции печени и короткий период реабилитации были отмечены у всех пациентов.

Заключение: опыт нашей работы подтверждает мнение ведущих специалистов в этой области о том, что метод действительно является добротной составляющей комплексного лечения онкологических больных, обеспечивает неинвазивную дистанционную локальную деструкцию (абляцию) опухоли, сопровождается минимальным числом осложнений и может при показаниях включаться в программу лечения этой тяжелой категории больных.

669. 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

В Пироговском центре впервые в России в 2009 году применили дистанционную фокусированную ультразвуковую абляцию (HIFU) для разрушения нерезектабельных опухолей поджелудочной железы на аппарате JC. 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 улуч-

шает качество жизни пациента, но требуется дальнейшее накопление и оценка материала.

670. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»: КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ

Леушина Е.А. (1), Леушин А.В. (2)

Киров, 2)Нагорск

- 1) ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
- 2) КОГБУЗ «Нагорская ЦРБ»

Актуальность: Синдром диабетической стопы (СДС) - инфекция, язва, деструкция глубоких тканей стопы, связанная с неврологическими нарушениями, снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести. Распространенность СДС среди больных сахарным диабетом (СД) составляет в среднем 4-10%. Не смотря на тот факт, что распространенность СД в различных странах от 1,5 до 6 % случаев, на больных СД с СДС приходится 40-60% всех ампутаций нижних конечностей не травматического характера. Число случаев ампутаций по данным различных исследований варьирует от 7 до 206 на 100.000 населения в год. Совершенствование диагностики и лечения позволило бы снизить риск ампутации конечностей в 2 раза.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 50 пациентов с синдромом «диабетическая стопа» в возрасте от 40 до 65 лет. При обследовании больных с СДС использовали общеклинические, бактериологические, цитологические, рентгенологические исследования, дуплексное сканирование, определение линейной скорости кровотока по магистральным артериям нижних конечностей.

Полученные результаты и обсуждение: Средний возраст пациентов составил- $56,1 \pm 1,6$ года. Нейропатическая форма СДС имела место у 10% пациентов, ишемическая - у 30%, смешанная в 60% случаев. 1-й тип сахарного диабета встретился в 20%, 2 тип в 80% случаев. Консервативное лечение «диабетической стопы» у всех пациентов включало коррекцию углеводного обмена, сосудистую терапию, дезинтоксикационную, иммунотерапию, лечение периферических нейропатий. Особое значение, придавали антибактериальной терапии. Выбор антибактериальных препаратов, их дозировка в каждом конкретном случае проводилась с учётом состояния функции почек и печени. Хирургическое лечение больных с гнойно-воспалительными процессами на стопах, заключалось



в иссечении гиперкератоза вокруг язв, вскрытии флегмон с дифференцированным иссечением изменённых тканей в пределах здоровых тканей и дренированием стопы, проводили малые и большие ампутации конечностей, некрэктомии, различные варианты кожной пластики. Выполняли операции РОХ и поясничные симпатэктомии, что позволило сократить число высоких ампутаций нижних конечностей.

Выводы и рекомендации: Таким образом, в ходе исследования выявлено, что смешанная форма СДС является наиболее часто встречающейся, преимущественно у лиц среднего возраста. СДС преобладает у пациентов с диабетом 2 типа. Усилия хирургов при лечении больных с СДС должны быть направлены на своевременную диагностику клинической формы диабетической стопы, адекватное комплексное медикаментозное и хирургическое лечение с целью сохранения поражённой конечности, что позволит снизить частоту высоких ампутаций нижних конечностей и повысить качество жизни больных.

671. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Винокуров М.М.(1), Игнатъев В.П.(2),
Староватов А.В. (2), Винокуров М.А.(1),
Егорова В.П. (2), Гилев Е.С. (2)*

Якутск

1) ФГАОУ ВПО "СВФУ им.М.К.Аммосова",
2)ГБУ "РБ№2-ЦЭМП"

Анализ работы проводился на основании клинического материала хирургических отделений Республиканской больницы №2-Центра экстренной медицинской помощи за период с 2010-2016гг. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите выполнена у 819 больных. Из них женщин было 620 (75,7 %), мужчин - 199 (24,29 %). Возраст составил от 16 и старше 60 лет, преобладающее количество больных составили люди трудоспособного возраста от 30 до 60 лет. Из них: - 56 (6,8%). Самому молодому больному из оперированных было 16 лет. Острый катаральный холецистит выявлен у 252(30,7%) больных; острый флегмонозный холецистит 723(88,2%); острый гангренозный холецистит 79 (9,64%). Местный перитонит выявлен в 76 случаях. Эмпиема желчного пузыря в 37 случаях. В 56 (6,83%) случаях выполнена конверсия на лапаротомию. 11 больным лапароскопическая холецистэктомия успешно выполнена после ЭРПГ и ЭПСТ. В 8 случаях про-

ведена интраоперационная холангиография, не выявившая наличие конкрементов в холедохе. Интраоперационные осложнения в виде повреждения холедоха были обнаружены у 3 пациентов, у которых операция завершена наложением гепатикоюноанастомоза на ткнученной петле по Ру. В 43(5,25%) случаях переход на широкую лапаротомию ввиду развития интраоперационных осложнений и технических сложностей во время ЛХЭ: кровотечение из пузырьной артерии – 5(0,61%), инфильтрат гепатодуоденальной связки – 12(1,4%), ранение гепатикохоледоха – 3(0,36%), перивезикальный инфильтрат – 24(2,9%), перивезикулярный абсцесс 3 (0,36%). Количество послеоперационных осложнений составило 15 (1,83%) из них: 4(0,48%) - недостаточный гемостаз ложа желчного пузыря; 11(1,3%) - желчеистечение из-за недостаточного клипирования протоков Люшке. Летальный исход был зафиксирован у 3(0,36%) пациентов. Из них у одного больного с интраоперационным повреждением холедоха из-за несостоятельности наложенного гепатикоюноанастомоза и продолжающегося перитонита. У второго пациента смерть была обусловлена тиреотоксическим кризом и декомпенсацией сопутствующей патологии. У третьего пациента в послеоперационном периоде случился тромбоз брыжеечных сосудов с последующим некрозом тонкого кишечника.

672. РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Малахучаев И.Б., Мутахочаев М.М.,
Мутахочаев А.М.*

Республика Таджикистан Мдц г. Чкаоовска

МДЦ

Цель исследования: изучения возможности малоинвазивных технологий в диагностике и лечение холедохолитиаза.

Материалы и методы: нами в МДЦ г.Чкаловска с 2014 не начали применять в диагностике и лечении холедохолитиаза ЭРПХГ, ЭПСТ и холедохоскопию. С 2014-2016 на в отделении находились на лечение 58 больных с холедохолитиазам осложненными механической желтухой 30 больных. Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. Женщин 46 мужчин 12.

Результаты: нами 23 больным проводили ЭРПХГ из них 18 больным дополнительно сделано ЭПСТ и удаление камней. У одного больного провести ЭРПХГ не удалось из за опухоли головки поджелудочной железы. В 4 случаях камней в холедохе не



находили. В 18 случаях выявляли резидуальные камни после холецистэктомии как традиционным методом, так и эндоскопическим. Все исследования проводились на видеоэндоскопической стойке Olympus Clv - u 20 tjf 240. Перед исследованием необходимо провести премедикацию препаратами бензогексоний и дополнительно (атропин, димедрол, промедол и баралгин). Устье БДС характеризовали в положении больного на левом боку зондом. Для контрастирования применяли 30% раствор триомбраста 20-30мл. В 35 случаях желчекаменной болезни осложненными холедохолитиазом производилось лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с интраоперационной холангиографией на ИОП, холедохоскопией и удалением камней холедоха. Операция закончилась дренированием холедоха различными методами. Холедохоскопия проводилась видеобронхоскопом Olympus. Дренажи холедоха удалялись на 12-14 сутки п/о периода после контрольной холангиографии. Осложнений связанных с этими манипуляциями не было.

Заключение: по нашему мнению без сомнения малоинвазивные методы диагностики и лечения холедохолитиаза является золотым стандартом при условии обязательной технической оснащенности и опыта проведения этих методов. Широкое применения интраоперационной холангиографией и холедоскопии является решением проблем резидуальных камней.

673. НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (НМО) В ХИРУРГИИ. МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

*Гончаренко О.Т., Акимов В.П., Федорова В.В.,
Баталов И.Х.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени
И.И. Мечникова»

Абстрактная идея аккредитации российских врачей путем непрерывного медицинского образования (НМО) впервые прозвучала около 10 лет назад. Более осязаемой она стала после выхода Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации», устанавливающим право на осуществление медицинской деятельности для лиц, получивших медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с ФГОС и имеющих свидетельство об аккредитации специ-

алиста (ст. 69). До реального воплощения в жизнь положений этой статьи прошло пять лет, в течение которых Минздравом России были изданы многочисленные приказы, регулирующие взаимоотношения между всеми участниками процесса подготовки к аккредитации специалиста (врач – ЛПУ – ТФОМС – образовательная организация – Минздрав России). Однако до сих пор не принят основополагающий документ, закрепляющий новую систему 5-летней подготовки врачей как обязательную для допуска к процедуре аккредитации, читай – к профессиональной деятельности. Сегодняшняя реальность свидетельствует о возникновении в условиях законодательной неразберихи классической революционной ситуации «низы – не хотят (прежде всего, работодатели), верхи – не могут». А перед нами, как образовательной организацией, встал сакраментальный вопрос «что делать»... Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова (Университет) имеет богатый опыт в обучении врачей. Созданная еще в Клиническом институте Великой княгини Елены Павловны в 1885 году для повышения квалификации врачей, прошедшая все этапы реформирования организации (ГИДУВ – МАПО – Университет), кафедра хорошо представляет себе как проблемы хирургической помощи на местах, так и контингент обучающихся, условия их работы, уровень компьютерной грамотности, а также материально-технические возможности регионов. Опыт выездных циклов кафедры, охватывающих территорию всей России, позволяет утверждать, что для врачей крупных городов, особенно медицинских центров, внедрение НМО и набор необходимых кредитов пройдет практически безболезненно. Значительно труднее будет хирургам, имеющим 2 и более сертификата по смежным хирургическим специальностям (например, хирургия, колопроктология, онкология и т.д.). Ведь им придется набирать балы и проходить циклы по каждой специальности. Еще труднее придется хирургам небольших районных больниц, где имеется дефицит кадров и ежегодное повышение квалификации с отрывом от производства, тем более по двум специальностям, будет крайне затруднительным. В таких условиях, кафедра видит несколько путей для привития врачам нового формата обучения: популяризация системы НМО в период сертификационной подготовки врачей, оказание им консультативной помощи при создании личных кабинетов и выборе образовательных программ на Портале Минздрава по НМО; проведение выездных 36-часовых циклов повышения квалификации (популяризация системы НМО на местах); увеличение в 36-часовых программах повышения квалификации доли дистанционного



обучения. У нас не вызывает сомнения, что молодые хирурги и врачи среднего возраста успешно вольются в систему НМО, однако хирурги старшего поколения воспринимают грядущие перспективы своей работы с фатальной обреченностью. Их можно понять, ведь, например, только пошаговая Инструкция пользователей по работе и регистрации на портале Минздрава по НМО составляет 26 страниц! Не хотелось бы потерять бесценный профессиональный опыт старших коллег. С его утратой пострадает качество, в нашей отрасли – это качество медицинской помощи, а значит, наш пациент... Прав был многомудрый Конфуций «Не дай Вам Бог жить в эпоху перемен». Вводимая система аккредитации специалистов диктуют необходимость перестройки всех звеньев системы подготовки врачей, их адаптации к меняющимся условиям их обучения и допуска к профессиональной деятельности. Но, прежде всего, она нуждается в четком нормативном регулировании. Пока этого не произойдет, предлагаемая Минздравом России система НМО будет оставаться лишь красивой идеей.

674. ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Костырной А.В., Воронов Н.В., Волобуев Н.Н.,
Сидоренко В.Д., Воронов А.Н.*

Симферополь

ФГАОУ ВО "КФУ им.В.И.Вернадского"
Медицинская академия им. С.И.Георгиевского

Неопластические опухоли поджелудочной железы исходящие из островкового аппарата апудомы занимают особое место в абдоминальной хирургии в силу мало встречаемости данной патологии и несовершенством диагностики и недостаточной информативностью хирургов и врачей общего профиля с клиническими проявлениями заболевания. Цель: показать и проанализировать коллективный опыт диагностических ошибок неопластических образований поджелудочной железы опухоли её островкового аппарата. Материалы и методы: За последние 53 года под нашим наблюдением находилось 27 пациентов с гормонально активными опухолями поджелудочной железы в возрасте от 18 до 52 лет: мужчин 14, женщин – 13. Инсулиномы были у 14 больных, гастриномы – у 9 пациентов, карциноид – у 3, глюкагонома – в 1 случае. Результаты и обсуждения: Будучи в большинстве случаев небольшими по размерам, они не проявляются локальной симптоматикой, но, вы-

рабатывая активные субстанции, приводят к глубоким извращениям интермедиарных обменов. В зависимости от патоморфологии и характера гормональной опухоли они клинически манифестируются многообразными нервно-психическими, эндокринологическими дерматологическими или гастроинтестинальными синдромами. Обычно до правильного диагноза проходит ни один год диагностических ошибок, больные подвергаются необоснованным оперативным вмешательствам, а иногда истинная причина болезни устанавливается лишь на аутопсии. Истинная причина диагностических ошибок наверное кроется в редкости заболевания, многообразии клинических проявлений и недостаточном знании врачей общей больницы с данной патологией. Инсулиномы – наиболее часто встречающиеся гормональноактивные опухоли, исходящие из В-клеток островков Лангерганса и избыточно продуцирующие инсулин. Из 14 наблюдаемых пациентов 13 оперированы. В одном случае при морфологии отмечены признаки злокачественности. У большинства больных они были небольшого размера и даже интраоперационно обнаруживались с трудом. Их клинические проявления в первую очередь обусловлены гиперинсулинемией с гипогликемическим синдромом разной степени выраженности и снижением уровня сахара крови до 1,1 ммоль/л. Диагностировались они в разные сроки от 1-9 лет после проявления первых клинических проявлений. В ранние сроки заболевания больных лечили от неврастении, церебросклероза, климактерического невроза, эпилепсии. На фоне гипогликемии прежде всего страдает питание мозга, которое проявляется психомоторным возбуждением с неадекватным агрессивным поведением. Именно 8 наших пациентов впервые попали в психиатрические клиники. И только в последние годы благодаря компьютерной диагностике диагноз был верифицирован в адекватным оперативным пособием. Выводы: Поэтому накопление коллективного собственного опыта с критической оценкой допущенных диагностических и лечебно-тактических ошибок мы представили данный материал.



675. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

*Зефилов Р.А., Зайнуллин И.В., Толстиков А.П.,
Зарипов А.Р.*

Казань

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница
Республики Татарстан»

Представлен клинический случай успешного применения лапароскопической резекции желудка при хирургическом лечении язвенной болезни. Пациент Т., 63 лет (МКСБ №43668) поступил 15.11.2016г в отделение хирургии ГАУЗ РКБ МЗ РТ, дообследован, выставлен диагноз: Каллезная язва желудка, осложненная кровотечением Forrest 2 С. Операция выполнена 18.11.2016г под эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине с разведенными ногами и приподнятым головным концом стола на 20°. Методика карбоксиперитонеума стандартная. Для лапароскопической резекции желудка использовали 5 доступов (3 троакара по 12 мм, 2 - по 10 мм). На первом этапе мобилизовали 2/3 желудка с использованием 5 и 10 мм инструмента LigaSure. Далее из доступа в левом подреберье сшивающим аппаратом Endo GIA с фиолетовой 60 мм кассетой компании COVIDIEN и отсечен желудок от двенадцатиперстной кишки. После мобилизации желудка по малой кривизне (нисходящая ветвь левой желудочной артерии лигирована аппаратом LigaSure 10 мм.) и определения уровня резекции через доступ в левом подреберье аппаратом Endo GIA с 45 мм. зеленой кассетой отсечен препарат желудка от культи (2/3). Для этого потребовалось 3 кассеты. Линия резекции погружена эндоскопическим непрерывным серозно-мышечным швом нитью V-LOC™ 90 3.0. Следующим этапом наложен передний впередиободочный гастроэнтероанастомоз на длиной петле с межкишечным соустьем. Для этого участок тощей кишки на расстоянии 40 см от связки Трейца фиксирован изоперистальтически двумя серо-серозными узловыми швами к культе желудка на расстоянии 5 см друг от друга и электрохирургическим способом аппаратом LigaSure 5 мм выполнена гастротомия (1 см) на передней стенке желудка и энтеротомия (1 см) на противобрыжеечном крае тощей кишки. В образованные отверстия введены бранши сшивающего аппарата Endo GIA с 30 мм. кишечной синей кассетой и сформирован продольный гастроэнтероанастомоз длиной 3 см. Отверстия ушиты однорядным непрерывным ручным эндоскопическим швом нитью V-LOC™ 90

3.0. Затем приводящая и отводящая петли кишки в 30 см от анастомоза фиксированы друг к другу изоперистальтически двумя серо-серозными узловыми швами на расстоянии 5 см. Электрохирургическим способом аппаратом LigaSure 5 мм выполнены энтеротомии (1 см) на отводящей и приводящей петле тощей кишки. В образованные отверстия введены бранши сшивающего аппарата Endo GIA с 30 мм. кишечной синей кассетой и сформирован продольный изоперистальтический энтероэнтероанастомоз длиной 3 см. Отверстия ушиты однорядным непрерывным ручным эндоскопическим швом нитью V-LOC™ 90 3.0. Через троакарные проколы установлены дренажи №21 в правое подпеченочное пространство, малый таз. Препарат желудка из брюшной полости удален с помощью мешка для удаления препаратов COVIDIEN Endo Catch 10мм. Время выполнения операции 240 мин. Кровопотеря 100 мл. На 3-и сутки удалены дренажи из брюшной полости. На 6-ые сутки пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. На контрольном осмотре через месяц пациент жалоб не предъявлял, состояние удовлетворительное, отмечает значительное улучшение общего самочувствия, восстановление аппетита и увеличение веса, по данным ФГДС анастомозы свободно проходимы. Выводы. Данный клинический случай представляет пример успешного применения лапароскопической резекции желудка при хирургическом лечении язвенной болезни. Лапароскопическая резекция желудка имеет определенные преимущества перед «открытой» техникой вмешательства: меньшей выраженностью послеоперационной боли в раннем послеоперационном периоде и сокращением сроков пребывания пациента в стационаре, послеоперационной реабилитации, а также наилучший косметический эффект.

676. ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Костырной А.В.1, Хабаров О.Р.2

Симферополь, Севастополь

1 Медицинская академия им.С.И.Георгиевского
2 ГБУЗ Севастопольская городская больница №1

Несомненные успехи в хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы обусловлены усовершенствованием технических приёмов выполнения непосредственно операций и в значительной степени широким внедрением в клиническую практику комплекса современных адекватных методов предоперационного обяза-



тельного дообследования и послеоперационного наблюдения и лечения. Цель: оценить результаты клиничко-морфологической диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы. Материалы и методы: За период с 2011 по 2016 г. прооперировано 350 пациентов с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ). Из них по поводу тиреотоксикоза (диффузные и узловые) – 110 больных, узловые формы – 240 пациентов. В комплекс диагностических методов входили исследования гормонов ЩЖ, УЗИ ЩЖ, цветное доплеровское картирование ЩЖ, ТАПБ под контролем УЗИ, сканирование ЩЖ при тиреотоксикозе, послеоперационное гистологическое исследование ЩЖ. Всем больным были выполнены операции по поводу заболеваний ЩЖ. Показаниями к операции явились раки ЩЖ, фолликулярная опухоль, компрессия органов шеи, неэффективность консервативной терапии тиреотоксикоза. Результаты и обсуждения: При узловых формах заболеваний ЩЖ 240 пациентов, при ТАПБ выявлена карцинома у 71 больного, из них при послеоперационном гистологическом заключении – карцинома подтверждена у 68, узловой зоб – у 2, фолликулярная аденома в 1 случае. У 8 больных при ТАПБ установлена малигнизация, при окончательной гистологической проводке – у 3 пациентов выявлена карцинома, ещё у 3 узловой зоб и у 2 больных фолликулярная аденома. Фолликулярная неоплазия выявлена при ТАПБ у 20 больных, при окончательной проводке – аденома подтверждена у 11 пациентов, узлообразование в 8 случаях и у 1 больного карцинома. В 6 случаях при ТАПБ обнаружена атипия фолликулярного эпителия, окончательный гистологический результат – у 3 больных узловой зоб, у 1 – зоб Риделя, у 1 – лимфома и у 1 пациента карцинома. В 7 случаях при ТАПБ обнаружена клеточная метаплазия и В клеточная опухоль, при окончательной гистопроводке – у 2 пациентов карцинома, узловой зоб у 2, у 2 больных фолликулярная аденома и в 1 случае аденома из С клеток. При ТАПБ при узлообразовании у 128 больных, при гистологическом заключении у 119 пациентов подтверждено узлообразование и у 9 наличие карциномы. Несмотря на то, что ТАПБ помогает определиться в абсолютных показаниях к оперативному вмешательству при раках ЩЖ 83 (23,7%) больной. Все остальные показания к операции являются относительными и решение хирург принимает индивидуально в каждом конкретном случае. Выводы: Несмотря на обязательное и необходимое ТАПБ исследование при узлообразованиях ЩЖ определяющее прежде всего объём оперативного вмешательства к сожалению надо отметить и несовершенство данной методики в предоперационной подготовке пациента при заболеваниях щитовидной железы.

677. МОДЕЛЬ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Казанцев А.Н.

Кемерово

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Актуальность. Ввиду отсутствия конкретных решений по ряду вопросов в российских и европейских рекомендациях единый взгляд на проблему выбора тактики реваскуляризации пациентов с симультанным поражением брахиоцефальных (БЦА) и коронарных артерий выражается не четко. Целью исследования стала разработка модели и интерактивного калькулятора для выбора оптимальной хирургической стратегии реваскуляризации у пациентов с сочетанным поражением коронарного русла и внутренних сонных артерий с применением комплексного анализа факторов риска.

Материал и методы. Выполнена 391 операция у пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарного русла и внутренних сонных артерий (ВСА). В зависимости от реализованной хирургической стратегии больные были разделены на четыре группы: Группа 1 - поэтапная хирургия в объеме КШ с последующей КЭЭ (гр. КШ-КЭЭ, n=151, 38,6%); Группа 2 - сочетанная операция КШ и КЭЭ (гр. КШ+КЭЭ, n=141, 36%); Группа 3 - гибридная реваскуляризация в объеме чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и КЭЭ (гр. n=28, 7,2%); Группа 4 - поэтапная хирургия в объеме КЭЭ с последующей операцией КШ, n=71, 18,2%). Проведен бинарный логистический регрессионный анализ и комплексный анализ факторов риска (клинических и анатомо-ангиографических) для оценки вероятности неблагоприятного госпитального прогноза, с определением прогностических коэффициентов. Производилась оценка интегрального показателя, характеризующего комплексную оценку риска неблагоприятного исхода лечения. Под неблагоприятными кардиоваскулярными событиями понимали одно или несколько из следующих: смерть, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака, значимое геморрагическое осложнение (≥ 3 степени по шкале BARC).

Полученные результаты. Для выбора тактики реваскуляризации, сопряженной с минимальным риском осложнений были оценены прогности-



ческие коэффициенты всех факторов риска для каждой тактики и на их основе рассчитаны интегральные показатели. Для выбора порога отсечения, позволяющего улучшить качество прогноза (чувствительность и специфичность), был проведен ROC-анализ. На основании полученных результатов создана модель и калькулятор для персонализированного выбора оптимальной хирургической стратегии, основанные на определении вероятности развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий при реализации той или иной тактики. Интерактивный калькулятор создан в программе Excel и позволяет оценить степень хирургического риска (низкий/промежуточный, высокий), а также количественно определить вероятность неблагоприятного исхода для каждой из четырех хирургических стратегий. Обсуждение. Важным результатом настоящего исследования явился комплексный анализ широкого спектра факторов (клинико-инструментальных, анатомо-ангиографических и периоперационных), который позволил создать объективную систему персонализированного прогнозирования неблагоприятного исхода в отдаленном послеоперационном периоде в сложной группе пациентов с сочетанным поражением коронарного русла и БЦА.

Выводы и рекомендации. Разработанная модель комплексной оценки факторов риска неблагоприятного исхода позволяет на основании ряда клинико-демографических и ангиографических показателей прогнозировать вероятность развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий для пациента с симультанным поражением брахиоцефального и коронарного русла на протяжении последующих $33,95 \pm 12,05$ месяцев и осуществлять дифференцированный выбор стратегии реваскуляризации, сопряженной с минимальным риском осложнений. Применение данной модели в клинической практике может улучшить результаты хирургического лечения пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

678. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Рутенбург Г.М. (1,2), Гостевской А.А. (1), Гуслев А.Б. (2), Лучкин А.Н.(2)

Санкт-Петербург

Рутенбург Г.М. (1,2), Гостевской А.А. (1), Гуслев А.Б. (2), Лучкин А.Н.(2). 1) ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова. 2) СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница».

Актуальность. Проблемы дифференциальной диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики у пациентов с ущемленными паховыми грыжами, несмотря на кажущуюся простоту постановки диагноза, остаются актуальными и в настоящее время. Информация о эндовидеохирургических методах и возможностях их комплексного применения в диагностике ущемленных паховых грыж в литературе представлена недостаточно полно и носит противоречивый характер. Учитывая эти данные и собственный опыт, был разработан и внедрен в практику лечебно - диагностический алгоритм с активным использованием лапароскопии, позволяющий улучшить результаты лечения ущемленных паховых грыж.

Цель исследования: определить показания и противопоказания к лапароскопической герниопластике у пациентов с ущемленными паховыми грыжами.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 136 пациентов с ущемленными паховыми грыжами, находившихся на лечении в Елизаветинской больнице, в период с 2011 по 2016 гг. Все пациенты были разделены на две группы: в основную группу, были включены 52 пациента, находившихся на лечении с 2015 по 2016 гг.; контрольную группу составили 84 пациента, лечившиеся с 2011 по 2014 гг.

Результаты. При анализе взаимоотношения частоты и характера осложнений со временем ущемления среди пациентов контрольной группы было установлено, что при сроках ущемления до 8 часов осложнения ущемленных грыж встречались у 4 (4,8%) пациентов, 8–12 часов у 12 (14,4%) больных, а у оперированных позже 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. Отсутствие единой диагностической и лечебной тактики, нередко приводило к поздней диагностике и задержке оперативного лечения. Так при исключении явных



осложнений паховой грыжи проводилось динамическое наблюдение и пациентов оперировали в сроки более 2 часов от поступления, что приводило к большому количеству осложнений. Учитывая данные ретроспективного анализа и неудовлетворенность полученными результатами, была разработана индивидуальная лечебно-диагностическая тактика, где определены показания к лапароскопии: 1) Необходимость проведения дифференциальной диагностики при невозможности исключить ущемление паховой грыжи, подозрении на редкие формы ущемления или другую острую патологию брюшной полости; 2) Оценка жизнеспособности ущемленных органов для определения хирургической тактики и определения возможности выполнения лапароскопической герниопластики; 3) При самопроизвольном или интраоперационном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывал сомнения, для оценки патологических изменений органов брюшной полости. По нашим данным диагностическая лапароскопия позволила всем пациентам точно поставить диагноз ущемленной паховой грыжи, верифицировать ущемленный орган и степень морфологических изменений в нем, классифицировать грыжевое выпячивание, оценить состояние грыжевых ворот и выбрать хирургическую тактику, в том числе определить возможность лапароскопического вмешательства. Методом выбора способа лапароскопической герниопластики является трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТАРП), т.к. диагностическая лапароскопия является обязательным этапом данной методики. Лапароскопическая герниопластика при ущемленной паховой грыжи возможна: 1) В случаях, когда срок ущемления не превышает 8 часов; 2) При отсутствии некроза ущемленного органа; 3) При отсутствии противопоказаний. Противопоказанием к выполнению диагностической лапароскопии и, следовательно, к лапароскопической герниопластике являются: 1) Сроки ущемления более 8 часов, вследствие высокой вероятности местного инфицирования тканей и развития кишечной непроходимости; 2) Развитие флегмоны грыжевого мешка; 3). Гигантские пахово-мошоночные грыжи; 4). Выраженный спаечный процесс брюшной полости; 5) Тяжелая сопутствующая патология. В основной группе диагностическая лапароскопия была применена у 33 (63,5%) пациентов, по результатам которой у 25 (48,0%) выставлены показания и выполнена трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТАРП) по общепринятой методике. В остальных наблюдениях во время лапароскопии был диагностирован некроз ущемленного органа, в том числе в одном случае рихтеровское ущемление, что потребовало выполнения традиционной герниопластики. Среди пациентов,

которым была выполнена лапароскопическая герниопластика, послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Заключение и выводы. Активное использование диагностической лапароскопии позволяет своевременно поставить правильный диагноз у пациентов с ущемленными паховыми грыжами и определить показания к лапароскопической герниопластике. Трансабдоминальную предбрюшинную герниопластику можно рекомендовать как операцию выбора при лечении ущемленных паховых грыж.

679. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ ПРИ СИНДРОМЕ КАРТАГЕНЕРА

Дибиров М.Д., Фомин В.С., Исаев А.И.

Москва

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

Актуальность: Транспозиция внутренних органов является крайне редким врожденным состоянием, при котором внутренние органы имеют зеркальное расположение по сравнению с их нормальным положением. Частота регистрации situs inversus totalis в популяции составляет 1:4000-20000 новорожденных с гендерным распределением 3:2 в пользу мужского пола. Нами приводится клиническая демонстрация оперативного лечения пациента Л., 56 лет с карциномой желудка на фоне situs inversus totalis. Клиническое наблюдение: Пациент Л., 56 лет госпитализирован в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого 24.04.2016 с картиной массивного желудочно-кишечного кровотечения. Из анамнеза: накануне была отмечена мелена, утром в день госпитализации обильная рвота «кофейной гущей». В последние месяцы отмечалась слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, нарастающее «отвращение» к мясу. Коморбидный фон: хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями. Госпитализация в ОРИТ. Экстренная ЭГДС: желудок деформирован за счет опухолевидного образования полициклической формы, располагающегося в области тела желудка по передней стенке, с распространением на большую и малую кривизну. При инструментальной пальпации опухолевая ткань хрящевидной плотности, легко фрагментируется с угрозой рецидива кровотечения, в связи с чем выполнен протективный аппликационный клеевой гемостаз. Рентген: декстрокардия, а также проекция газового пузыря желудка справа. При дообследовании



выполнена компьютерная томография органов брюшной полости: синдром Картагенера, двухсторонний выпот в плевральных полостях, "малый" асцит в малом тазу, аплазия правой почки. Принимая во внимание высокий риск рецидива кровотечения, после предоперационной подготовки больной в срочном порядке был оперирован в объеме лапароскопически ассистированной расширенной гастрэктомии с лимфодиссекцией D2: при ревизии в брюшной полости имеется полное обратное расположение внутренних органов, печень в левом подреберье, селезенка справа. В антральном отделе желудка с переходом на нижнюю и среднюю трети тела желудка по малой и большой кривизне выявлена опухоль размерами 6,0x4,0 см, визуально не прорастающая серозную оболочку. Стенки желудка ригидны, утолщены. В малом сальнике увеличенные лимфоузлы. В большом сальнике, парааортально, в печени и по париетальной брюшине метастазов нет. Интраоперационное заключение - опухоль желудка T3N1M0. Выполнена гастрэктомия, спленэктомия с удалением большого и малого сальника единым блоком и лимфодиссекцией в объеме D2, препарат извлечен из брюшной полости через минилапаротомный разрез. Сформированы пищеводно-кишечный анастомоз по М.И. Давыдову и впереди-ободочный межкишечный анастомоз с помощью никелид-титанового кольца. Для нутриционной поддержки заведен назоэнтеральный зонд на 25-30 см за межкишечный анастомоз. Течение послеоперационного периода гладкое, швы сняты, заживление первичным натяжением. При гистологии: в слизистой оболочке желудка разрастание низкодифференцированной аденокарциномы с перстневидными клетками (Grade3) солидно-тубулярного строения с очагами некроза и изъязвлениями, прораставшей всю стенку желудка. В 5 лимфатических узлах малого сальника обнаружены метастазы аденокарциномы. В краях резекции опухолевого роста нет. Заключение: Низкодифференцированная аденокарцинома желудка pT4aN2M0 IIIb стадии. Больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 6 месяцев – практически здоров. Поправился на 5 кг. Работает по профессии.

Заключение. Возникновение карциномы желудка на фоне транспозиции органов является крайне редким сочетанием двух патологий, и в настоящее время в мировой литературе имеется лишь несколько клинических демонстраций, что и послужило поводом к освещению вышеприведенного клинического примера.

680. ПОСТИНЦИЗИОННАЯ ПАРАЗОФАГЕАЛЬНАЯ ГРЫЖА В СОЧЕТАНИИ С АТОНИЧЕСКИМ ГАСТРОСТАЗОМ ПОСЛЕ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ОПЕРАЦИИ. КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕМОСТРАЦИЯ

*Дибиров М.Д.(1,2), Семенякин И.В.(1,2),
Ерин С.А.(2), Чупалов М.О.(1,2), Яковенко В.Н.(1),
Фомин В.С.(1,2)*

Москва

- 1) МГМСУ им. А.И. Евдокимова»
- 2) ГБУЗ ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

Актуальность. По сводным данным частота регистрации грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) достигает 26-50% пациентов, при этом в нашей стране почти у каждого третьего взрослого имеются признаки хиатальных грыж. К сожалению, вопрос осложнений и тяжелых послеоперационных последствий остается зачастую сокрытым от хирургической общественности, не подвергаясь анализу и не позволяя вырабатывать адекватные меры профилактики. Приводим редкое наблюдение тяжелого осложнения после фундопликации в виде параэзофагеальной грыжи, сочетающейся с атоническим гастростазом вследствие травмы ствола n.vagus. Клинический пример. Пациентка Г., обратилась в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого с жалобами на отрыжку, метеоризм, слабость в течение последних 1,5-2 лет с прогрессирующим нарастанием симптоматики. 2 года назад по поводу аксиальной хиатальной грыжи выполнена лапаротомная пластика ГПОД с фундопликацией манжетой по А.Ф. Черноусову и селективной проксимальной ваготомией. В течение всего периода динамического наблюдения после операции отмечалось вздутие живота, отрыжка, периодически эрукция. Проводилось неоднократное эндоскопическое и рентгенологическое обследование амбулаторно, однако лечение не корректировалось, реоперация не предлагалась. При рентгеноскопии от 30.03-31.04.2016 отмечается постинцизионная параэзофагеальная фундальная грыжа, гастро- и дуоденостаз с субкомпенсированным функциональным стенозом выходного отдела желудка, парез и пневматоз кишечника. Больной предложено этапное лечение. На первом этапе проводилась прокинетическая терапия, а также электрогастроэнтерография и стимуляция возбудимых структур желудка, 12-ти перстной кишки, тонкого и толстого отделов кишечника в режиме резонансной аппликационной электростимуляции в течение 8 сеансов. Согласно мониторингу моторики желудочно-кишечного тракта имелся прирост вольта-



жа всех возбудимых структур, с приобретением скоординированного характера, отмечено восстановление последовательно-индуцированного ритма. Пациентка перенесла лечение без дискомфорта, указывая на субъективное улучшение общего состояния. После получения результатов резонансной стимуляции больная госпитализирована в 4-е хир.отд. ГKB им. С.И. Спасокукоцкого, где 6.07.2016 была оперирована. Под эндотрахеальным наркозом в верхней точке Калька по методу Nassan выполнен доступ в брюшную полость, наложен карбоксиперитонеум, выполнен адгезиолизис верхнего этажа брюшной полости. Выделены ножки пищевода от отверстия диафрагмы: визуализирован большой диастаз между последними кпереди от пищевода с формированием параэзофагиальной фундальной рецидивной грыжи, а также несостоятельность швов между ножками ретроэзофагеально. Задний ствол n. vagus проходит под этими швами и включен в рубцовый процесс. Передний вагус проходит по передней стенке пищевода вне фундопликационной манжеты. Манжета А.Ф. Черноусова признана состоятельной. Решено ушить дефект. Выполнена задняя и передняя крурорафия по калибру пищевода с предварительной установкой назогастрального зонда. При осмотре желудка, последний увеличен в размерах, атоничный, по большой кривизне желудка не наблюдается ни одной перистальтической волны; при этом перистальтика 12-ти перстной кишки сохранена. Выполнены впереди-ободочный гастроэнтероанастомоз «бок в бок» на средней петле и межкишечное соустье по Braun сшивающим линейным аппаратом Endo GIA (60). Течение послеоперационного периода гладкое, на 5 сутки после операции больная выписана из стационара. Осмотрена через 3 месяца – жалоб нет, здорова. Прибавка в весе 5 кг. Сохраняется умеренный метеоризм. При контрольной рентгенографии: желудок в абдоминальном положении, сократился в объеме на 30%, рефлюкса нет, пассаж из желудка парциальный, своевременный.

Заключение. Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует редкое осложнение антирефлюксной хирургии, что, однако, не является безвыходной ситуацией, а требует междисциплинарного кропотливого поиска решений и действий, направленных на благо пациента.

681. ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Шмелев С.Н.(1), Шапкин Ю.Г. (2), Федоров В.Э.(3), Хлопкова А.Г.(1)

Саратов

1)ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского»,
2)Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, 3) Кафедра хирургии и онкологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных портальной гипертензией, осложнившейся кровотечением из вен пищевода путем активного использования эндоскопического лигирования.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2016 год на базе Городской Клинической Больницы №2 г. Саратова эндоскопическое лигирование ВРВП выполнено 115 больным. С активным или состоявшимся кровотечением из ВРВП в клинику поступило 243 больных. При поступлении больного с кровотечением из ВРВП использовался алгоритм лечения, предусматривающий эндоскопическое лигирование после гемостаза с помощью зонда-обтуратора и стабилизации гемодинамики больного.

Результаты. 88 (36,2%) пациентам с состоявшимся кровотечением из ВРВП выполнено их эндоскопическое лигирование. Большинство больных с состоявшимся кровотечением из ВРВП поступает в крайне тяжелом состоянии с декомпенсированным циррозом печени. 155 (63,8%) больных с декомпенсированным циррозом печени гемостаз достигнут постановкой зонда-обтуратора, им лигирование не выполнялось из-за тяжести состояния. 27 (23,5%) больным эндоскопическое лигирование ВРВП выполнялось с целью первичной профилактики кровотечения из вен. Эндоскопический контроль осуществляли через 30 дней после вмешательства. При необходимости выполняли дополнительное лигирование. Контрольные осмотры через 6, 12, 24 месяца после вмешательства проводились у 49 больных. Рецидив кровотечения через 5 месяцев после лигирования отмечен у 1 (0,9%) больного с декомпенсированным циррозом класса С, а на протяжении второго года после лигирования – у 2 (1,7%) больных с циррозом класса С, завершившихся летальным исходом.

Выводы: 1. Эндоскопическое лигирование при



кровотечениях из ВРВП позволяет не только остановить, но и избежать рецидива кровотечения у большинства больных циррозом печени. 2. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода целесообразнее выполнять после достижения временного гемостаза зондом-обтуратором.

682. 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 «Национальный медико-хирургический
центр им. Н.И. Пирогова» МЗ 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 44,6 лет); 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.

683. МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Титаренко Т.А., Наумов И.А., Госткин П.А.,
Авдовенко А.Л., Климов Д.Е.*

Новомосковск

ГУЗ «Новомосковская городская клиническая
больница» ФГБОУ ВО Ряз. ГМУ

Целью исследования являлось улучшение результатов лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 52 пациентов с гнойно-воспалительными заболе-



ваниями мягких тканей. Соотношение по полу 23 мужчин (44%) и 29 женщин (56 %). Средний возраст пациентов 57,1± 7,3г. За период с января 2014 года по январь 2016 года в ГУЗ НГКБ больным с с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей в комплексную терапию были включены процедуры комбинированной гемосорбции и внутривенного ультрафиолетового облучения крови (ВУФОК). При исследовании больных, пациенты (n=52) были разделены на две группы в зависимости от комплекса экстракорпоральной детоксикации, сопоставимые по полу, возрасту и тяжести состояния. Оценка степени тяжести состояния исследуемых пациентов по интегральной шкале APACHE II соответствовала 21,3±3,4 балла. Комплексная интенсивная терапия у всех пациентов включала гемодинамическую поддержку, антибактериальную, гормональную и иммунокорректирующую терапии, профилактику тромбоэмболий, защиту желудочно-кишечного тракта, адекватную нутритивную поддержку. Выбор антибактериальной терапии основывался на результатах мониторинга определения чувствительности микроорганизмов к используемым лекарственным препаратам. Иммунокорректирующая терапия заключалась в назначении иммуноглобулинов. В комплекс интенсивной терапии больных были включены экстракорпоральные методики : комбинированная гемосорбция и ВУФОК . Пациенты первой группы (n=27) в дополнение к традиционной терапии получали комбинированную гемосорбцию: в экстракорпоральном контуре были включены сорбенты «Овосорб» и СКН-1К, которая проводилась в объеме 1,5-2 ОЦК. Каждому больному было проведено в среднем по 2,5 процедуры длительностью 120-150 минут. Больным второй группы (n=25) в дополнение к стандартной терапии проводилась комбинированная гемосорбция и ВУФОК. Процедура ВУФОК проводилась на аппарате Матрикс – ВЛОК, в среднем по 7 процедур каждому больному продолжительностью 20 минут. У больных обеих групп развился синдром эндогенной интоксикации, при этом детоксикация с выведением токсинов и других патологических продуктов позволяет добиться перелома в течении заболеваний. Все гнойно-воспалительные заболевания протекают на фоне тяжелого эндотоксикоза на почве резкого повышения уровня протеолитических ферментов и возрастания вследствие этого содержания веществ средней молекулярной массы, активации процессов перекисного окисления липидов с подавлением системы антиоксидантной защиты.

Полученные результаты. Оценка эффективности лечения обеих групп пациентов проводилась до и после окончания гемосорбции с учетом комплекса клинических, лабораторных и инструменталь-

ных методов исследования. В процессе лечения в первой группе после проведения гемосорбции отмечалось снижение уровня СРБ и прокальцитонина в среднем на 20-25%, лейкоцитоза в среднем на 10-15%. Содержание билирубина, мочевины и креатинина оставалось на прежнем уровне или незначительно повышалось. Во второй группе после проведения гемосорбции в комбинации с ВУФОК отмечалось снижение уровня СРБ и прокальцитонина в среднем на 35-45%, аспартатамиNOTрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) в среднем на 10% , билирубина в среднем на 20%, отмечалось снижение лейкоцитоза 10-15%. Содержание мочевины и креатинина оставалось на прежнем уровне без тенденции к повышению. Средняя продолжительность лечения в отделении реанимации больных второй группы была в 1,3 раза меньше, чем в первой.

Выводы. Таким образом при сочетании комбинированной гемосорбции и ВУФОК у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей достигаются : улучшение клинических и лабораторных параметров, что связано с эффективной элиминацией протеолитических ферментов и веществ средней молекулярной массы.

684. ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Воскресенский О.В., Абакумов М.М.

Москва

НИИСП им. Н.В. Склифосовского

Традиционные хирургические методы лечения пострадавших с ранениями груди сопровождаются высокой уровнем осложнений, частота которых достигает 30%. В качестве альтернативного метода исследована возможность применения видеоторакоскопии (ВТС).

Цель работы. Сравнить частоту осложнений при использовании традиционных методов и ВТС.

Материал и методы. Представлены репрезентативные группы. Основная группа - 172 пострадавших, у которых была выполнена ВТС без конверсии. Контрольная группа - 184 пациента, у которых использованы традиционные методы: дренирование плевральной полости (ДПП) (64), атипичная торакотомия (АТ) при «низких» ранениях груди для исключения торакоабдоминальных ранений без клинических проявлений (76), типичная торакотомия (ТТ), выполненная без абсолютных показаний (44). Оценка тяжести осложнений проведена по классификации Clavien-Dindo. Сравнивали



осложнения 3 ст., присущие для обеих групп. К осложнениям 3А ст. относили состояния, требовавшие плевральных пункций и дренирования плевральной полости под местной анестезией: пневмоторакс, гидроторакс, пневмогидроторакс, экссудативный плеврит, а также ателектазы лёгких, требовавшие фибробронхоскопии. Осложнения 3В ст. требовали повторных вмешательств под общим обезболиванием (торакотомия, ВТС). К ним относили: продолжавшееся кровотечение, свернувшийся гемоторакс, персистирующее поступление воздуха, эмпиему плевры, инородные тела плевральной полости и лёгкого. Обсуждение результатов. После ВТС у 172 пациентов общая частота осложнений составила 25,6%. Осложнения 3 ст. развились в 17 наблюдениях (9,9%): 3А ст. - у 15 пострадавших (8,7%), 3В ст. - у 2 пострадавших (1,2%). Средняя длительность стационарного лечения у 172 пострадавших составила в среднем $11,3 \pm 3,6$ суток: без осложнений – $9,3 \pm 2,1$ суток, с осложнениями – $15,7 \pm 4,9$ суток. Летальность составила 0,58%. Всего в группе с применением традиционных методов лечения частота осложнений составила 26,6%. После ДПП осложнения развились у 28,1% пострадавших. Из них осложнения 3 ст. имели место у 10 пациентов (15,6%): 3А ст. - у 3 пострадавших (4,7%), 3В ст. - у 7 пострадавших (10,9%). Средняя продолжительность лечения составила $10,1 \pm 4,5$ суток, что не отличалась от аналогичного показателя в группе «ВТС» ($p > 0,05$). Без осложнений она составила $8,7 \pm 2,4$ суток, с осложнениями – $12,3 \pm 6,5$ суток. Летальность составила 1,6%. После АТ осложнения развились у 26,3% пострадавших. Осложнения 3 ст. были у 12 пациентов (15,8%): 3А ст. – у 7 пострадавших (9,2%), 3В ст. – у 5 пациентов (6,6%). Средняя продолжительность стационарного лечения составила $12,0 \pm 4,4$ суток, что не отличалась от аналогичного показателя в группе «ВТС» ($p > 0,05$). У пострадавших без осложнений она составила $9,5 \pm 2,2$ суток, с осложнениями – $18,6 \pm 6,5$ суток. Летальность составила 1,3%. После ТТ, выполненной по относительным показаниям, частота осложнений составила 25%. Осложнения 3 ст. были у 8 пострадавших (18,2%): 3А ст. - у 7 пациентов (15,9%), 3В ст. - у 1 пострадавшего (2,3%). Длительность стационарного лечения в среднем составила $14,5 \pm 5,3$ суток, что достоверно больше, чем в группе «ВТС» (p

685. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В МЦ ЗКГМУ ИМ. М.ОСПАНОВА

*Ергалиев А.Е., Бекмухамбетов Е.Ж.
Кузденбаев М.С., Дюсембеков С.Т.,
Койшибаев А.К., Поляков В.В., Бегунов В.В.,
Симбатов Т.К, Сатенова Ж.К.*

Актобе, Казахстан

Западно-Казахстанский государственный университет медицинский им. Марата Оспанова

Актуальность: на сегодняшнее время эффективность и безопасность эндовидеохирургии при лечении многих хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полости неоспоримо. В онкологической практике данный вид операций является актуальной и в тоже время дискуссионной, так как одним из критериев лечения является радикальное его проведение с обязательным удалением региональной группы лимфатических узлов, по которым происходит метастазирование. В нашей клинике данное время идет накопление клинического материала с целью изучения непосредственных и отдаленных результатов лечения, подтверждения онкологической обоснованности и целесообразности подобных операций не нарушающих принципы абластики.

Цель работы: внедрение малоинвазивных методов операций у онкологических больных в клинике МЦ ЗКГМУ им. М. Оспанова.

Материалы и методы: с апреля 2014г. по настоящее время (январь 2017г.) в МЦ ЗКГМУ им. Марата Оспанова 219 пациентам, в возрасте от 27 до 71 лет, выполнены эндовидеохирургические операции при различных злокачественных заболеваниях. Из них: диагностическая лапароскопия с биопсией произведена 65 пациентам, гистерэктомия в 57 случаях (из них расширенная гистерэктомия 3 типа с тазово-подвздошной лимфодиссекцией – 25), симультанная гистерэктомия с холецистэктомией – 4, овариоцистэктомия – 21, отсроченная тазово-подвздошная лимфодиссекция – 1, сигмоидэктомия с одномоментным наложением аппаратного анастомоза – 8, сигмоидэктомия с экстракорпоральным ручным анастомозом – 4, сигмоидэктомия с интракорпоральным ручным анастомозом – 1, видеоассистированная правосторонняя гемиколэктомия – 3, синхронная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 2, дистальная резекция желудка по Бильрот-2 – 1, гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме Д-2 – 1, наложение питательной гастростомы – 16, нефрэктомия – 6, резекция почки – 5, диагностическая



торакоскопия – 27, сегментарная резекция лёгкого – 1, эхинококкэктомия лёгкого – 1. Послеоперационной летальности не отмечалось. Осложнения были отмечены в 3 случаях, которые возникли после операции по поводу опухолей толстой кишки, в виде нагноения после операционной раны.

Выводы: освоение техники эндовидеохирургических вмешательств, улучшение оснащения материально-технической базы и имея квалифицированный персонал позволило нам перейти от объема диагностических исследований к выполнению радикальных операций.

686. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕСТЕНОЗАМИ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ

Сидоров А.А.1, Цыганков В.Н.2, Тимина И.Е.2

Москва

1) Россия, г. Москва, ГБУ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнёва» Департамента здравоохранения г. Москвы, 2) Россия, г. Москва, ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России

Актуальность. Частота развития симптома рестенозов после каротинов эндартерэктомии (КЭАЭ) колеблется в пределах от 0,6 до 3,6%, в то время как асимптомных - от 8,8 до 19%. Повторные операции необходимо выполнять в случаях, когда рестеноз внутренней сонной артерии (ВСА) становится критическим (80-90%) и/или сопровождается симптомами сосудисто-мозговой недостаточности. При выполнении повторной КЭАЭ частота осложнений значительно выше, чем при выполнении первичной КЭАЭ. Таким образом, стентирование ВСА является реальной альтернативой открытой реконструктивной операции для пациентов с рестенозами ВСА.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2014 год в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России выполнено 23 стентирования ВСА 22 пациентам с рестенозами после ранее выполненных операций КЭАЭ, из них 13 (59,1%) мужского пола. Возраст пациентов от 53 до 79 лет (средний возраст $63,8 \pm 7,76$ года). 12 пациентов (54,5%) с рестенозами после ранее выполненной классической КЭАЭ с пластикой заплатой (13 операций), 9 пациентов - 40,9% - эверсионной КЭАЭ, 1 пациент - 4,6% - протезирования ВСА. Сроки развития рестенозов после

открытого вмешательства составили от 9 месяцев до 16 лет, средней период $52 \pm 41,32$ месяца. 14 пациентов были оперированы в 2013-2014 гг. – 63,6%. В исследование были включены пациенты с симптомными (II и IV степени сосудисто-мозговой недостаточности (СМН)) – 8 пациентов (35,4%) и асимптомными (I и III степени СМН) рестенозами ВСА – 14 пациентов (63,6%). Развитие рестеноза внутренних сонных артерий после КЭАЭ в сроки от 1 года до 10 лет (среднее значение $4,28 \pm 3,45$ года). Оклюзия конралатеральной артерии по данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) у 3 (13,6%) пациентов.

Полученные результаты. Прослежены результаты лечения за период от 1 года до 10 лет после стентирования ВСА (средний период наблюдения $3,9 \pm 2,9$ года) у 21 пациента (95,5%). Умерло 4 (19%) пациентов в сроки от 1 года до 7 лет (среднее значение $3 \pm 2,78$ года): трое пациентов скончалось вследствие прогрессирования онкологических заболеваний, один пациент умер по причине развития острого инфаркта миокарда. Гемодинамически значимый рестеноз (>80%) отмечен у 3 (14,2%) пациентов через 1, 3 и 5 лет после стентирования с развитием клинической симптоматики у двоих из них. Пройодимость составила 100% по данным контрольного ультразвукового дуплексного сканирования у 17 (81%) пациентов. Обсуждение. Относительная безопасность стентирования ВСА при рестенозах после КЭАЭ при сравнении с повторными КЭАЭ подтверждена результатами ближайшего периода наблюдения. Большинство исследований по сравнению КС и КЭАЭ при рестенозах ограничены одним лечебным учреждением и не имеют достаточной статистической силы. Также в этих исследованиях не проводится деление пациентов на симптомных и асимптомных. В нашем исследовании прослежены отдалённые результаты стентирования ВСА с рестенозами после КЭАЭ, также полученные результаты определены для пациентов с симптомами СМН и без них. Выводы. Стентирование ВСА пациентам с рестенозами после КЭАЭ является высокоэффективным способом профилактики возможного развития острого нарушения мозгового кровообращения в течение длительного периода жизни.

Рекомендации. Стентирование ВСА может быть рекомендовано к рутинному применению в клинической практике для пациентов с рестенозами ВСА, после ранее выполненной КЭАЭ.



687. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Некрасов А.Ю.

Москва

ФГБУ Клиническая больница УДП РФ

Актуальность. В последнее десятилетие для закрытия дефектов брюшной стенки при послеоперационной вентральной грыже стали широко использовать синтетические материалы, что позволило гарантировать благоприятный исход операции. В последние годы бурно развивается лапароскопическая хирургия, в связи с чем открываются новые возможности в лечении больных с послеоперационными грыжами. Появление лапароскопии привело к рождению методик внутрибрюшной фиксации протеза с помощью лапароскопической техники, что позволило практически полностью нивелировать раневые осложнения, сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре.

Материал и методы. Проведен анализ 73 лапароскопических герниопластик послеоперационных грыж с 2012 по 2016 гг. По классификации SWR больные распределены следующим образом: по локализации М – 51 (69,8%) пациентов, L – 22 (30,2%) пациентов; по ширине грыжевых ворот - W1 – 26 (35,6%) пациентов W2 – 35 (47,9%) пациентов, W3 – 12 (16,5%) пациентов; по частоте рецидива – R0 – 33 (45,2%) больных R1 – 29 (39,2%) больных, R2 – 11 (15,6%) пациентов. Среди пациентов мужчин было 39 (53,4%), женщин – 34 (46,6%). Средний возраст больных составил 53±8,1 лет. При выполнении герниопластики использовали полипропиленовую сетку и композитную сетку. Лапароскопическая герниопластика выполнялась 2 способами. Первый способ (31 пациент, ширина грыжевых ворот до 8 см): после осмотра брюшной полости, выполняли адгезиолизис и выделяли грыжевые ворота. Далее выполняли П-образную отсепаровку париетальной брюшины, после чего в предбрюшинном пространстве устанавливался полипропиленовый имплантат. Сетчатый имплантат подшивался при помощи иглы Endoclose к передней брюшной стенке изнутри с завязыванием узлов над апоневрозом, расстояние между швами не более 2 см. Использовали не рассасывающуюся монофиламентную нить 1/0. Потом непрерывным швом над сеткой восстанавливали целостность брюшины. Второй способ - IPOM (42 пациента, ширина грыжевых ворот до 15 см): после адгезиолизиса и выделения грыжевых ворот, в брюшную

полость проводили композитную сетку и фиксировали герниостеплером ABSTACK.

Результаты и обсуждение. Продолжительность лапароскопической герниопластики составила 79,2±11,3 мин, лапароскопической герниопластики IPOM 64,7±9,7 мин. В группе, где использована лапароскопическая герниопластика послеоперационные осложнения выявлены у одного пациента (1,6%) возник инфильтрат в области фиксации сетки, по поводу чего проводилась антибиотикотерапия и магнитотерапия. В группе, где пациентам выполнена лапароскопическая герниопластика IPOM послеоперационных осложнений не было. После лапароскопической герниопластики IPOM выявлен рецидив у одного (1,6%) пациента через один год после операции. Выполнена повторная герниопластика IPOM, с сеткой большего размера. Причиной рецидива выявлено сморщивание сетки. Выводы. Лапароскопическая герниопластика является эффективным и безопасным методом коррекции послеоперационных грыж живота. Преимуществами эндоскопической герниопластики считаем: малую травматичность, быструю медицинскую и социальную реабилитацию пациентов. Лапароскопическая герниопластика IPOM предпочтительнее, так как она менее сложная.

688. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРЦИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ GIST

Некрасов А.Ю.

Москва

ФГБУ Клиническая больница УДП РФ

Актуальность. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GastroIntestinal Stromal Tumours – GIST) – это мягкотканые новообразования желудочно-кишечного тракта веретенноклеточного, эпителиоидно-клеточного или смешанного строения. Термин предложен в 1983 г. М. Mazur и Н. Clark. (GIST) составляют 1% всех новообразований желудочно-кишечного тракта, однако среди сарком количество их достигает 80%. Наиболее частой локализацией GIST является желудок. В большинстве случаев диагностика GIST носит случайный характер при исследованиях, а во многих случаях они не диагностируются при жизни.

Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 6 больных с GIST, находившихся на лечении в хирургическом отделении в 2014-16гг. Распределение пациентов: T2N0M0 (Low risk) – 3 пациента, T3N1M0 (1 - Low risk, 1- High risk) – 2 больных, T4N0M0 (High risk) – 1 пациента. Локализация



GIST: антральный отдел желудка – 3 пациентов, кардиальный отдел – 2 и малая кривизна – один пациент. У одного пациента было диагностировано осложнение GIST - кровотечение. Отдаленных метастазов выявлено не было. Возраст пациентов составил $71,2 \pm 4,3$ года. Лапароскопическая парциальная резекция желудка выполнена всем пациентам. Мужчин – 4 (66,7%) больных, женщин - 2 (43,3%). Результаты и обсуждение. Операция выполнялись под общей анестезией в положении больного лежа на спине с разведенными ногами и приподнятым на 20° головным концом хирургического стола. Хирург располагался между ногами пациента, а ассистент с камерой – справа от пациента. В брюшной стенке устанавливались веером 4-5 лапаропортов – в окологупочной области для камеры, в левой и правой боковых и подреберных областях для заведения инструментов. У 2 пациентов (размер опухоли 8-11 см) парциальная резекция желудка, выполнена с использованием линейного аппарата EndoGia 60 mm. У 4 больных выполнено иссечение GIST и закрытие отверстия в желудке ручным швом. После удаления опухоли в контейнере через небольшой разрез извлекалась из брюшной полости. Осложнений, связанных с хирургическим вмешательством не было. Средняя продолжительность операции 55 ± 12 минут. Больные выписаны из стационара на 5-8 сутки. Двум пациентам после операции назначен курс химиотерапии (иматиниб в дозе 400 мг/сут). Длительность наблюдения за больными после оперативных вмешательств составила до 2 лет, рецидивирования и метастазирования не выявлено. Вывод: Лапароскопическая парциальная резекция желудка при GIST имеет преимущества перед традиционными вмешательствами, таких как незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

689. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Ильканич А.Я. (1,2), Лобанов Д.С.(1,2),
Лопатская Ж.Н. (2)*

Сургут

1) БУ "Сургутская ОКБ" 2) БУ ВО "СурГУ"

Цель: апробация маршрутной лечебно-диагностической карты пациента с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки.

Материалы и методы. В анализируемой группе 86 пациентов с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) пролеченных на базе Сургутской окружной клинической больницы за период 2007 -16 гг. Из них 49 (57,0%) женщин и 37 (43,0%) мужчин. Средний возраст составил $53,8 \pm 1,9$ года. С острым дивертикулитом пролечено 38 (44,2%) больных, с перфорацией дивертикула – 16 (18,6%), параколическим инфильтратом – 9 (10,4%), кровотечением из дивертикула – 8 (9,3%), абсцессом брюшной полости – 8 (9,3%), толстокишечным свищом – 1 (1,2%), острой кишечной непроходимостью – 3 (3,5%), рецидивирующим дивертикулитом – 3 (3,5%) пациентов. Статистически значимый ежегодный прирост числа больных с осложненным течением ДБТК, ошибки диагностики и просчеты в оказании помощи привели к необходимости изменения тактики ведения этой категории пациентов. Нами разработана и с 2010 года внедрена в клиническую практику маршрутная карта пациента с осложнениями ДБТК, которая представляет собой пошаговый алгоритм действий. Объем первичной диагностики при поступлении (1 этап) включает: физикальное, лабораторное и, по показаниям, ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенографию брюшной полости. 2 этап – выполнение специальных методов инструментальной диагностики – компьютерной томографии (КТ), видеоколоноскопии (ВКС) или диагностической лапароскопии (ДЛ). Физикальное и лабораторное исследование проведено у всех больных. УЗИ брюшной полости выполнено 70 (81,4%) пациентам, ВКС - 57 (66,3%), КТ - 11 (12,8%) больным, ДЛ - 6 (15,8%). Консервативно пролечено 48 (55,8%) пациентов, оперированы – 38 (44,2%). Оценка клинической эффективности маршрутной лечебно-диагностической карты пациента с осложнениями ДБТК дана в соответствии с результатами лечения.

Результаты и их обсуждение. По локализации преобладали левые отделы толстой кишки - 69,8% (n-13). При УЗИ в 5 (5,8%) наблюдениях выявлен параколический инфильтрат, в 4 (4,7%) - парадивертикулярный абсцесс. Из 11 обследованных на КТ у 4 (4,7%) больных выявлено наличие абсцесса, у 4 (4,7%) параколического инфильтрата брюшной полости ассоциированного с дивертикулитом толстой кишки. При ВКС у 8 (9,3%) пациентов выполнен эндоскопический гемостаз, у 20 (23,3%) – этапные санации при гнойном дивертикулите. Консервативное лечение оказалось эффективным у 48 (55,8%) больных. Наблюдение за ними в течение 12 месяцев позволило установить отсутствие рецидива заболевания у 95,4%. При отсутствии перитонита и невозможности подтвердить диагноз неинвазивными методами исследования проводилась диагностическая лапароскопия, которая позволила



не только подтвердить диагноз, но и определить дальнейшую тактику ведения больных. 4 (4,7%) пациентам по результату ДЛ произведена лапаротомия. Резекция пораженного участка толстой кишки с наложением колостомы произведена 12 (31,6%) пациентам, резекция с формированием первичного анастомоза – 8 (21,1%). Колостома с выведением пораженного участка без резекции толстой кишки выполнена 3 (7,9%) больным. В одном (2,6%) наблюдении сформирован обходной анастомоз. При выявлении параколического абсцесса дренирование выполнялось из минидоступа под УЗ-навигацией – у 8 (21,1%) пациентов. Среди оперированных больных осложнения зарегистрированы – у 7 (18,4%). Из них – у 6 (15,8%) инфекционные осложнения в области послеоперационной раны. В одном наблюдении (2,6%) выявлена несостоятельность толстокишечного анастомоза, в связи с чем он разобщен с выведением временной илеостомы. Средний койко-день составил $13,6 \pm 0,7$ к/день. 2 (5,2%) летальных исхода в послеоперационном периоде, связанные с прогрессированием абдоминального сепсиса.

Выводы: 1. Оптимальными неинвазивными методами диагностики при наличии подозрения на перидивертикулярный инфильтрат или абсцесс являются ультразвуковое исследование и/или компьютерная томография брюшной полости, позволяющие определить оптимальную тактику ведения пациента у 81,4%. 2. При невозможности верифицировать характер осложнений ДБ ТК неинвазивными методами в отсутствие перитонита метод выбора - диагностическая лапароскопия, потребность которой может достигать 15,8%.

3. ФКС при остром дивертикулите может быть выполнена без увеличения риска развития осложнений и в 32,6% является лечебной манипуляцией. 4. Применение разработанной маршрутной лечебно-диагностической карты для пациента с осложненным течением ДБ ТК позволяет унифицировать диагностические мероприятия и оптимизировать лечение данной категории больных.

690. МОЖЕТ ЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА СТАТЬ АЛЬТЕРНАТИВОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЕГО КОРРЕКЦИИ

*Алибегов Р.А. (1,2), Касумьян С.А. (1),
Сергеев О.А. (1,2), Жвितिшвили И.Д. (2),
Прохоренко Т.И. (2)*

Смоленск

- 1) Смоленский государственный медицинский университет,
- 2) ОГБУЗ «Клиническая больница №1».

Холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни (ЖКБ), встречается у 8-26% больных. Не всегда удается провести эндоскопическую коррекцию холедохолитиаза до холецистэктомии, а также желание хирурга одномоментно помочь больному в купе с совершенствованием техники оперирования и современным оборудованием приводит к расширению показаний к хирургическому лечению в случае осложненных форм ЖКБ. **Цель:** улучшить результаты лечения больных холедохолитиазом посредством внедрения лапароскопических технологий его коррекции при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Материалы и методы: за период 2012-2016 гг. анализированы результаты лечения 42 пациентов ЖКБ. Холедохолитиазом. Пациенты разделены на 2 равные группы. Обе группы сравнимы по гендерно-возрастному показателю, нозологической форме, всем пациентам выполнялась ЛХЭ. В основной группе (n=21) проводилась лапароскопическая коррекция холедохолитиаза. ЖКБ, холедохолитиаз – 13 больных, ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холангит – 4, холедохолитиаз, гнойный холангит – 2, резидуальный холедохолитиаз (ЛХЭ в анамнезе) – 2. В срочном порядке оперировано – 8, в плановом – 13 пациентов. Механическая желтуха наблюдалась в 6 случаях (28,6%). Всем пациентам интраоперационно выполнялась холангиоскопия аппаратом фирмы Pentax. Характер проведенных вмешательств: ЛХЭ+холедохолитотомия с дренированием общего желчного протока (ОЖП) по Керу - 14, ЛХЭ+холедохолитотомия с дренированием ОЖП по Пиковскому – 2, ЛХЭ+лапароскопический холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – 5, лапароскопический ХДА – 2 (ЛХЭ в анамнезе). ХДА формировали при наличии протяженной стриктуры дистального отдела ОЖП и отсутствии уверенности в полной коррекции холедохолитиаза. Контрольную группу, n=21 составили пациенты, кому в до/послеоперационном периоде ЛХЭ выполнялась эндоскопи-



ческая ретроградная панкреатохолангиография с папилосфинктеротомией (ЭРПХГ и ПСТ). До операции ЭРПХГ и ПСТ выполнено у 16 пациентов, после операции у 5. Механическая желтуха наблюдалась у 8 (38,1%). Холедохолитиаз обнаружен в 19 случаях, стриктура дистального отдела ОЖП – 2. При проведении ЭРПХГ всем больным выполнено ПСТ. В 4 случаях потребовалась повторное выполнение ЭРПХГ, ПСТ, литоэкстракции. У трех пациентов не удалось устранить холедохолитиаз эндоскопически ввиду наличия крупных конкрементов в ОЖП (все трое пациентов впоследствии оперированы лапароскопически).

Результаты: общая частота осложнений - 11,9% (5). В основной группе – 4,8% (2): желчеистечение по улавливающему дренажу - 1 (2,4%), гемобилома подпеченочного пространства - 1 (2,4%). В контрольной группе – 7,1% (3): острый панкреатит - 2 (4,8%), желудочно-кишечное кровотечение - 1 (2,3%). Повторных хирургических вмешательств и летальности не было.

Выводы: на сегодняшний день владение лапароскопическими методиками позволяет излечить больного холецистохоледохолитиазом в один этап. Особенно это актуально в ситуациях, когда возникают те или иные трудности для эндоскопической коррекции. Говорить о полноценной альтернативе лапароскопической коррекции холедохолитиаза ЭРПХГ и ПСТ преждевременно, однако данное направление является очень перспективным, и конечно, требует дальнейшего изучения, и накопления опыта.

691. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*Борота А.В., Полунин Г.Е., Косарь Н.В.,
Танасов И.А., Гюльмамедов В.А., Лыков В.А.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии № 1, зав.кафедрой – проф. Борота А.В.

Актуальность. Язвенный колит (ЯК) – тяжелое неспецифическое воспалительное заболевание толстой кишки (ТК) с неизвестной этиологией и разными мнениями авторов о тактике лечения. До 30% пациентов необходимо оперировать.

Цель исследования. Оценить эффективность выбранной нами хирургической тактики при осложненных формах язвенного колита.

Материалы и методы. В исследование включены сведения за 20 лет о 634 больных с ЯК. Резекции

ТК в различном объеме выполнены 122 пациентам. Полученные результаты и их обсуждение. 71 (58,2±4,5%) пациенту на первом этапе выполнена субтотальная колонэктомия (СК) с отдельной илео- и сигмостомией – они вошли в 1-ю группу, 22 (18,0±3,5%) оперативное вмешательство выполнено в радикальном объеме – колонпроктэктомия, они составили 2-ю группу, в 3-ю группу вошли 29 (23,8±3,9%) пациентов которым были выполнены различные виды резекций ТК в нерадикальном объеме. Время от дебюта болезни до операции в 1-й группе в среднем составило 5,3, во 2-й – 8,2, а в 3-й – 7,2 лет. 25 (35,2±5,7%) операций выполнены в 1-й группе по ургентным показаниям во 3-й – 8 (27,6±8,3%), все операции во 2-й группе выполнены в плановом порядке. 27 пациентам, перенесшим на первом этапе хирургического лечения СК, использована методика, при которой после выполнения СК и формирования илео- и сигмостомы, проводят инфузионный катетер через культю сигмовидной артерии вне пределов брюшной полости, в месте ее пересечения в области концевой отдела стомированной кишки. В послеоперационном периоде внутриартериально вводили гормоны, антибиотики, препараты, содержащие лактат натрия, озонированные растворы. Разработана компьютерная программа для прогнозирования риска развития хирургических осложнений у пациентов с ЯК. Общее количество послеоперационных осложнений снизилось с 31,8±7,0% до 11,1±6,0% (р

692. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

*Борота А.В., Седаков И.Е., Полунин Г.Е.,
Танасов И.А., Косарь Н.В., Гюльмамедов В.А.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии № 1, зав.кафедрой – проф. Борота А.В.

Актуальность. Болезнь Крона (БК) – хроническое неспецифическое заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии. На сегодняшний день методик радикального лечения нет. Актуальность проблемы объясняется не только увеличением количества случаев заболевания, но и отсутствием единого мнения в вопросах лечебной тактики, в том числе – определение показаний к оперативному лечению.

Цель исследования. Изучить частоту развития и характер осложнений, которые послужили пока-



занием к выполнению операций у пациентов с болезнью Крона.

Материалы и методы. В исследование включены сведения о 367 больных с БК. Различные виды оперативных вмешательств выполнены 222 (60,5±2,6%) пациентам. В течении первого года от начала дебюта заболевания оперировано 130 (58,6±3,3%) больных, они составили 1-ю исследуемую группу, в сроки от 2 до 5 лет – 57 (25,7±2,9%), они вошли во 2-ю группу, свыше 6 лет – 35 (15,8±2,4%) пациентов – 3-я группа. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 44,6, 2-й – 42,7, 3-й – 49,1 лет. Полученные результаты и их обсуждение. По ургентным показаниям в 1-й группе выполнено 60 (46,2±4,4%) операций, во 2-й – 21 (36,6±6,4%), в 3-й – 8 (22,9±7,1%). Осложнениями БК, явившиеся показанием к оперативному лечению явились: кишечная непроходимость – 44 (19,8±2,7%), перитонит – 34 (15,3±2,4%), инфильтрат брюшной полости – 32 (14,4±2,4%), воспалительные псевдоопухоли – 31 (14,0±2,3%), тяжелое состояние с развитием синдрома полиорганной недостаточности – 25 (11,3±2,1%), перианальные осложнения – 19 (8,6±1,9%), кровотечение – 16 (7,2±1,6%), токсическая дилатация толстой кишки (ТК) – 9 (4,1±1,3%), рак – 9 (4,1±1,3%), полипоз ТК – 3 (1,4±0,8%) пациента. Общая послеоперационная летальность в группах составила соответственно 11,5±2,8%, 12,3±4,3% и 2,9±2,8%.

Выводы и рекомендации. Большинство (58,6±3,3%) оперативных вмешательств при БК выполняется в течении первого года после дебюта заболевания, из них 46,2±4,4 по ургентным показаниям. С увеличением длительности болезни растет количество случаев рака ТК ассоциированного с БК. Выполнение обширных резекций при БК не исключает риск развития опухолевой патологии в различные сроки после операции, в связи с чем, пациенты должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением.

693. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПАННИКУЛИТОМ ВЕБЕРА–КРИСЧЕНА

Матюшкин Р.В., Касторных Е.Н., Воронин Д.А., Евлашкина Е.Е., Сальникова Т.С., Данилина Е.А.

Тула

ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница"

Актуальность. Спонтанный панникулит (СП) или идиопатический лобулярный панникулит, идиопатический панникулит Вебера–Крисчена, болезнь

Пфейфера–Вебера–Крисчена, и т.д. – редкое малоизученное заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани (М 35.6 по МКБ-10). Оно характеризуется рецидивирующим поражением подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), нередко протекает с вовлечением в процесс внутренних органов и рассматривается как клинико-патоморфологический вариант лобулярного панникулита (Пн). Термин "панникулит" впервые предложил Salin (1911 г.). Детальное описание подобных поражений подкожно-жировой клетчатки представил F.Weber (1925 г.), назвавший этот патологический процесс ненагнаивающимся узловатым панникулитом с фагоцитозом подкожных жировых клеток. Н.Christian (1928 г.) обратил внимание на наличие лихорадки при этой болезни. В 1936 г. I.Brill предложил новый термин – «болезнь Пфейфера–Вебера–Крисчена». Под панникулитом (Пн) понимают группу гетерогенных воспалительных заболеваний, характеризующихся поражением подкожной жировой клетчатки и нередко протекающих с вовлечением опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Многообразие клинических и гистологических форм, а также отсутствие специфического лечения – это основные причины обращения больных с Пн к разным специалистам: дерматологам, хирургам, ревматологам, онкологам. Актуальность проблемы обусловлена неуклонным ростом инвалидизации пациентов с различными формами Пн. В последние годы описано около 200 случаев спонтанного панникулита в мировой литературе и 50 – в отечественной.

Целью данного сообщения является описание успешного опыта лечения пациента с таким редким заболеванием как панникулит.

Материалы и методы. Пациентка К 37 лет. Находилась на стационарном лечении в ожоговом отделении Тульской областной клинической больницы с 25.03.2015 - 23.04.2015г. Установлен Диагноз: панникулит Вебера–Крисчена. В анамнезе панкреонекроз с лимфоцитарной инфильтрацией. Заболевание началось остро 7.03.2015г с образования болезненных плотных инфильтратов темно-багрового цвета с четкими границами на обеих нижних конечностях, сопровождающихся повышением температуры до 38,0 С. Впоследствии на месте инфильтратов возникли очаги некрозов, с поражением кожи, подкожно-жировой клетчатки до фасции. Находилась на стационарном лечении в Тульском областном кожно-венерологическом диспансере с 18.03.15 по 25.03.15г с диагнозом: Язвенно-некротический васкулит. Местная терапия без эффекта - очаги некроза углублялись, образовывались новые подкожные болезненные узлы, сохранялась лихорадка. Проконсультирована ревматологом — заподозрен панникулит Вебера–Крисчена. Начата эмпирическая тера-



пия глюкокортикостероидами: в/в пульс-терапия преднизолоном, суммарно 720 мг, затем преднизолон per os 50мг/сут. (10 таб.). При повторном осмотре ревматолога совместно с комбустиологом 25.03.2015г. на фоне проводимой терапии образования новых элементов не отмечено, нормализовалась температура тела. Местно: на правой нижней конечности по наружной поверхности правого бедра, голени, стопы, а так же левой голени и стопы участки влажных некрозов темного цвета с четкими неровными краями размерами от 8 до 15см, по периферии участок багрово синюшного цвета от 0,5 до 1,5 см, не выступающий над уровнем кожи, частично деэпителизирован. В области тыльной поверхности дистального межфалангового промежутка среднего пальца левой кисти и носовой перегородки у входа в носовые ходы инфильтраты с темной корочкой в центре диаметром до 0,6 см, выступающие над уровнем кожи. Принято решение о переводе в ожоговое отделение ТОКБ, в условиях которого продолжена терапия глюкокортикостероидами, блокаторами протонной помпы, антигипоксантами, обезболивающими средствами, антибактериальная терапия (широкого спектра), инфузионная терапия, иммуноглобулином, лазерное облучение крови №7. Операции: на 2-е сутки некрэктомия, аутодермопластика на 10-е и 21-е сутки. Динамическое наблюдение ревматологами с коррекцией терапии после нормализации температуры: постепенное снижение дозы таблетированного преднизолона по 1/4 таблетки в 10 дней до 8 таблеток. Результаты. Выписка в удовлетворительном состоянии на 29-е сутки. Температура тела не повышалась, новых элементов нет. Жалоб не предъявляет. Местно: пересаженные лоскуты жизнеспособны, полная эпителизация в ячейках. Продолжает амбулаторное наблюдение у ревматолога и у хирурга по месту жительства.

Выводы. Панникулит Вебера–Крисчена является редким, трудным в диагностике и сложным в лечении заболеванием, требующим комплексной терапии и наблюдения как хирургов, так и ревматологов.

694. РОЛЬ И ЗАДАЧИ АДМИНИСТРАЦИИ КЛИНИКИ В ПОДГОТОВКЕ ХИРУРГОВ К АККРЕДИТАЦИИ

*Шальнёв В.А.(1), Богомолов Н.И.(2),
Порушничак Е.Б.(1)*

Чита

ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края(1),
ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ(2)

Перед обществом хирургов стоят новые задачи в связи с предстоящей всеобщей аккредитацией по специальности с 2021 года. Одной из них является стимулирование непрерывного медицинского образования хирургов Забайкальского края, организация этого процесса, подготовка к аккредитации. Решением МЗ РФ выпускники лечебного и педиатрического факультетов медицинских вузов страны уже в 2017 году пройдут через процедуру аккредитации. Интернатура, как форма послевузовского образования, ликвидируется. Остаётся ординатура, число бюджетных мест в которую кратно уменьшается. В этой связи перед администрацией больниц встают новые задачи по пополнению кадрового состава и полноценной его подготовки перед вступлением в должность. Администрация ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края предусматривает ряд действий для решения важнейшей государственной задачи в своей отрасли. В тезисном варианте они выглядят следующим образом. 1.Необходимо предусмотреть финансирование обучения в целевой ординатуре за счёт средств ТФОМС, страховых компаний, из других альтернативных МЗ РФ источников. 2.Начиная с текущего года активнее привлекать хирургов ЛПУ и всего края вступать в члены РОХа, чтобы исключить за четырёхлетний период проблему с набором и начислением необходимого (250) количества баллов за пятилетие деятельности в специальности. 3.Стимулировать и контролировать непрерывное медицинское образование (НМО) во всех его формах в ГУЗ ККБ и ЛПУ края. Учитывая скудость финансовых ресурсов развивать и совершенствовать формы послевузовского образования на местных базах, привлекая к педагогическому процессу и самых авторитетных специалистов клиники, обращая внимание на приоритетное освоение практических навыков. Развивать заочные формы НМО, используя Skype и другие формы телекоммуникаций. Активнее развивать стажировку на центральных базах, участвовать в очно-заочной форме обучения и мастер-классах ведущих специалистов страны, приглашая их и на свою базу. По отдельным уникальным направлениям деятельности



продолжить использование стажировки за пределами РФ. Считать обязательным участие специалистов клиники в форумах (конгрессы, съезды, конференции и др.), анализировать и публиковать результаты своей деятельности, представлять их докладами по уникальным и традиционным технологиям диагностики и лечения, выявлять и подчёркивать региональный компонент хирургических болезней и травм. Информировать коллектив в доступной форме о содержании и резолюциях форумов, апробировать и внедрять новинки диагностики и лечения в своей клинике. Развивать сотрудничество с сопредельными государствами края (КНР, Монголия, Корея) и территориями РФ. 4. Стимулировать владение языком (английским) межнационального общения, для чего поставить условия медицинской академии в развитии этой части педагогического процесса (работать на будущее, на опережение). 5. Совершенствовать практические навыки через наставничество, работу на тренажёрах-симуляторах. Такой центр в местной медицинской академии развивается, создать аналогичный класс и закупить оборудование для клиники, приблизив его к действующим хирургам, особенно в разделе эндохирургии. 6. Поставить задачу перед общими хирургами овладеть навыками эндовидеохирургии, где это возможно и нужно использовать для диагностики и лечения. Стереть грань между полостными и лапароскопическими (торакоскопическими) хирургами. В ближайшей перспективе общие хирурги должны быть сертифицированы по разделу эндовидеохирургия. 7. Стимулировать овладение хирургами смежных специальностей (эндоскопия, УЗИ-диагностика, трансфузиология и др.), как это делается в клиниках США. Материально стимулировать этот процесс. 8. На базе Краевой медицинской библиотеки совершенствовать и совместно пополнять фонд (базу данных) по востребованным хирургическим специальностям. Должны быть не только книги и журналы, но и обширная и доступная электронная база по современным методам диагностики и лечения хирургических болезней. 9. В профильных хирургических отделениях иметь в доступной форме электронный и печатный варианты «Национального руководства по клинической хирургии» и «Национальные клинические рекомендации», принятые РОХом. Этот фонд должен постоянно пополняться и обновляться по мере принятия и утверждения новых рекомендаций. Хирурги в своей деятельности должны руководствоваться этими документами. 10. Регулярно помогать коллегам из ЦРБ края поддерживать надлежащую профессиональную форму через семинары, конференции, мастер-классы, циклы усовершенствования на местных базах, заявляя их в Реестр и Календарь РОХа. 11. Стимулировать научно-исследователь-

скую, изобретательскую деятельность хирургов клиники. Выделять наиболее успешных деятелей, представляя их к региональным и республиканским наградам и почётным званиям. 12. Помогать хирургам поддерживать человеческую физическую форму, заботиться об их здоровье, помогать в реабилитации заболевшим. Хирургическая специальность – наиболее стресс-опасная, расточительная для организма. Совместно противостоять многочисленным проверяющим и контролирующим структурам, соблюдая законодательство и человеческое право на здоровье и своевременное оказание адекватной медицинской помощи. Администрация ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края находится в постоянном поиске более совершенных методов и средств в работе по оказанию специализированной хирургической помощи больным и травмированным жителям Забайкальского края. Перечень задач и роль администрации в их решении постоянно анализируются, детализируются. Мы представили хирургическому сообществу России лишь часть нашей многогранной работы в этом направлении. Будет полезно узнать опыт коллег страны.

695. ПОДГОТОВКА ХИРУРГОВ К АККРЕДИТАЦИИ

*Богомолов Н.И.(2), Шальнёв В.А.(1),
Порушничак Е.Б.(1)*

Чита

ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края(1),
ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ(2)

Интернатура и ординатура – ступени образования, на которых выявляются и личности, способные выполнить диссертационное исследование. Подавляющее большинство хирургического корпуса края – выпускники ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ, многие представляют академию в других регионах России и за её пределами. Несмотря на возросшую конкуренцию среди хирургов в краевой больнице сохранено наставничество. У признанных лидеров постоянно учится 3-4 молодых хирурга, ряд из них за штатом отделения. На кафедрах вуза имеется аспирантура и докторантура по хирургии, готовится кадровый резерв. Факультет последипломного образования по хирургии представлен в академии на всех хирургических кафедрах и курсах. Преподавание осуществляют наиболее опытные педагоги академии и врачи клиники. Кафедра госпитальной хирургии готовит специалистов по общей, торакальной хирургии и колопроктологии, эндо-



скопии. Ежегодно для хирургов края и соседних территорий на базе ГУЗ ККБ проводятся конференции-семинары по самым актуальным для нашей территории вопросам, с прошлого года они вносятся в реестр РОХа. Крайние три были посвящены национальным клиническим рекомендациям и особенностям их применения в наших условиях. Материалы семинара в электронном виде высылаются во все ЦРБ края. Ежегодно на базе 1-2 наиболее крупных ЦРБ края проводятся выездные конференции. Региональное отделение РОХ ежеквартально проводит заседания, одно из которых, как правило, конференция с приглашением экспертов и обучением новейшим хирургическим технологиям в операционных. Регулярно проводятся съезды хирургов края с приглашением ведущих экспертов России и проведением мастер-классов. В мае 2016 года успешно прошёл 3-й съезд хирургов края. Многие хирурги края - члены РОХ, РОЭХ и других хирургических ассоциаций, ежегодно представляют на форумы 8-14 работ, собственные материалы. В октябре 2015 года состоялся 12 съезд хирургов России, в феврале 2016 года прошёл 19 съезд РОЭХ, ежегодно уже в 23-й раз прошёл конгресс хирургов-гепатологов России и стран СНГ, съезд хирургов-эндокринологов РФ, 5-й съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока; хирурги Читы – активные участники этих и других форумов. Идёт активное сотрудничество с хирургами КНР, Монголии, ряд конференций проведены на сопредельных территориях. Накопленный опыт обобщается, совершенствуется методика общения. Уроки истории хирургии имеют важное значение в образовании. Хирурги А.В. Саклакови А.Е. Пажитнов написали и трижды издали оригинальный труд «Хирургические династии Забайкалья», в котором отражена судьба 55 семей хирургов. Пажитнов А.Е. и Матвиенко С.А. дважды издали книгу по истории Областной больницы «Мгновения, спрессованные в годы», где сотни имён и дел врачей крупнейшего лечебного учреждения края. В краевой библиотеке ежегодно публикуется «Календарь знаменательных и памятных дат в истории здравоохранения Забайкальского края», где хирургии отведено достойное место. Богомолов Н.И. совместно с известным историком хирургии России профессором Околовым В.Л. издал в 2009г. фундаментальный труд к 250-летию высшего медицинского образования в России «Заведующие кафедрами хирургии вузов России». Книга разослана во все вузы и центры регионов страны. Хирурги Забайкалья к 60-летию академии (2013г) создали и внедрились более 50 изобретений, издали около 20 монографий, в том числе и за рубежом. Современным начинающим хирургам предлагается столько информации, что изначально можно освоить только узкий раздел хирургии. В этом от-

ношении национальные клинические рекомендации с высоты собственного 45-летнего опыта можно оценить высшим баллом, ибо ничего подобного в отечественной хирургии за всю её историю не было. Понятие (принцип) «Непрерывное медицинское образование» в своеобразном виде уже реализовано на практике в далёком от центра регионе - Забайкальском крае. Оно должно совершенствоваться, наполняться новыми технологиями, быть узаконенным в регионах и центре. Признание оно уже получило. Необходимо анализировать отзывы «с мест», из самых отдалённых больниц страны, учитывать зарубежный опыт, для чего шире использовать стажировку в других странах, как это было принято в старой России. Безусловно важны ежегодные встречи на съездах и конгрессах хирургов, обмен информацией, достижениями. Слышать и видеть в работе специалистов из-за рубежа вдвойне полезно. Перезрела необходимость владеть языком межнационального общения – английским и нужно включить его изучение в программы непрерывного медицинского образования в хирургии. Планируемые министерством «модернизации», «оптимизации» и т.д. в здравоохранении должны согласовываться с хирургическим сообществом, чтобы наши потомки не имели возможности исправлять тяжелейшие ошибки радикальных перемен в настоящем медицине. Лучше профессионалов нет знатоков необходимых перемен. Финансовые возможности страны это одно, но профессиональные необходимости – это другое. За всё нужно платить и не только деньгами. Хирургия – самопожертвование, этот статус необходимо внедрять в сознание всех жителей страны. Освоение практических навыков, передача опыта хирургами традиционно в России (да и не только) осуществлялось в клинике путём наставничества, шефства и покровительства, смычки «учитель-ученик». Некоторым не удавалось влиться в эти «технологии» и оставалось «наблюдать из-за плеча», слушать и домысливать, пробовать и ошибаться, оставаться вторым или третьим номером в бригаде длительное время. Крайняя мера – смена коллектива, что не всегда приводило к успеху, наступало раннее выгорание и разочарование. Хирурги со стажем поймут и добавят эти мысли. Вот почему современные симуляционные центры, тренажёры, виртуальные методики, дистанционное и очное обучение и многие другие демократичные технологии уравнивают обучающихся и оставляют право первенства за наиболее способными, усидчивыми, трудолюбивыми, начитанными, рукастыми специалистами. Особо приветствуется (по данным литературы США) освоение хирургом смежных специальностей: эндоскопии, УЗИ, онкологии, рентгенологии и др. Постоянное обучение должно сопровождать-



ся воспитанием и самовоспитанием, осмыслением сделанного и увиденного, освоением языков, искусств, новейшей техники и материалов, приёмов дипломатии, сохранением здоровья и поддержанием достойной физической формы, поиску своей ниши в гигантской трудоёмкой специальности ХИРУРГИЯ. Поймать кураж, почувствовать смелость и уверенность лучше в молодые годы через постоянный труд у операционного стола в любой роли. Количество, как правило, со временем переходит в качество, уверенность и мастерство. Новые учебные планы от 2015 года для ординаторов встречены учащимися без восторга. Почти целый семестр уходит на далёкие от хирургии специальности, гигантское время занимает оформление дневников и другой документации. Произошла некая бюрократизация послевузовского образования. Какой выход возможен? Отнестись, например, к заполнению дневника как к оформлению статьи (наблюдению из практики) или оформлению многоуровневой клинической задачи, наконец, – как к самосовершенствованию в русском литературном языке. Начать сбор клинического материала для возможного диссертационного исследования или аттестационной работы. Попробовать себя в административном, экспертном поле. Этот раздел образования по новым учебным планам педагогам вуза предстоит осваивать творчески, возможно создавать свои классы, как это принято, например, у актёров, работать в теснейшем контакте с практическими врачами, заинтересовывая их совместными публикациями, проектами, соавторством в охраноспособных технологиях и устройствах. Личностные качества педагога, учащегося и партнёра выступят на первый план, здесь уместны и приёмы дипломатии. Последипломное образование требует от педагога порой невозможного из-за объёма информации, приходится заужаться, выбирать свой раздел, оставляя партнёрам их материал. В этом разделе педагогики высшей школы должны быть свои приёмы и технологии. Одна из них – передача технологии вмешательства из рук в руки с обоснованием показаний и взвешенной оценкой индивидуальных особенностей течения заболевания. Безусловно важен собственный осмысленный и анализированный опыт со своими клиническими примерами. И здесь тоже уместны многоуровневые клинические ситуационные задачи, полностью заменяющие устный ответ по традиционным билетам. Разбирая их во времени лучше понимаешь значение средств визуализации для своевременной диагностики процесса, их чувствительность и специфичность, сравниваешь технологии лечения, приёмы оперирования, их развитие во времени. Тестирование воспринимается как должное, но второстепенное. Передача и

обмен информацией – важнейшее звено последипломного образования. Обсуждение НКР применительно к местным условиям, конкретизация маршрутизации пациентов, возможности выполнения стандартов лечения. Самая большая тема в современной России на её периферии – недостаточное материально-техническое обеспечение диагностического и лечебного процессов при огромных расстояниях между ЦРБ и краевой клиникой, дефицит опытных кадров на периферии. Травмацентры по федеральным трассам лишь частично решили проблему при том, что «Санавиация - Медицина катастроф» в Чите не получает должного развития. Непрерывное медицинское образование требует новых педагогических технологий, нетрадиционных подходов. Заимствование зарубежного опыта полезно и необходимо, но нужны и свои собственные, адаптированные к нашим пространствам, плотности населения, особенностям краевой патологии, климато-географическим условиям, сложностям транспортного сообщения методики и формы передачи опыта. Уместны выездные циклы, мастер-классы экспертов мирового уровня, направление своих специалистов на центральные и зарубежные базы по востребованным направлениям хирургии. Думаем, что мы движемся вперёд, преодолевая чиновничьи и финансовые преграды, непонимание общества, избыточные и не в меру критичные его оценки нашей деятельности. Нужна консолидация сил хирургического сообщества под эгидой РОХ и других ассоциаций.

696. ЗНАЧЕНИЕ ТРАВМАЦЕНТРОВ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ РОССИИ

*Богомолов Н.И.(1), Шальнёв В.А.(2),
Порушничак Е.Б.(2), Саклаков А.В.(2),
Мясников С.А.(3)*

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ России (1),
ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края (2),
МЗ Забайкальского края (3)

Забайкальский край – пограничный регион Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, расположенный на мировом водоразделе Северного Ледовитого и Тихого океанов, имеет протяжённую границу с Китаем и Монголией. Площадь края 431892 км², население на начало 2016 года составило 1083012 человек с плотностью 2,5 на 1 км². По территории края проходит «Транссиб»,



три автотрассы федерального значения: «Амур», «Байкал» и «Чита-Забайкальск». Созданы травма-центры (ТЦ) 1-го уровня в Чите на базе ГУЗ ККБ и ГУЗ КДКБ, второго уровня - на базе ЦРБ городов Шилка, Борзя, Петровск-Забайкальска и Агинское, третьего уровня - на базе семи ЦРБ. Подготовка кадров для ТЦ 1-го и 2-го уровней осуществлена на центральных базах, для 3-го уровня приобретены реанимобили с полноценной комплектацией. Такое распределение ТЦ позволило равномерно охватить наиболее заселённую часть края. Для полноценной нагрузки на хирургические бригады, работающих в круглосуточном режиме оказания помощи, помимо пострадавших в ДТП, в ТЦ доставляют и лиц, получивших травму при других обстоятельствах. ТЦ работают в тесном взаимодействии с центром «Медицина катастроф» и головными ЛПУ края, формируются межгосударственные контакты через конференции, мастер-классы и конкретную хирургическую помощь в отдельных случаях в приграничных районах. Кадровый состав имеет возможность совмещать работу в больнице и ТЦ, что позволяет поддерживать хирургическую форму на должном уровне. Благодаря целевой программе ТЦ оснащены современным оборудованием, выделены и реконструированы помещения, подготовлен медицинский персонал. Тактика оказания медицинской помощи на всех этапах опирается на современные доктрины по этапной хирургической коррекции, национальные клинические рекомендации (НКР), которые прорабатываются на семинарах, заявляемых в Реестр хирургических конгрессов РОХа. Врачи ТЦ и ЦРБ имеют электронный и печатный варианты НКР. Завершён процесс создания собственных банков препаратов крови. Созданы мультидисциплинарные бригады врачей для оказания помощи пострадавшим, в этом деле участие принимает медицинская академия, сотрудники которой являются участниками таких объединений. О влиянии ТЦ на результаты лечения говорят следующие цифры: в 2009 году в крае произошло 1369 ДТП и зафиксировано 1763 случая ранений с 336 (10,7%) погибшими, в 2013 году на 1549 случаев ДТП и 2056 ранений, погибло 266 (7,38%) человек. В 2014 году зарегистрировано 1491 ДТП, но возросло число погибших на 14,5% (293 случая) и тяжёлых последствий травм (с 11,1 до 13,5%). В 2015 и 2016 годах число пострадавших было 2139 и 3072 соответственно с числом погибших 213 и 205. Однако в целом в крае ситуация со смертностью от ДТП остаётся напряжённой, её показатель на 100000 населения удалось снизить с 30,1 в 2009 г. до 13,1 в 2013 году (14,4 на 100000 человек по РФ за 2013 г.). Руководство здравоохранения края оперативно отслеживает результаты и своевременно принимает меры по изменению маршрутизации пострадавших и

ускорению их доставки и авиатранспортом. В ГУЗ ККБ пошли дальше, центр по оказанию помощи пострадавшим в ДТП слился с общехирургическим отделением, сохранён операционно-противошоковый блок рядом с приёмным отделением. Кроме пострадавших в ДТП, принимаются в круглосуточном режиме все беременные с острой хирургической патологией. В круглосуточном режиме работает и региональный сосудистый центр, куда поступают экстренные больные с сосудистой патологией. Идея создания ТЦ, безусловно, своевременная и она оказала влияние на результаты лечения пострадавших. «Медицина катастроф» в наших климатикогеографических условиях при таком количестве и протяжённости транспортных линий с плечом доезда автотранспортом из центра около 800 км, безусловно не смог бы оказать современную помощь всем пострадавшим. Таким образом, головное ЛПУ края – ГУЗ ККБ, сохранив один экстренный дежурный день по городу с населением 330000 человек (1/3 населения края), ещё по трём видам экстренной хирургической помощи работает в круглосуточном режиме на весь регион. Необходимо делиться опытом работы клиник в современных условиях одноканального финансирования, совершенствовать состав и организацию работы центров, объём помощи на каждом этапе, вырабатывать оптимальные алгоритмы взаимоотношений различных структур лечебных организаций, постоянно повышать свой теоретический уровень через непрерывное медицинское образование и совершенствовать практические навыки хирурга.

697. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

*Смирнова Н.Е., Белоус Р.А., Смирнова О.Н.,
Степаненко Е.А., Недид С.Н., Щур А.Ю.,
Вдовин О.Б., Кряжевских О.В.*

Благовещенск

ГАУЗ АО АОДКБ

Цель: определить эффективность хирургического лечения методом Karydakis в модификации J.Bascom.

Методы: анализ послеоперационного периода пациентов, оперированных традиционным методом и методом Karydakis в модификации J.Bascom. Актуальность данной темы заключается в том, что на сегодняшний день нет единого мнения относительно этиологии и патогенеза ЭКХ. Взгляды



на возникновение данного заболевания в России кардинально отличаются от взглядов зарубежных ученых. Мы проанализировали гистологические заключения пациентов. Во всех случаях имела место выстланная эпителием соединительно-тканная капсула содержащая волос, что полностью соответствует трихогенно-помповой теории J. Vascom. Мы сравнили 2 группы пациентов: оперированных традиционным способом-иссечение ЭКХ с ушиванием раны швами по Донати и методом Karydakis в модификации J.Vascom. Критериями для сравнения были: 1 полное излечение с минимальным риском рецидива 2 сроки госпитализации 3 болевой синдром в послеоперационном периоде и качество жизни больного. Нами оперировано 128 больных с ЭКХ за период 2006-2016 гг. Из них радикальная операция-иссечение ЭКХ выполнено 60 больным, дренирующие разрезы выполнены 68 пациентам. В группе больных с радикальной операцией при хроническом воспалении - 33 выполнена методом Karydakis в модификации J.Vascom, остальным пациентам иссечение ЭКХ с ушиванием раны швами по Донати. При всех оперативных пособиях методом Karydakis в модификации J.Vascom производили периоперационное обезболивание смесью норапина и адреналина, обезболивание в послеоперационном периоде назначалось по требованию, и только 1\3 пациентам оно потребовалось. Всем пациентам с традиционной методикой выполнялось послеоперационное обезболивание в связи с выраженным болевым синдромом. Учитывая выполнение при операции Karydakis в модификации J.Vascom внутрикожного шва, в отдаленном послеоперационном периоде больные не испытывают болевого синдрома, при том что при традиционной методике –это основная проблема, которая снижает качество жизни пациента. Из 27 пациентов оперированных традиционным способом рецидив заболевания наблюдали в 6 случаях (28%), у 33 оперированных методом Karydakis – рецидив у 3 (11,6%). Койко-день при традиционной методике -14 дней, при Karydakis – 9 дней. Таким образом исходя из критериев оценки эффективности мы сделали следующие выводы: 1. операция методом Karydakis в модификации J.Vascom позволяет уменьшить количество рецидивов, снизить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде и устранить болевые ощущения в отдаленном послеоперационном периоде, а значит улучшить качество жизни больного. 2. данная методика позволила снизить количество дней пребывания больного в стационаре, а значит уменьшить расходы, связанные с длительным нахождением пациента в стационаре. 3. безусловно данная операция косметична. Таким образом операция методом Karydakis в модификации J.Vascom, эффективный и этиопато-

генетический метод радикального лечения ЭКХ в стадии хронического воспаления.

698. ТЕХНИКА ИМПЛАНТАЦИИ СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

Алибегов Р.А., Мелконян С.С.

Смоленск

ОГБУЗ «Клиническая больница №1»

В герниологии не возможно достичь успеха без адекватного перекрытия сеткой краев грыжевых ворот. Технические причины в комбинации с недостаточным перекрытием во всех направлениях, являются ключевыми факторами рецидивов. Точная оценка размера грыжевых ворот и выбор соответствующего размера сетки являются неотъемлемыми условиями для успеха герниопластики. **Цель:** Оценить результаты лапароскопической герниопластики пупочных грыж с широким перекрытием грыжевых ворот.

Материал и методы: За период 2013-2017 гг. оперировано 35 пациентов с неосложненными пупочными грыжами. Возрастной интервал составил от 29 до 74 лет. Большинство пациентов женского пола – 27 (77%). Пациентов мужского пола было 8 (23%). Применялась классификация пупочных грыж Европейского общества герниологов, согласно которой принято выделять малые 10 см. Данный способ приемлем при вентральных грыжах больших размеров, т.к. ушивание грыжевых ворот сопряжено с натяжением тканей. По методике IPOM-плюс оперировано большинство пациентов – 26 человек. У данной группы больных интраперитонеальная пластика следовала после ушивания пупочного кольца трансфасциальными или трансабдоминальными швами. Лапароскопическая предбрюшинная пластика выполнена 6 больным. Во всех случаях грыжевой дефект ушивали. Особенности техники оперативных вмешательств. Согласно рекомендациям международного общества по эндохирургии грыж (IEHS), сетка, применяемая для лапароскопической герниопластики вентральных грыж, должна перекрывать грыжевые ворота, по меньшей мере, на 3-4 см во всех направлениях. С целью профилактики рецидивов и формирования в последующем грыж белой линии живота необходимо укрыть сеткой всю белую линию выше пупка, даже если дефект брюшной стенки перекрыт на 3-5 см во всех направлениях. Для достижения данной задачи, начиная с 2016 года, при лапароскопической пластике средних



и больших пупочных грыж мы применяли сетки размером 15x10 см. За счет этого нам удавалось перекрывать белую линию живота выше пупка на 10 см, ниже - на 5 см. Перекрытие в латеральных направлениях составляло по 5 см. Сетку моделировали овальной формы. Фиксацию проводили сочетанием трансфасциальных швов и герниотакера Protack.

Результаты. Длительность операций составила 73±2 мин. Интраоперационных осложнений ни в одном случае не наблюдалось. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, случаев конверсии также не наблюдалось. Средний срок госпитализации составил 7 суток, хотя необходимо отметить, что пациенты уже 2-3 день не нуждались в сильных анальгетиках и могли быть выписаны. Выраженность послеоперационного болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составила 3-4 балла. Из послеоперационных осложнений наблюдали 2 случая образования сером лапароскопических проколов, которые излечены консервативными методами и однократной пункцией под контролем УЗИ. Рецидив выявлен у 1 пациента (2,8%) спустя 2 года после операции. Данный случай мы связываем с недостаточным перекрытием грыжевых ворот эндопротезом. В настоящее время проводится работа по исследованию отдаленных результатов после герниопластики с широким перекрытием грыжевого дефекта.

Выводы. Частота рецидивов при неадекватном перекрытии грыжевых ворот протезом увеличивается. Более крупные сетки со значительным перекрытием сопровождаются более низкой частотой рецидивов.

699. ЗНАЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬБУМИНА КАК ФАКТОРА ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА

Луцева О.А., Мусагалиев А.А., Серебряков А.А., Кчибеков Э.А., Коханов А.В.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. Стертость клинических данных, атипичность течения послеоперационного периода у больных с гнойными хирургическими заболеваниями брюшной полости, несоответствие лабораторных показателей тяжести патологического процесса, замедленная реакция общих и местных проявлений послеоперационного пери-

тонита приводят к несвоевременной диагностике и запоздалой релапаротомии. При этом отсутствие надежных лабораторных методов ранней и своевременной диагностики осложненного течения острого аппендицита, его перехода из катаральной формы во флегмонозно-гангренозную затрудняют выбор врачебной тактики. В связи с этим в качестве кандидата на роль интегрального раннего маркера перитонита в абдоминальной хирургии рассматривается новый индикатор – альбумин. Альбумин, благодаря своей способности связывать и транспортировать эндотоксины различной природы вызывает интерес в качестве интегрального индикатора эндогенной интоксикации, и одновременно как белок острой фазы может отражать степень системной воспалительной реакции организма больного.

Цель работы: оценить эффективность нового теста на связывающую способность альбумина для ранней диагностики и прогноза послеоперационных осложнений у больных с аппендикулярным перитонитом.

Материалы и методы: Исследованы 130 больных аппендикулярным перитонитом в возрасте от 13 до 50 лет. С флегмонозным аппендицитом – 21 больной, гангренозным аппендицитом – 64, гангренозно-перфоративным аппендицитом – 45. Причиной перитонита у всех больных явились деструктивные формы острого аппендицита. Местный перитонит диагностирован у 88 больных, из которых 27 больных вошли в первую группу с ограниченной формой перитонита, а 61 пациент составили вторую группу с неотграниченным аппендикулярным перитонитом. Третья группа состояла из 42 пациентов, имевших распространенный перитонит. Для оценки степени эндотоксикоза использовали три показателя: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), уровень молекул средней молекулярной массы (МСМ) и снижение связывающей способности альбумина, запатентованным нами способом с применением коэффициента СА/ОА. Результаты и их обсуждение: У 27 больных с ограниченным перитонитом перед операцией выявлены клинические признаки эндотоксикоза I степени тяжести, подтвержденные данными измерения МСМ и вычисления ЛИИ. У 61 пациента с неотграниченным перитонитом клинические признаки, а также МСМ и ЛИИ указывали на эндотоксикоз II степени тяжести, и у 42 больных с распространенным перитонитом имелись клинические и лабораторные признаки эндотоксикоза III степени. В первые дни после оперативного лечения концентрация общего (ОА) и связанного альбумина (СА) в сыворотке крови, а также их соотношение СА/ОА начинает снижаться в ближайшие часы после санации брюшной полости при перитоните и отражают степень эндотоксикоза также достовер-



но как стандартные показатели ЛИИ и МСМ. При подтвержденном клинически парезе кишечника у больных аппендикулярным перитонитом обнаружены серьезные расстройства белкового баланса крови, выразившиеся в диспротеинемии, гипоальбуминемии с увеличением коэффициента СА/ОА. Эти нарушения нарастали, в зависимости от стадии пареза кишечника и при третьей степени пареза кишечника уровень СА достоверно (р

700. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Трофические язвы (ТЯ) являются тяжелым осложнением ХЗВ, приводящим к функциональной недостаточности нижних конечностей и значительному ухудшению качества жизни (КЖ) пациентов. При персистирующих рефрактерных ТЯ с развитием выраженного липодерматосклероза мягких тканей, несомненный интерес представляет метод послойного иссечения язвенного дефекта вместе с фиброзно-измененными тканями (shave therapy) и последующей кожной пластикой расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. В русскоязычной литературе имеются немногочисленные публикации, посвященные данному методу оперативного лечения ТЯ венозной этиологии. Поэтому, определение эффективности shave therapy в современной концепции лечения пациентов с ТЯ, возможностей ее комбинирования с различными способами коррекции ХВН, по нашему мнению, является актуальным.

Материал и методы. В проспективном сравнительном исследовании принял участие 71 пациент с ХЗВ с классом С6 по CEAP. Критерии включения пациентов в исследование были следующие: возраст старше 18 лет; пол любой; отсутствие беременности; подтвержденное ХЗВ С6 клинического класса; подписанное добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании. Всем пациентам выполнялись оперативные вмешательства на поверхностных и перфорантных венах. Методом случайной выборки пациентов разделили на две группы. В I-й (основной) группе пациентов (n=35) оперативные вмешательства были дополнены послойной дерматолипэктомией с последующей кожной пластикой расщеплен-

ным перфорированным аутодермотрансплантатом. Использовался дерматом Acculan 3Ti (GA 670) с регулируемой толщиной (0,2-1,2 мм) и шириной (8-78 мм). Применялся перфоратор BA720R (B.Braun, ФРГ) с коэффициентом увеличения площади лоскута (1:1,5; 1:3 и 1:6) и возможностью нанесения насечек или прорезывания насквозь. Дерматомом послойно удаляли ТЯ и фиброзно-измененные ткани на голени. Одномоментно срезаемый слой не превышал 0,4 мм. После выполнения дерматолипэктомии, на образующийся раневой дефект укладывали аутодермотрансплантат. Оптимальной донорской зоной являлась передняя поверхность бедра. В полученном кожном лоскуте толщиной 0,3-0,4 мм перфоратором в шахматном порядке прорезали сквозные отверстия. В I группу были включены 35 пациентов (22 женщины и 13 мужчин) в возрасте от 38 до 75 лет (в среднем 61,1±6,3). ВБ и ПТБ были диагностированы у 27 (77,2%) и 8 (22,8%) пациентов соответственно. Давность ХЗВ в группе составила 16,8±4,4 лет. Площадь ТЯ в данной группе варьировала от 128 до 226 см² (178±21 см²). Группу II составили пациенты (n=36) у которых оперативная коррекция венозной гемодинамики была дополнена пластикой ТЯ расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом без выполнения shave therapy. В нее были включены 23 женщины и 13 мужчин в возрасте от 36 до 77 лет (63,1±7,5 года). ВБ и ПТБ были диагностированы у 28 (77,8%) и 8 (22,2%) пациентов соответственно. Анамнез ХЗВ в среднем составил 15,9±4,7 лет. Площадь ТЯ варьировала от 118 до 214 см² (167±23 см²), а длительность ТЯ составила от 2 до 11 лет (в среднем 6,2±2,3 года). Статистических различий между группами по возрасту (t=0,2; p=0,831), полу ($\chi^2=0,008$; p=0,993), нозологии ($\chi^2=0,004$; p=0,995), давности ХЗВ (t=0,14; p=0,891), длительности ТЯ (t=0,21; p=0,829) и планиметрическим параметрам ТЯ (t=0,18; p=0,863) не зафиксировали. Первичный исход заболевания – оценка эпителизации ТЯ через 1 месяц. Вторичные исходы исследования – динамические изменения в процессе эпителизации ТЯ через 2 месяца и контрольные амбулаторные осмотры через 6 и 12 месяцев. Основным критерием эффективности была оценка сроков эпителизации ТЯ. Динамика планиметрических показателей изучалась после окончания стационарного этапа лечения, после первого месяца лечения, через 2, 6 и 12 месяцев лечения. ТЯ считали излеченной, если произошла полная эпителизация поверхности. Статистическую обработку полученных данных провели с использованием t-критерия Стьюдента, при оценке различия долей использовали критерий χ^2 . Критические значения уровня статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали равными р



701. ПОДГОТОВКА ХИРУРГОВ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Быков А.В. (1), Мяконький Р.В. (2)

Волгоград

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

Актуальность. Хирургическая деятельность – одна из самых сложных и своеобразных в медицине. По утверждению древних, хирургия представляет собой гармоничное сочетание науки, искусства и ремесла. Профессиональная подготовка хирурга имеет ряд особенностей. Ее цель заключается в обучении тщательно отобранных, хорошо подготовленных людей со специфическими знаниями и практическими навыками. Овладение хирургической профессией предполагает сочетание теоретической и практической подготовки. Идеальный учебный процесс основан на получении всей известной на данный момент информации по изучаемой дисциплине. Особенностью преподавателей высшей школы в любой стране мира является их стремление передать обучающимся максимальный объем информации. Основная сложность формирования хирургов заключается в приобретении ими компетенций, относящихся к манипуляционной (оперативной) 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% (из доклада профессора П.К. Яблонского). Однако только организацией учебного процесса в вузе обучение специалистов не ограничивается: не меньшее значение имеют профессиональный отбор и система непрерывного повышения квалификации. Вопрос профессионального отбора в хирургии стоит значительно острее, чем в других медицинских специальностях. О необходимости введения своеобразного профессионального сортинга поднимался вопрос еще более полувека назад, но так и не был внедрен в отечественной образовательной системе. К сожалению проблемы психологической устойчивости, физической работоспособности, выносливости почти не обсуждаются в процессе выбора врачебной специальности. Второй, еще более важный вопрос, состоит в реализации обучающегося специалиста. Обучение непрерывно должно подкрепляться практической деятельностью,

самостоятельной ответственностью в принятии решений, работой на достигнутом квалификационном уровне. Распределение наиболее успешных молодых хирургов на лучшие рабочие места должно быть главным стимулирующим фактором мотивации качества обучения. Решающее значение в управлении подготовки хирургов должен иметь «рынок труда», предоставляющий выпускникам медицинского вуза рабочие места, соответствующие их квалификации.

Цель работы. Обозначить проблемы подготовки хирургов в условиях реформирования отечественного высшего медицинского образования и здравоохранения.

Материалы и методы. В работе использованы качественные социологические методы исследования: контент-анализ и ряд фокус-групп. Контент-анализ (от англ. contents — содержание, содержимое) — стандартная методика исследования в области общественных наук, предметом анализа которой является содержание текстовых массивов и продуктов коммуникативной корреспонденции. Проведен анализ открытых источников информации за период с 2014 по 2016 гг.: специальной литературы, периодических публикаций и материалов профессиональных форумов. Фокус-группа (от англ. focus group) — метод качественных исследований в социологии. В апреле и мае 2016 г. проведено три фокус-группы: 1-я (11 участников) состоялась на кафедре философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины ВолгГМУ на базе Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине государственного бюджетного учреждения «Волгоградский медицинский научный центр» (22.04.2016г.). В 1-ю фокус-группу вошли практикующие хирурги (стаж работы по специальности от 7 до 32 лет), хирурги-преподаватели (стаж преподавательской деятельности от 3 до 48 лет), психологи, социологи, юристы (модератор: Заслуженный деятель науки РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор Н.Н. Седова). 2-я фокус-группа (15 участников) состоялась на базе кафедры хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ (21.05.2016г.), участие в ней приняли заведующие хирургическими отделениями многопрофильного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15» г. Волгоград и сотрудники указанной кафедры (модератор: Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор А.В. Быков). В 3-ю фокус-группу (20 участников) также организованную на базе кафедры хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ (28.05.2016г.) вошли практикующие хирурги (стаж работы по специальности от 5 до 37 лет) из трех регионов Южного федерального округа (Волгоградская и



Ростовская область, Краснодарский край), прошедшие предсертификационный курс повышения квалификации в клинике хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ, клинические интерны и ординаторы (1-го и 2-го года обучения) этой кафедры (модератор: кандидат медицинских наук А.Ю. Орешкин). Общее число участников фокус-групп составило 46 человек.

Полученные результаты и их обсуждение. Перспективы развития здравоохранения РФ в значительной мере зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров, как главного ресурса здравоохранения. Медицинские вузы страны ежегодно выпускают до 35 000 дипломированных врачей. Из них до практического здравоохранения доходит не более 15% выпускников. Многопрофильные городские больницы на протяжении последних 25 лет в подавляющем числе регионов не получают должного внимания со стороны своего настоящего владельца – городской и областной (краевой) администрации. Их коечный фонд сократился на 50-60%, что привело к сокращению количества врачебных ставок, следовательно, и рабочих мест для выпускников медицинских вузов. Хирургия как отрасль медицины на селе и в провинции сводится к оказанию лишь неотложной помощи, что связано с дефицитом специалистов и отсутствием необходимого оснащения. Кадровое обеспечение в районных центрах катастрофическое. Число вакантных должностей, как врачей, так и средних медработников в сельской местности РФ с каждым годом увеличивается и составляет врачей – 56610, средних медицинских работников – 47704. Укомплектованность персоналом хирургического профиля в районных ЛПУ колеблется от 35 до 42%. В круглосуточном режиме большим хирургического профиля может быть организована помощь (в зависимости от региона) в 18,5 - 63% ЛПУ. Во всех регионах наблюдается стойкая тенденция к снижению числа хирургов с дефицитом кадров в ряде мест до 60%. Причины – длительное обучение, социально-бытовые ограничения, высокая нагрузка и ответственность (из доклада академика РАН В.А. Кубышкина). РФ в наследство от СССР досталась хорошо отлаженная система подготовки медицинских специалистов, обладавшая богатой материально-технической базой и значительным опытом работы. Но теряющая свой былой потенциал в связи с проводимыми реформами. Основная задача подготовки врача-хирурга ложится на систему послевузовского образования. Интернатура и ординатура на протяжении последних лет полностью перешли в ведомство медицинских вузов. Вопросы специальной подготовки хирургов недостаточно отражены в медико-педагогической литературе, практически нет специальной лите-

ратуры для подготовки начинающих хирургов. В условиях дефицита соответствующей литературы обучение хирургов определяется ведущими кафедрами медицинских вузов и профильными отделениями крупных стационаров самостоятельно. Следование принципам «Болонской системы» без учета российского менталитета подрывает традиции отечественного здравоохранения, что наносит урон сохранению отечественных хирургических школ и влечет за собой угрозу общественной безопасности. Болонской процесс обезличивает преподавание, ведет к его унификации и снятию ответственности вуза за квалификацию своих выпускников. 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. Ситуация на сегодняшний день такова, что если главный врач оформил сотрудника кафедры совместителем – он может оперировать, не оформил – нет. Это создает колоссальную диспропорцию, которой нет только в университетских клиниках. Отрыв обучения от практики – плохое обучение (из доклада академика РАН И.И. Затевахины). Наряду с нарастающим отчуждением кафедр медицинского вуза от практического здравоохранения, нарастает и отчуждение обучающихся интернов и ординаторов от непосредственной хирургической работы. Клиническая ординатура вообще перестала отличаться от интернатуры. Если раньше (в советский период) хирурги, заканчивающие ординатуру, могли рассчитывать на высшую квалификационную категорию и должность заведующего отделением, то сейчас они так и остаются начинающими врачами. Подавляющее большинство участников фокус-групп (89,6%) высказали мнение, что качество подготовки хирургов в отечественной системе высшей медицинской школы ухудшилось. Существующие программы и оснащенность вузов не дает возможности за короткий срок в 1 – 2 года постдипломного обучения подготовить специалиста, способного к полноценной самостоятельной деятельности. С мнением о том, что в отечественном здравоохранении, несмотря на значительный кадровый дефицит, в настоящее время рынка труда медицинских работников не существует, согласились 82,4%. Объяснив свою позицию тем, что поликлиникам и больницам не нужен поток неграмотных, неквалифицированных, некомпетентных выпускников, не готовых к самостоятельной работе. В частном секторе медицины начинающему хирургу, как правило, так же нет места. Частные клиники не могут служить базой обучения начинающих хирургов, поскольку их владельцы не заинтересованы в трудоустройстве начинающих врачей с отсутствующими репу-



тацией и опытом. Направленность частных клиник главным образом на повышение качества жизни клиентов, на диагностические и косметические услуги, как правило, не способствует развитию в них высококвалифицированной медицинской службы вообще. Местом работы начинающих хирургов должны стать стационары – многопрофильные городские больницы, так считает 64,6%. При этом адаптация не стажированного врача в профессии и первичном коллективе хирургического отделения должна проходить при участии официального наставника/куратора. Хорошим местом работы для начинающих хирургов могли бы стать центральные районные больницы, за это высказались 78,2%. Несмотря на всю важность амбулаторного звена, поликлиника не может служить базой первичной специализации врачей хирургов. Ни существующие условия работы в хирургических кабинетах, ни оплата труда амбулаторных врачей не способствуют привлечению начинающих специалистов в поликлинические учреждения здравоохранения.

Выводы и рекомендации. Таким образом, в системе подготовки хирургов имеется ряд проблем, которые требуют незамедлительного решения. Среди причин кадрового дефицита среди хирургов: длительное обучение, социально-бытовые ограничения, высокая нагрузка и ответственность. Уменьшить время подготовки хирурга невозможно из-за необходимости приобретения большого количества компетенций. Это показывает и отечественный и зарубежный опыт. Однако нужно повысить качество подготовки. Профессорско-преподавательский состав медицинских вузов, опытные врачи практического здравоохранения и профессионалы в административном медицинском корпусе должны осознать важность этой задачи. 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, целенаправленно работать над повышением престижа профессии врача.

702. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

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

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Паховая грыжа является одним из самых распространенных хирургических заболеваний, встречается у 1-2,5% мужчин и у 0,3-1,5% женщин, составляя до 80% от всех видов грыж живота. В настоящее время в клинической практике применяют 2 основных способа эндовидеохирургической паховой герниопластики: трансабдоминальный (ТАРР) и экстраперитонеальный (ТЕР). Эндоскопические вмешательства при паховых грыжах трансабдоминальным способом мы стали выполнять с 2015, а экстраперитонеальным - с 2016 года. За это время были оперированы 62 пациента. Из них у 17 (27,4%) имелись двухсторонние паховые грыжи: у 11 - двухсторонние прямые, у 1 - двухсторонние косые, у 3 - двухсторонние сочетанные, у 2 - панталонная и косая паховая грыжа. Всего мы выполнили 79 эндовидеохирургических операций: 64 (81%) - ТАРР и 15 (19%) - ТЕР. Возраст исследуемых больных находился в пределах от 18 до 82 лет. Мужчин было 60 (96,8%), женщин 2 (3,2%). ТАРР выполнили 49 (79%) больным. В эту группу наблюдения включены 15 пациентов с двусторонними паховыми грыжами: 1 - с двухсторонней косой, 10 - с двухсторонней прямой, 3 - с двухсторонней сочетанной и 1 - с панталонной и косой грыжами; а также 2 герниопластики, которые были начаты экстраперитонеально с последующей конверсией в ТАРР на этапе освоения методики из-за дефекта, образовавшегося в брюшине, и «потери» экстраперитонеального пространства. По методике ТАРР 2 пациентам герниопластику выполнили по поводу рецидивной паховой грыжи, при этом у одного из них был выявлен дефект в медиальной, у другого - в латеральной паховой ямке. У 1 пациента с косой паховой грыжей выполнили симультанную операцию - ТАРР справа и лапароскопическую перевязку левой яичковой вены по поводу варикоцеле. ТЕР выполнили 13 (21%) больным: 2 – по поводу прямой (из них у 1 двухсторонняя прямая), 10 – по поводу косой, 1 – по поводу двухсторонней (панталонной слева и косой справа) грыжи. Полипропиленовую сетку, выкроенную до размеров 15x12 см без разреза под семенной канатик, использовали на 68 операциях, анатомическую 3D сетку



размерами 10,8x16 см - при 11 герниопластиках. Фиксацию полипропиленовых сеток осуществляли многозарядным герниостеплером со спиралевидными клипсами. При TAPP сетку фиксировали в 3-5 точках: к Куперовской связке и по верхнему краю - медиальнее и латеральнее нижней эпигастральной артерии. В 2 наблюдениях фиксацию произвели специальным медицинским клеем. Выбранный нами размер сетки всегда перекрывал 4 зоны возможного выхода грыжи - медиальную и латеральную паховые ямки, вход в бедренный канал и запирающее отверстие с обязательным частичным перекрытием контрлатеральной прямой мышцы живота. В случаях TAPP с использованием 3D импланта его фиксацию проводили в 1-2 точках к Куперовской связке, при этом сетка за счет своей анатомичности и каркасности занимала нужную позицию. При TEP фиксацию выполняли в 1 точке к Куперовской связке для удобства позиционирования сетки. Последние 3 операции выполнили без фиксации импланта. Брюшину при TAPP восстанавливали непрерывным викриловым швом. Среднее время оперативных вмешательств по ходу совершенствования технических навыков TAPP и TEP значительно уменьшилось: с 2 часов на начальном этапе до 50 минут в настоящее время. Активизацию больных проводили в первые часы после операции, все больные были готовы к выписке на следующий день. Летальных исходов не было. В результате проведенного исследования мы определили, что эндовидеохирургические вмешательства у больных с паховыми грыжами обладают малой травматичностью, в следствие чего создается возможность ранней активизации и реабилитации больных. Малое количество интра- и послеоперационных осложнений, прекрасный косметический эффект и хорошие ближайшие результаты после TAPP и TEP позволяют нам применять эти эндовидеохирургические способы лечения больных с паховыми грыжами при соответствующей подготовке и мотивации хирургической бригады, а также рекомендовать их для широкого клинического применения.

703. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЁННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Рундо А.И.(1), Волон И.В.(2), Маслякова Е.А.(1), Шишпарёнок А.Н.(1)

Витебск

- 1) Витебский государственный медицинский университет,
- 2) Витебская городская центральная клиническая больница

Актуальность. Язвенная болезнь и её осложнения во всем мире является широко распространённым заболеванием. Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7-10%). Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым. В последние годы отмечена тенденция к снижению числа госпитализированных больных с неосложненным течением язвенной болезни, но к увеличению частоты язвенных кровотечений, обусловленному растущим приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Хирургия язвенной болезни в первую очередь – это хирургия её осложнений, к которым относят перфорацию язвы, желудочно-кишечные кровотечения, пилородуоденальный стеноз, пенетрацию и малигнизацию. **Цель.** Провести анализ результатов проведенного патогистологического исследования у пациентов с осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в хирургическом отделении ГУЗ «Витебская городская центральная клиническая больница» и 1-м и 2-м хирургических отделениях УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в 2016 году. Среди пациентов мужчин было 97 (64,7%) человек в возрасте от 19 до 86 лет (средний возраст составил $52,1 \pm 18,3$ (M $\pm\mu$), женщин – 53 (35,3%) человека в возрасте от 20 до 89 лет (средний возраст составил $52,6 \pm 18,4$ (M $\pm\mu$). Осложнения язвенной болезни встретились у 122 (81,3%) из 150 пациентов. Среди осложнений кровотечение из язвы встретилось у 93 (76,2%) пациентов, перфорация – у 24 (19,7%), пенетрация – у 1 (0,8%) пациента, стеноз



– у 4 (3,3%). При поступлении в стационар пациентам проводилось обследование, включавшее в себя сбор жалоб, анамнеза, проведения лабораторного и инструментального исследования. Основным методом инструментального исследования явилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), при выполнении которой оценивались показатели воспаления, изменения слизистой оболочки, а также наличие *Helicobacter pylori*. Все пациенты получали комплексное консервативное лечение согласно протоколам диагностики и лечения Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Оценка тяжести состояния проводилась с учетом возраста, наличия того или иного осложнения, сопутствующей патологии. Стандартные шкалы для оценки состояния пациентов не применялись.

Результаты. При оценке результатов использовалась шкала, согласно которой (+) интерпретировался как слабо выраженная степень признака, (++) – умеренно выраженная и (+++) – сильно выраженная степень признака. Учитывались интенсивность воспаления, под которой понималось количество мигрировавших в очаг воспаления лейкоцитов, активность воспаления, под которой понималось количество слущенного эпителия, наличие кишечной метаплазии и атрофии слизистой, а также наличие бактерии *Helicobacter pylori*. Интенсивность воспаления была слабо выраженной у 8 (6,6%) пациентов, умеренной – у 81 (66,4%) пациента и сильно выраженной – у 33 (27,0%) пациентов. Слабо выраженная активность воспаления встретилась у 50 (40,9%) пациентов, умеренно выраженная – у 45 (36,9%) пациентов и сильно выраженная – у 27 (22,2%) пациентов. Метаплазия эпителия была оценена как слабо выраженная у 23 (18,9%) пациентов, умеренно выраженная – у 5 (4,1%) пациентов. Слабо выраженная атрофия слизистой была обнаружена у 14 (11,5%) пациентов. Незначительное инфицирование *H. pylori* встретилось у 78 (63,9%) пациента, умеренное инфицирование – у 18 (14,8%) пациентов, значительное инфицирование – у 9 (7,4%) пациентов. У 17 (13,9%) пациентов тест на *Helicobacter pylori* отрицательный.

Выводы: у пациентов с осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки преобладают: 1. Умеренно выраженная интенсивность воспаления (66,4% случаев). 2. Слабо выраженная активность воспаления (40,9% случаев). 3. Слабо выраженная метаплазия эпителия (18,9% случаев). 4. Слабо выраженная атрофия слизистой (11,5% случаев). 5. Незначительное инфицирование *H. pylori* (63,9% случаев).

704. ЛИКВИДАЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

*Хмара М.Б., Козлов В.В., Гнилосыр П.А.,
Горохов С.В.*

Саратов

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

В абдоминальной хирургии одной из наиболее сложных проблем является лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков. Хирургические вмешательства при этой патологии очень сложны и требуют высокой квалификации оперирующего хирурга. При традиционной открытой холецистэктомии частота повреждения гепатикохоледоха составляет цифру не превышающую, по мнению ряда авторов 1%. При выполнении лапароскопических операций эта величина достигает 3%. На кафедре госпитальной хирургии л/ф СГМУ за период с 2014 по 2016 гг. проанализированы результаты 523 холецистэктомий, из них лапароскопических операций было 226 (43,2%). Повреждения гепатикохоледоха диагностированы в 5 случаях (0,9%). В 2 случаях повреждения возникли в ходе открытой операции и в 3 случаях - во время лапароскопической. Во всех наблюдениях отмечалось полное пересечение либо общего печеночного протока, либо холедоха. Практически всегда повреждения протоков было диагностировано интраоперационно. Лишь в одном случае, диагноз травмы гепатикохоледоха был поставлен поздно – через 7 дней после первой операции, во время выполнения РХПГ. В 3 случаях наблюдений, причиной травмы протоков послужил нераспознанный своевременно синдром Мириizzi. У 2 других пациентов - выраженные воспалительные изменения (инфильтрат) в области гепатодуоденальной связки. При повреждении холедоха без значительного диастаза краев выполнено восстановление целостности протока на дренаже Кера (у 2 пациентов) атравматической нитью 4.0. У 3 (60%) других больных отмечено отсечение печеночного протока тотчас ниже соустья правого и левого. Это потребовало выполнение другой реконструктивной операции – гепатикоеюностомии по Фелкнеру (на «каркасном» дренаже). Отдаленные результаты прослежены в сроках от 4 месяцев до 3 лет. Вне зависимости от вида оперативного вмешательства не диагностировано ни одного случая рубцовой стриктуры восстановленных желчных протоков. Лишь у одной пациентки через 4 месяца после формирования гепатикоеюностомии развилась клиника холангита, достаточ-



но быстро купированная консервативной терапией и санацией наружного дренажа печеночного протока.

Вывод: своевременная диагностика и выполненная реконструктивная операция позволяет успешно справиться с тяжелейшими последствиями ятрогенных повреждений желчевыводящих путей.

705. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Лосев Р.З., Хмара М.Б., Козлов В.В.,
Гнилосоыр П.А., Горохов С.В.*

Саратов

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

Проанализированы результаты лечения 1024 больных с диагнозом «острый панкреатит». Значительная часть из них (123 пациента) - с деструктивными формами. Для успешного лечения необходимо комплексное воздействие, позволяющее временно подавлять секреторную функцию поджелудочной железы, мощная антибактериальная терапия, детоксикация, активная хирургическая тактика.

Материалы и методы. Форма и тип панкреонекроза предопределяли в основном характер осложнений, причины смерти и сроки ее наступления. При анализе осложнений и причин смерти умершие были разделены на 2 группы: в первую группу вошли умершие в первые 7 суток от начала заболевания (ранняя смерть), они составили 42%; во вторую — умершие в более поздние сроки (поздняя смерть), они составили 58 %. В первую неделю заболевания умерло 64% больных с диффузно-мелкоочаговым панкреонекрозом и 36% — с субтотальным. Сроки наступления смерти зависели от комплекса осложнений — ранних токсических и поздних некротических.

Результаты исследования: При анализе причин гибели больных выяснено, что у умерших в ранние сроки заболевания в 85% случаев основной причиной смерти явился панкреатогенный шок и его осложнения. Морфологическими проявлениями панкреатогенного шока явились: ферментативный серозно-геморрагический перитонит, отек легких, отек и набухание вещества головного мозга, а также дистрофические изменения паренхиматозных органов. При анализе причин смерти от панкреатогенного шока выявлено, что в первые 3 суток от начала заболевания первичная ферментная

интоксикация приводит к легочной и сердечно-сосудистой недостаточности, а на 3-7-е сутки присоединяется эндогенная интоксикация в результате резорбции некротических тканей, что в большей степени способствует прогрессированию печеночно-почечной недостаточности и нарушению функций головного мозга. Для группы умерших в поздние сроки характерны разнообразные гнойно-некротические осложнения: местные, абдоминальные и торако-абдоминальные. Из местных осложнений чаще всего встречаются очаговые и субтотальные некрозы железы и забрюшинной клетчатки (26%), абсцессы различной локализации (41%). Эти деструктивные изменения приводили к формированию кист и абсцессов, а последние способствовали развитию свищей полых органов желудочно-кишечного тракта. Распространение гнойного воспаления на стенки кровеносных сосудов привело к аррозивным кровотечениям у 12% больных, а у 4% из них — к профузным кровотечениям, с картиной геморрагического шока. В поздние сроки заболевания (свыше 7 суток) умерло 26% больных с панкреонекрозом. Основными причинами смерти были различные гнойные осложнения. Так, гнойная интоксикация, обусловленная локальными (железа и забрюшинная клетчатка) гнойными осложнениями в комбинации с анемией, печеночно-почечной недостаточностью, легочно-сердечной недостаточностью, стала причиной смерти более 50% больных. Выводы: в раннем периоде (до 5 суток) причиной смерти является ферментная токсемия, печеночно-почечная, сердечно-легочная недостаточность, инфаркты миокарда и инсульты. Гнойные осложнения приводят к смерти в сроки до 30 суток и более. Это обуславливает выбор лечебных действий в стадии токсемии и гнойных осложнений: в стадии токсемии — реанимационные и дезинтоксикационные мероприятия; в стадии гнойных осложнений на первом месте стоит ликвидация и санация гнойных полостей. Анализ аутопсий, касающихся умерших в ранние и поздние сроки, свидетельствует о генерализованном поражении различных систем организма при панкреонекрозе.



706. ЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Малков И.С.(1), Багаутдинов И.Б.(1),
Шарафисламов И.Ф.(2), Зогот С.Р.(2),
Филиппов В.А.(1)*

Казань

1) КГМА, 2) ГАУЗ ГKB №7

Актуальность. В настоящее время по данным разных авторов от 50 до 94.5% всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза приходится на острую спаечную тонкокишечную непроходимость (ОСТКН). При этом от 39.4 до 84.1% больных, поступивших в клинику с диагнозом ОСТКН, оперируются в экстренном порядке. Послеоперационная летальность колеблется от 4.6% до 40% в зависимости от длительности заболевания. Среди причин задержки выполнения оперативного вмешательства, исключая поздние сроки поступления больных в хирургический стационар, ведущее место занимает недостаточное использование объективных методов диагностики. Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами проанализированы результаты лечения 178 больных с ОСТКН, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии городской клинической больницы №7 г. Казани. Все пациенты были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 112 больных, у которых использовался традиционный подход в диагностике. В основную группу вошли 66 больных, у которых применялся разработанный нами диагностический алгоритм. Возраст больных с ОСТКН колебался от 18 до 90 лет ($M_e=59$), составляя в среднем $55,4 \pm 1,4$ лет. Всего мужчин было 88 (49,4%), женщин – 90 (50,7). В первые 6 ч от начала заболевания поступили 22 (13,8%) больных, 6 – 12 – 26 (16,3%), в 61 случае (38,1%) больные поступили через сутки и более от начала первых признаков заболевания. Таким образом, больше половины больных (70%) ОСТКН были доставлены в клинику позже 12 часов с момента заболевания. При изучении анамнестических данных было установлено, что у 150 (84,3%) больных причиной ОСТКН были перенесенные оперативные вмешательства. Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (41%). Результаты. Внедрение лучевых методов (УЗИ, КТ) в диагностический алгоритм позволило не только диагностировать ОСТКН, но и определить ее уровень, а также открыть новые возможности в опре-

делении ее причины, формы и степени выраженности. На первом этапе обследования больных с подозрением на ОКН помимо клинического исследования и выполнения обзорной рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости широко использовали УЗИ, как наиболее простой и доступный метод не связанный с лучевой нагрузкой. Чувствительность ультрасонографии в зависимости от вида ОКН колебалась от 65 до 88%, что было связано в основном с гиперпневматизацией тонкой и толстой кишок. После проведения ультразвукового исследования у больных основной группы было установлено, что диаметр тонкой кишки зависел от длительности заболевания и колебался от 1,2 до 8,0 см ($3,44 \pm 0,18$). Наряду с измерением диаметра тонкой кишки, изучали толщину ее стенки, что отражало степень интерстициального отека. Толщина кишечной стенки варьировала от 1,5 мм до 7,0 мм ($3,59 \pm 0,16$). Так же оценивалась ее двигательная активность. Маятникообразный характер перистальтики отмечался у 62 больных (93,9%). У 4 (6,1%) пациентов наблюдался стойкий парез с отсутствием перистальтических движений. Диагностическое значение также имела разность диаметров приводящего и отводящего отдела тонкой кишки, патогномоничное для механической формы заболевания. Данный признак выявлен нами у 27 (40,9%) больных. К несомненным достоинствам УЗИ можно отнести возможность исследования кровотока в стенке кишки с использованием дуплексного сканирования и цветного доплеровского картирования. Нарушение интрамуральной гемодинамики на ранних сроках заболевания (первые 12 часов) было характерным для странгуляционного варианта ОСТКН и служило показанием к неотложному оперативному вмешательству у 8 (12,1%) больных основной группы. КТ с контрастированием выполнена в 15 (22,7%) случаях, когда нельзя было исключить странгуляционную форму заболевания. Из них у 10 больных причиной ОКН явилось ущемление петель тонкой кишки шнуровидными спайками, что явилось показанием к лапароскопическому адгезиолизису. При использовании диагностического алгоритма, дополненного УЗИ и КТ в основной группе длительность предоперационного периода составила $3,6 \pm 0,4$ часа, тогда, как в группе сравнения – $10,8 \pm 0,6$ часа (p



707. ВОЗМОЖНОСТИ МОНИТОРИНГА ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Литвин А.А. (1), Козлова А.И. (2),
Филатов А.А. (2)

Калининград, 2) Гомель

1) БФУ им. И. Канта, 2) ГОКБ

Введение. Летальность у больных тяжелым острым панкреатитом (ТОП) остается высокой. У большинства пациентов с ТОП повышается внутрибрюшное давление (ВБД), которое может вести к развитию органной дисфункции.

Целью исследования явилось изучение влияния внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) на течение ТОП.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 65 больных ТОП в ОАРИТ ГОКБ. Критерии включения: пациенты в возрасте от 18 лет с диагнозом ТОП, поступившие в ОАРИТ в течение одних-двух суток с момента начала заболевания. Критерии исключения: время лечения в ОАРИТ менее пяти суток; больные, поступившие через трое и более суток с момента начала заболевания; пациенты с развитием панкреатогенного шока, умершие в первые пять суток заболевания. В соответствии с клиническими, морфологическими и бактериологическими данными выделены 2 группы больных: 1-я группа – 20 больных (15 мужчин и 5 женщин), у которых развился инфицированный панкреонекроз (ИПН); 2-я группа – 45 пациентов (29 мужчин и 16 женщин) со стерильным панкреонекрозом (СПН). Статистически значимых отличий между группами по возрасту, полу, времени поступления с начала заболевания не выявлено. Абдоминальный компартмент-синдром (АКС) определялся при повышении ВБД более 20 мм рт. ст. Измерение ВБД проводилось в течение пяти суток. Измерение ВБД осуществляли в мочевого пузыря по методике Kron I.L. et al., (1984) с помощью UnoMeter Abdo-Pressure TM.

Результаты. При поступлении и в течение первых суток пребывания в ОАРИТ повышенное ВБД (>12 мм рт. ст.) выявлено у 83,4% больных ТОП и составило 16 [14-19] мм рт. ст. (Ме [Q1-Q3]). Выявлено различие между группами больных в первые сутки пребывания в ОАРИТ по уровню ВБД. У больных со СПН ВБД составило 15 [13-16] мм рт. ст., Ме [Q1-Q3], при ИПН – 20,5 [18,5-25] мм рт. ст., Ме [Q1-Q3].

708. ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Михеев А.В., Трушин С.Н.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Обследованы 35 пациентов (основная группа), перенесших один либо несколько эпизодов спонтанного пневмоторакса. Средний возраст пациентов составил $24,3 \pm 1,02$ года (min 17; max 40). Контрольную группу составили 10 здоровых некурящих добровольцев. Средний возраст $22 \pm 0,14$ лет. Правосторонняя локализация пневмоторакса была у 23 пациентов, слева ПСП наблюдался у 12 больных. По виду проведенного хирургического вмешательства пациенты основной группы распределились на несколько подгрупп: 1-ая – 19 пациентов, которым в качестве хирургического пособия выполнен торакоцентез, дренирование плевральной полости одним или двумя трубчатыми дренажами; 2-ая – 8 больных, которым проведено дренирование плевральной полости с последующей видеоторакоскопией (ВТС), атипичной аппаратной резекцией легкого; 3-я – 8 пациентов, которым выполнено первичное дренирование плевральной полости, а в дальнейшем торакотомия, атипичная резекция легкого или ушивание булл. Все перечисленные открытые операции, равно как и видеоторакоскопические вмешательства сопровождали субтотальной париетальной плеврэктомией. При дренировании плевральной полости одним или двумя трубчатыми дренажами индукция плевродеза химическими веществами не проводилась. Показаниями к проведению ВТС считали второй и более эпизод СП на стороне поражения. Первично всем этим пациентам выполнено дренирование плевральной полости трубчатым дренажем с мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографией (РКТ) легких после купирования пневмоторакса и реэкспансии легкого. Показаниями к стандартной торакотомии считали повторные эпизоды спонтанного пневмоторакса, сопровождавшиеся замедленным расправлением легкого и массивным сбросом воздуха по дренажам плевральной полости в течении 3-5 суток. Суммарный уровень VEGF в плазме крови пациентов в основной группе составил $114,49 \pm 13,8$ пг/мл, в контрольной группе $82,41 \pm 6,75$ пг/мл. Различия в группах статистически достоверны.



709. ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКОГО УРОВНЯ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ НА ИХ ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Введение. Сахарный диабет (СД) является одной из причин развития терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) вследствие прогрессирования диабетической нефропатии. Количество больных с ТХПН постоянно растет. Адекватная гемодиализная терапия для таких пациентов требует наличия постоянного сосудистого доступа. У пациентов с сахарным диабетом создание стандартной дистальной артериовенозной фистулы (АВФ) во многих случаях связано с техническими трудностями и сопряжено с повышенным риском тромбоза вследствие характерного поражения периферических артерий (атеросклероза, кальцифицирующего склероза и диффузного фиброза интимы) и уменьшения кровотока по ним. Выбор оптимальной методики формирования АВФ по-прежнему следует считать актуальным вопросом.

Цель исследования. Определить эффективность функции артериовенозной фистулы для программного гемодиализа у пациентов с сахарным диабетом в зависимости от анатомического уровня формирования. Материалы и методы. Обследован 81 пациент, среди которых 19 пациентов страдали сахарным диабетом 2 типа. У всех пациентов был сформирован постоянный сосудистый доступ. В 69 случаях артериовенозная фистула формировалась в качестве первичного постоянного сосудистого доступа, в 12 случаях – в качестве вторичного постоянного сосудистого доступа, по причине тромбоза первичной артериовенозной фистулы. Сосудистый анастомоз в 67 случаях был сформирован в дистальной трети предплечья, в 14 – в локтевой ямке. Дистальные и проксимальные анастомозы выполнялись только по типу «конец вены в бок артерии». Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев. Было проведено сравнение показателей выживаемости АВФ в двух группах: первую составили артериовенозные фистулы у пациентов с СД, вторую – артериовенозные фистулы у пациентов без СД. Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного

исследования выявлено, что выживаемость артериовенозных фистул достоверно лучше у пациентов без СД (79%) по сравнению с пациентами с СД (63,2%). У пациентов с СД показатели выживаемости в течение 6 месяцев проксимальных артериовенозных фистул (80%) достоверно лучше по сравнению с дистальными артериовенозными фистулами (56,2%). Выживаемость проксимальных АВФ в течение 6 месяцев у пациентов без СД составила - 84,6%, а дистальных АВФ - 79%. При сравнении с показателями выживаемости АВФ у пациентов с СД выявлено, что: – выживаемость дистальных артериовенозных фистул у пациентов с СД достоверно хуже по сравнению с пациентами без СД; – выживаемость проксимальных артериовенозных фистул у пациентов с СД статистически определяется на уровне дистальных артериовенозных фистул у пациентов без сахарного диабета. **Заключение.** Формирование проксимальной АВФ у больных с СД обеспечивает лучшие результаты в плане сохранности функции АВФ и сопоставимо с аналогичными показателями дистальных АВФ у пациентов без СД.

710. О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ СОВРЕМЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Балалыкин А.С.

Москва

Филиал ЗЦВКГ им А. А. Вишневского

Актуальность. Общее впечатление врача (городской, районной больницы) о современной эндохирургии: в жизни и на страницах печати (редко, формально, неостро) в последние годы обсуждаются проблемы современной хирургии, патриотов звучит тревога о ее состоянии, хирурги стонут от бумажной волокиты и отчетности, больницы – от штрафов страховых компаний. Энтузиасты предлагают и внедряют новые методики, получая в награду «ничего» или, неприятности. Хирургические общества разрабатывают программы диагностики и лечения а они «канут в лету». Идет интенсивная пропаганда нового, но движения «в низах» (городские, районные больницы) небольшие.

Рассуждения. Мнения. Вопросы с ответами и без. 1. В условиях прошлой и теперешней тотальной изоляции, экономических трудностях нашей страны, патриоты не требуют новейшего оборудования, пусть старое, но видео и хотя бы минимум инструментов. Из-за отношения «развитых» стран к нам как к странам третьего мира (может, ошибаюсь), новое оборудование поступает поз-



же. В Европе ЛХЭ выполнено в 1987 г, а у нас – в 1991. Вопрос о приоритете, поэтому, выполнения операций и оценке уровня наших врачей не имеет смысла. Главный вопрос – какой уровень эндохирургии в России и может ли он нас устраивать? Что на уровне большинства городских больниц? – неотложная лапароскопия, операция ЛХЭ, а во внутрисветной – ЭРПХГ не везде и в условиях недостатка оборудования и инструментария. «Нерезекционная» хирургия в виде ЛХЭ остается ведущей в практическом здравоохранении. «Старое» поколение энтузиастов ушло или почти, а представителей «резекционной» и «большой» лапароскопической хирургии немного. А может и есть? Почему бы не устраивать опросники перед конференциями и не давать информацию. Есть ведь хирурги-мастера (не указываю, без обид – смотреть тезисы) и есть новые лица во внутрисветной эндохирургии. Любо-дорого смотреть... А в городах – минимум оборудования и возможностей даже при желании освоения. Итак, первая проблема – оборудование! А ведь мы десятки лет тормозили министерства и заводы, чтобы создать свою технику – не вышло. Кто виноват в нашей постоянной зависимости? 2. Пропаганда и обучение. С 90-х годов, а в последнее десятилетие пропаганда эндохирургии ведется широко, а обучающаяся аудитория (несмотря на собственные материальные затраты) многочисленна. Информация убедительна, а знания приобретены – где результаты? По тезисам видно оживление, появились новые центры, расширилась география, но... отставание городских больниц очевидно. Каковы причины? 3. Необходимо оценить роль Минздрава; областных и городских начальников; главных врачей и руководителей хирургических служб; кафедр и ее сотрудников, внутрибольничную обстановку; место и роль страховых компаний в оценке работы и стимуляции по внедрению новых технологий; программы и характер обучения и т.д. все не обсудишь, но одним из главных тормозов развития и внедрения новых технологий являются организаторы и руководители здравоохранения. Объехав Россию за 30 лет с операциями и курсами, я не встретил, чтобы хотя бы 1 главный врач пришел в операционную посмотреть «сказку» - эндохирургию; а замы по хирургии – люди 40-50 лет в интимной беседе говорят: «эндохирургия – хорошо, но мне ли учиться? А если обучу молодых, куда деваться мне? А жить то надо». Прохронометрируйте время работы хирурга – бумаги занимают большую часть времени!? А страховые компании «награждают» больницы штрафами. Где есть такое? 4. Клинические базы и кафедры. Обучение. Форма и реальность. Базы есть, но конфликты тоже. Кафедры малоавторитетны, профессора не в почете, юридически не руководят хирургией. Со-

трудники мало оперируют и не широко. «Неотложка» на откупе молодых, но ведь они – будущее! Их надо хорошо учить и воспитывать. Но условий недостаточно. Ординаторы, аспиранты, курсанты должны жить при больнице, чтобы многое видеть и учиться; вернемся к старым широким программам обучения в ВУЗе, повысим ответственность и требовательность занятий с молодежью и чаще привлекать их в операционную (В. С. Савельев говорил: операции днем, бумаги вечером); расширить обязанности хирургических кафедр и функцию обществ, а их заседания сделать «живыми». 5. Этические проблемы: мы стали менее внимательны к больным и многие проблемы возникают из-за неумения разговаривать с больным и родственниками (забудем о зарплате и других жизненных ценностях, стимулирующих нашу деятельность). **Резюме.** Эндохирургия – не самоцель, а часть общей хирургии. Проблем много, их надо решать, но главное – повышать профессиональный уровень. Много зависит от хирурга, который, несмотря ни на что, не имеет права на «ошибки по незнанию», тем более «по халатности».

711. ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ: ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

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

Новосибирск

- 1) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,
- 2) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО РЖД.

Острый панкреатит (ОП) остается одной из нерешенных проблем современной медицины. В течение последних лет он стабильно занимает второе, а по ряду регионов - первое место в структуре urgentных хирургических заболеваний. Темп роста больных с ОП неуклонно опережает все другие неотложные заболевания органов брюшной полости. Неудовлетворенность результатами лечения и высокая летальность обуславливают необходимость в дальнейшем поиске рационального диагностического и лечебного алгоритма.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с тяжелым острым некротизирующим панкреатитом на основе динамической оценки интегральных шкал и мониторинга внутрибрюшного давления.

Материалы и методы: Работа основана на ана-



лизе данных лечения 20 больных с тяжелыми формами ОП, средний возраст 61+6,6 лет, 65% мужчины, 35% женщины, поступивших в клинику в 2010–2016 гг. На момент поступления давность заболевания составляла 24–76 часов. Все больные находились в отделении анестезиологии-реанимации. Диагностическими критериями считали клинические данные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Оценка степени тяжести и прогноз заболевания производились посредством интегральной шкалы APACHE II, Ranson и BISAP. Всем больным проводили мониторинг внутрибрюшного давления (ВБД). Оценку ВБД проводили согласно рекомендациям (WSACS 2004) по методике (Kron et al. 1998 г) каждые 4 часа. Статистическая обработка полученных данных выполнена при помощи пакета программ для статистической обработки данных STATISTICA for Windows 6.0. Использовались методы параметрической и непараметрической статистики. Для оценки различий количественных показателей применяли критерий Манна-Уитни.

Результаты: На момент поступления внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) зарегистрирована у 74% больных с некротизирующим панкреатитом, а в группе больных с тяжелым течением (n=20) ВБГ зарегистрирована у 18 пациентов (90%) и составляла 19.6+3.4 мм. рт. ст., при этом абдоминальный компартмент-синдром (АКС) зарегистрирован у 9 пациентов (45%) (ВБД 24,2+2,3 мм. рт. ст.). Отмечена достоверная.

712. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕЙ МСКТ-АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Анищенко В.В. (1,2), Ким Д.А. (1,2),
Ковган Ю.М. (1,2), Платонов П.А. (1,2),
Шмакова Е.А. (2).*

Новосибирск

ФГБОУ ВО Новосибирский государственный
медицинский университет Минздрава
России, НУЗ Дорожная клиническая больница на
ст. Новосибирск-Главный ОАО РЖД.

Введение: Важным критерием успешности лечения острого некротизирующего панкреатита является своевременная ранняя диагностика тяжелых форм заболевания. Наиболее информативным исследованием на сегодня является мультиспиральная компьютерная томография, позволяющая оценить не только локализацию и распространен-

ность некротических изменений в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке, но и прогноз развития заболевания, определяющий 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 сканирование в 4 фазы: в фазу естественного контрастирования, артериальную, венозную и отсроченную (5–7 минут). Характер изменений в забрюшинной клетчатке оценивали по наличию воспалительных инфильтративных изменений в тканях и жидкостных скоплениях. Различали локальные и распространенные формы поражения. За локальные формы принимали изменения в клетчатке парапанкреатической области, не выходящие за пределы брыжейки поперечной ободочной кишки. О развитии распространенного парапанкреатита свидетельствовали изменения в зоне паранефральных клетчаточных пространств с обеих сторон и брыжейки тонкой кишки. При анализе полученных сканов в нативном исследовании за неизмененную внутрибрюшную и забрюшинную клетчатку принимали ткани плотностью от –100 до –30 ед.НУ, за инфильтрат – от –30 до 0 ед.НУ, за жидкостные скопления и некрозы – от 0 до +20 ед.НУ. Плотность неизмененной ПЖ составляла от +25 до +40 ед.НУ. После внутривенного болюсного контрастирования плотность неизмененной паренхимы ПЖ определялась в интервале от +40 до +120 ед.НУ. Плотность неизмененной жировой клетчатки, зоны инфильтрата, жидкостных скоплений и некротически измененной паренхимы ПЖ сохраняла свои прежние значения. 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 по-



ражениями 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).

713. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

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

Новосибирск

ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО РЖД.

Прогнозирование течения острого панкреатита является одним из ведущих факторов, определяющих выбор тактики лечения. Особенно важен прогноз течения острого панкреатита в первые трое суток заболевания, когда реализуется «патологическая программа» острого панкреатита. На данный момент не существует специфических маркеров, способных прогнозировать тяжелое течение

этого заболевания на ранних стадиях (при поступлении и в первые сутки). Наиболее перспективным методом ранней диагностики и прогностической оценки больных с ТОП представляется метод определения специфических метаболитов путем обзорной обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Цель работы: определить специфические маркеры тяжелого течения острого панкреатита путем обзорной обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Материалы и методы: Была использована обращенно-фазная ВЭЖХ с УФ-детектором. Выбор методики обусловлен хорошей воспроизводимостью и отсутствием матричных эффектов, которые затрудняют использование масс-спектрометрии для решения подобных задач. За основу была взята аттестованная методика № ФР.1.31.2003.00950 для хроматографа Милихром А-02. Была разработана методика пробоподготовки, основанная на экстракции сыворотки крови этилацетатом которая позволяет проводить до 1000 анализов на одной колонке без проявления памяти колонки. Всего было проанализировано 81 проба сыворотки крови. Выборка состояла из трёх групп: 1 группа - Здоровые доноры (n=17); 2 группа - Больные панкреатитом легкой и средней степени тяжести (n=14); 3 группа - Больные панкреатитом тяжелого течения (n=29). У тяжелых больных забор проб был осуществлен на момент пиковых показателей СРБ и АРАСНЕ II и принятия решения о раннем оперативном вмешательстве, а также перед санационными ревизиями. На первом этапе каждой хроматограмме присваивался код, соответствующий группе и номеру пробы. Контрольная группа доноров имеет обозначения от Д01 до Д25, группа больных нетяжелым панкреатитом от П16 до П53, группа больных тяжелым панкреатитом от ПТ01 до ПТ29. Вторым этапом выполнялась автоматическая разметка пиков метаболитов на хроматограммах с учетом критериев отбора. Получен банк метаболитов содержащий 814 веществ большинство из которых встречается однократно. Для выявления значимых метаболитов, разделяющих группы был применен метод дискриминантного анализа, относящийся к методам многомерного статистического анализа. В качестве переменных включили: нормальный метаболит, определяли как потенциальный маркер, если он встречался не реже 30% в одной из групп и разница средних концентраций была не менее чем в два раза; и патологический метаболит, если метаболит не встречается у здоровых ни в одной группе. Критерий значимости патологических метаболитов - встречаемость не реже 20% внутри группы.

Результаты: Средняя концентрация метаболитов Д01-37, Д02-05, Д01-26 у больных тяжелым пан-



креатинином выше по сравнению с нетяжелой формой более, чем в два раза, при этом доверительные интервалы не пересекаются. Доверительные интервалы для метаболитов Д01-35 и Д03-31 значительно пересекаются, хотя средние концентрации при этом вырастают в 1,5 раза. Разные концентрации различных метаболитов обусловлены полиморфным течением острого панкреатита, поэтому данные метаболиты можно считать маркерами. Метаболиты Д02-45 и Д03-33 часто встречаются как у больных нетяжелой формой панкреатита, так и у здоровых, но при этом практически отсутствуют у больных с тяжелой формой. При обработке данных была выявлена группа метаболитов, встречающихся только у больных с тяжелой формой не менее чем в 20% проб. Эти метаболиты в полной мере являются маркерами заболевания и их появление, вероятно, свидетельствует о начале некротических процессов. Всего таких метаболитов обнаружено 13. Приводим конкретный пример использования вышеописанной методики к клинической практике. Больной Н., 56 л. поступил с жалобами на боли в эпигастрии и мезогастррии с иррадиацией в поясничную область, тошноту, слабость, повышение температуры тела до 38,4 С, сухость во рту. При поступлении больному проведен комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования. По данным ОАК лейкоцитоз $16,8 \times 10^{12}/л$ с нейтрофильным сдвигом влево (палочкоядерные нейтрофилы 12%), тромбоцитопения $122 \times 10^9/л$; по данным биохимического анализа крови: амилаземия 1343 ед/л, СРБ 234 мг/мл; ПКТ ≥ 0.5 . При поступлении произведена интегральная оценка тяжести состояния больного: по Ranson 3 балла, по АРАСНЕ II 14 баллов. В условиях реанимационного отделения начата интенсивная терапия, динамический контроль внутрибрюшного давления (ВБД) каждые 4 часа по методике Kron et al. (2004 г), при поступлении ВБД составило 16 мм рт ст. В динамике на 2-е сутки отмечалось отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, нарастание балльных оценок по шкале Ranson до 6 баллов, по шкале АРАСНЕ II до 17 баллов, прогрессирование ВБД до максимальных значений 21 мм рт ст. В связи с неэффективностью проводимого лечения, прогрессированием течения заболевания, установлены показания к оперативному вмешательству. Перед проведением оперативного вмешательства больному провели прогнозирование течения острого панкреатита вышеописанным методом. Время проведения анализа с момента забора крови больного до определения оценки тяжести течения острого панкреатита составляло 50-60 минут. На хроматограмме разместили пики. Определено наличие 4-х патологических пиков №3, №6, №7, №11, в связи с чем сделали прогноз о неблаго-

приятном течении острого панкреатита. Больному выполнено раннее оперативное вмешательство. В послеоперационном периоде состояние больного постепенно стабилизировалось, регрессировали явления органной недостаточности, уменьшилась балльная оценка по шкале АРАСНЕ II до 11 баллов, стабилизировалось ВБД в пределах 8-12 мм рт ст., снизились показатели СРБ до 180 мг/мл. В последующем потребовалось 4 этапных санационных ревизий и 8 перевязок под наркозом. Перед каждой санационной ревизией проводился анализ сыворотки крови заявляемым способом с получением достоверного результата о тяжелом течении острого панкреатита. Больной выписан на 43 день после операции в удовлетворительном состоянии. Выводы: 1. Метаболическое профилирование сыворотки крови методом ВЭЖХ-УФ дает воспроизводимые статистически значимые результаты (р

714. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ "Республиканская клиническая больница"

Актуальность. Острый гнойный медиастинит (ОГМ) относится к разряду редких форм хирургической патологии, который характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью. Данные об истинной распространенности ОГМ весьма разноречивы, так как не включены в официальные формы статистической отчетности. Публикации о соотношении различных форм ОГМ определяются структурой лечебного учреждения, где выполнено исследование. По литературным данным абсолютное число пациентов погибающих от ОГМ превышает число больных умерших от часто встречающихся острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Цель исследования: изучить причины и факторы развития ОГМ, частоту встречаемости, уровень летальности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 188 пациентов с ОГМ за период 1984-2016 годы. Пациентов с первичным медиастинитом было 95(50,5%), с вторичным – 93(49,5%). Преобладали лица мужского пола – 141(75%), женщин было 47(25%). Возраст больных от 17 до 78 лет (Me 46, Mo 56), средний возраст составил $47,1 \pm 1,0$ год ($45,7 \pm 1,1$ года у мужчин и $51,4 \pm 2,4$ года у женщин). Большинство ($n=168$, 89,4%) были в активном трудоспособном воз-



расте, что подчеркивает социальную значимость проблемы лечения пациентов с ОГМ. Причины развития первичного медиастинита. Спонтанный разрыв пищевода – 30(31,6%). Чаще встречался у мужчин (n=24) злоупотреблявших алкогольными напитками. Инструментальные повреждения пищевода – 24(25,3%). Причины повреждений: бужирование пищевода – 12; фибро гастроскопия – 4; ригидная эзофагоскопия – 3; интубация трахеи – 3; пневматическая кардиодилатация – 1; попытка удаления инородного тела гортанными щипцами – 1. Повреждения пищевода инородными телами – 24(25,3%). Характер инородных тел: рыба кость – 13; мясная кость – 7; куриная кость – 4; булыжный камень – 1; хлебная корка – 1. Другими причинами развития первичного ОГМ являлись: огнестрельные и колото-резаные ранения шеи – 6 (6,3%); закрытые травмы шеи и грудной клетки – 4 (4,2%); ранения пищевода при попытке протолкнуть инородное тело посторонним предметом самым большим – 3 (3,1%); интраоперационные повреждения пищевода – 2(2,1%); комбинированная тяжелая производственная травма шеи, грудной клетки с термобаротравмой пищевода – 1 (1%); перфорация острой язвы пищевода – 1 (1%). Причины развития вторичного ОГМ. Одонтогенные причины – 50 (53,8%), на втором месте тозиллогенные – 30(32,2%). Другие причины вторичного медиастинита: аденофлегмоны шеи – 5(5,4%); гнойный тиреоидит - 3(3,2%); инфицированные раны, гематомы шеи – 3(3,2%); некротизирующий эзофагит – 1(1,1%); гнойный артрит правого грудинно-ключичного сочленения – 1(1,1%). Так как все пациенты взрослого возраста с ОГМ концентрировались в торакальном отделении можно судить об уровне заболеваемости ОГМ в год. Заболеваемость ОГМ на 100000 населения за 2016 год составила 0,9(0,4 при первичном и 0,5 при вторичном). В последние годы отмечается увеличение частоты спонтанных разрывов пищевода, как причины первичных острых гнойных медиастинитов (в 2005-2007 г.г. – 4 случая; в 2008-2010 г.г. – 5 ; в 2011-2013 г.г. – 7 ; 2014-2016 г.г. – 8). Обращает на себя внимание случаи развития ОГМ при интубации трахеи, фиброгастроскопии. Умерло 45 пациентов. Летальность при первичном медиастините составила 16,8% (n=16), при вторичном – 31,2% (n=29), общая летальность – 23,9% (n=45). Среди умерших (n=31) 68,9% пациентов были в возрасте до 61 года. Выводы: В последние годы наблюдается увеличение частоты случаев возникновения острого гнойного медиастинита, как первичного, так и вторичного. Основными причинами развития первичного медиастинита в последние годы являются спонтанные разрывы пищевода. Этиологическими факторами вторичного медиастинита остаются одонтогенные причины, на втором месте

– тонзиллогенные. Острый медиастинит в 89,4% встречался у пациентов активного трудоспособного возраста, 68,9% умерших также лица трудоспособного возраста, что подчеркивает социальную значимость проблемы лечения пациентов с ОГМ.

715. ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ

Емельянов С.И., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Мамиствалов М.Ш.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО

Актуальность: Выполненная нами впервые в 1996 году эндовидеохирургическая адреналэктомия по поводу феохромоцитомы правого надпочечника, в истинно лапароскопическом варианте – посредством прямого трансабдоминального оперативного доступа, положила начало целой серии научных исследований возможности эффективного применения эндовидеохирургических технологий в хирургии адреналовых желез. Проведенные исследования имели разностороннюю направленность, от изучения возможностей выполнения операций посредством различных оперативных доступов и совершенствования оперативной эндовидеохирургической техники, до определения границ применимости эндовидеохирургических технологий в различных клинических ситуациях.

Цель исследования: Обобщить и ретроспективно проанализировать собственный опыт выполнения эндовидеохирургических операций на надпочечниках.

Материалы и методы: На первом этапе изучались в эксперименте возможности выполнения операций посредством прямого, бокового трансабдоминального доступа; предбрюшинного и транслюмбального доступов, торако-диафрагмального доступа; по 7 экспериментальных операций на биологическом материале. В клинической практике было выполнено 175 лапароскопических операций по поводу новообразований надпочечников у 171 пациента (у 4 больных имели место двусторонние опухоли). В 77 случаях (44,0%) была выполнена лапароскопическая адреналэктомия посредством бокового доступа при доброкачественных новообразованиях не более 5,0 см в наибольшем измерении (группа №1). 38 (21,7%) - были выполнены с помощью прямого лапароскопического



доступа при доброкачественных неоплазиях до 5,0 в диаметре (группа №2). В 32 случаях (18,3%) выполнялась лапароскопическая адреналэктомия из бокового доступа при доброкачественных новообразованиях, превышающих 5,0 см в диаметре (максимум – 8,7 см) (группа №3). В 19 случаях (10,9%) была осуществлена лапароскопическая резекция надпочечника (в т.ч. 4 двусторонние резекции) при доброкачественных новообразованиях (максимальный диаметр – 5,4 см) (группа №4). 9 (5,1%) лапароскопических адреналэктомий из бокового доступа были выполнены по поводу адренокортикального рака стадии T1N0M0 (группа №5). Правосторонние новообразования были причиной операции в 111 случаях (63,4%), а левосторонние – в 64 (36,6%). Результаты: Экспериментальные исследования продемонстрировали преимущества трансабдоминальных доступов – от технического удобства в выполнении операций, до оптимальных критериев пространственной оценки самих доступов. Данные результаты повлияли на дальнейший выбор методики выполнения операции – истинно лапароскопическая, посредством трансабдоминального доступа. В клинической части исследований одним из показательных результатов было время выполнения операций. Среднее время операций в группах №1, 2, 3, 4 и 5 составило $69,8 \pm 12,03$; $93,4 \pm 15,26$; $96,3 \pm 13,44$; $93,9 \pm 11,46$ и $91,7 \pm 10,71$ мин. соответственно. Полученные результаты уже на первом этапе продемонстрировали статистически значимое увеличение продолжительности операций при прямом трансабдоминальном доступе в сходных клинических ситуациях, в связи с этим именно боковой трансабдоминальный доступ стал основным в нашей практике. Частота осложнений в группах 1, 2, 3, 4 и 5 составила, соответственно, 7,8%, 15,8%, 9,4%, 5,3% и 11,1%. Разница в частоте осложнений оказалась статистически не значимой, но в относительном выражении больший процент осложнений при применении прямого трансабдоминального доступа также сказался на выборе методики операции в последующем. Ни одного случая рецидива новообразования в нашем опыте отмечено не было.

Выводы: Наш опыт выполнения эндовидеохирургических адреналэктомий подтверждает тот факт, что данное оперативное вмешательство является «операцией выбора» при новообразованиях надпочечников различной нозологической природы, в том числе и при новообразованиях «больших» размеров, и при необходимости выполнения органосохраняющих вмешательств.

716. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ВИДЕО-АССИСТИРОВАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Курганов И.А. (1), Емельянов С.И. (1), Богданов Д.Ю. (1), Лукьянченко Д.В. (2), Мамиствалов М.Ш. (1), Агафонов О.А. (2)

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО,
- 2) Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность: Применяемый при выполнении паратиреоидэктомии традиционный открытый оперативный доступ характеризуется несоответствием уровня травматичности самого доступа и объема оперативного вмешательства. Необходимость обеспечения эффективного и безопасного проведения операции в ряде случаев обуславливает потребность в еще большем расширении линейных размеров оперативного доступа для адекватной визуализации анатомических структур. Задача адекватной визуализации анатомических структур в области шеи успешно решается путем использования при паратиреоидэктомии минимально инвазивного видео-ассистированного доступа, который также характеризуется рядом преимуществ – снижение травматичности и повышение уровня косметичности операции. Однако частота применения данного оперативного доступа в хирургии околощитовидных желез относительно невелика, что требует более активного изучения данной технологии.

Цель исследования: Исследовать возможности выполнения паратиреоидэктомии посредством минимально инвазивного видео-ассистированного оперативного доступа и сравнить полученные данные с результатами традиционных открытых операций.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты выполнения 69 паратиреоидэктомий у больных с первичным гиперпаратиреозом. В исследуемую группу включены 33 пациента, у которых операция выполнялась посредством минимально инвазивного видео-ассистированного доступа; в контрольную – 36 пациентов, у которых операция была выполнена посредством традиционного открытого доступа. Предоперационные клиничко-патологические показатели в изучаемых группах были следующие: в исследуемой группе – средний возраст $45,9 \pm 16,2$ лет; симптомная форма заболевания выявлена в 87,9% случаев; средний



уровень ионизированного кальция крови составил $2,87 \pm 0,23$ ммоль/л; средняя концентрация паратиреоидного гормона в крови была $249,2 \pm 111,3$ нг/л; в контрольной группе соответственно - $47,1 \pm 17,4$ лет, 91,7%, $2,94 \pm 0,19$ ммоль/л, $261,1 \pm 122,8$ нг/л. По всем сравниваемым предоперационным показателям обе группы не имели статистически значимых различий. В каждой из групп было по одному случаю множественной аденомы околощитовидных желез.

Результаты: При анализе полученных результатов было выявлено отсутствие статистически значимых различий с точки зрения частоты идентификации возвратного гортанного нерва (93,9% в исследуемой группе против 91,7% в контрольной группе), частоты осложнений (6,1% против 8,3%), продолжительности госпитализации пациентов ($3,1 \pm 0,4$ суток против $3,3 \pm 0,6$ суток). Статистически значимые различия были получены для среднего времени продолжительности операции ($41,2 \pm 12,7$ мин. против $28,4 \pm 10,9$ мин.), длительности послеоперационного обезболивания пациентов ($1,2 \pm 0,3$ суток против $1,9 \pm 0,5$ суток) и при сравнении длины послеоперационного рубца ($1,8 \pm 0,2$ см против $6,2 \pm 0,5$ см). Конверсия оперативного доступа в исследуемой группе потребовалась в 2 случаях (6,1%). Излечение первичного гиперпаратиреоза было достигнуто во всех случаях в каждой из групп. Косметичность операции оценивалась пациентами по 5-ти бальной шкале на сроках послеоперационного периода - 6 и более месяцев. При минимально инвазивном видео-ассистированном доступе, 26 (78,8%) больных расценили косметический результат, как отличный, 5 (15,1%) пациентов отметили хороший, а 2 (6,1%) – удовлетворительный косметический эффект. В контрольной группе отличный результат с точки зрения косметичности операции отметили 3 (8,3%) больных, хороший – 14 (38,9%) пациентов, удовлетворительный – 17 (47,2%), неудовлетворительный – 2 (5,6%). Данные различия в оценке косметического эффекта операций носят статистически высоко значимый характер.

Выводы: Минимально инвазивный видео-ассистированный оперативный доступ для паратиреоидэктомии обеспечивает безопасное выполнение оперативного вмешательства с результатами, сравнимыми по эффективности с традиционным оперативным доступом, позволяя улучшить показатели раннего послеоперационного периода и косметический исход операции.

717. КЛИНИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРНИОПЛАСТИК С САМОФИКСИРУЮЩИМИСЯ ИМПЛАНТАТАМИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Богданов Д.Ю. (1), Протасов А.В. (2),
Курганов И.А. (1), Кумуков М.Б. (3),
Каляканова И.О. (2)*

Москва

1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра эндоскопической хирургии ФДПО, 2) ФГАОУ ВО РУДН, кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии им. И.Д. Кирпатовского, 3) Больница Центросоюза Российской Федерации

Актуальность: Герниопластика является одной из первых операций, с выполнения которых начинается профессиональный путь каждого хирурга. Применение синтетических материалов при герниопластиках уже давно доказало свою состоятельность, снизив частоту рецидивирования заболевания до 4% и менее. Однако задачей герниологии является не только устранение грыжи, как таковой, но возвращение пациента к активной социальной жизни, что не всегда достигается в полном объеме. Статистика свидетельствует, что после выполнения аллогерниопластики пациенты отмечают формирование хронического болевого синдрома разной интенсивности в области интеграции имплантата, с частотой до 12-20% случаев. Применение не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами имплантатов (самофиксирующихся имплантатов) позволяет в значительной степени разрешить данную проблему. С другой стороны дискуссионными остаются вопросы адекватности выбора подобной методики герниопластики при хирургическом лечении вентральных грыж, ее обоснованности и клинической эффективности.

Цель исследования: Изучить результаты хирургического лечения больных с вентральными грыжами, оперированных с применением имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами.

Материалы и методы: Нами были изучены результаты 118 герниопластик, выполненных у пациентов с вентральными грыжами. 63 операции (53,4%) были проведены с применением имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами (группа 1). 55 герниопластик (46,6%) было выполнено со стандартными



имплантатами (группа 2). Критерием включения в исследование было наличие у пациента вентральной грыжи срединной или боковой локализации, малых или средних размеров. Пациенты с грыжами больших размеров исключались из исследования, так как последнее, по нашему мнению, является противопоказанием к применению самофиксирующихся имплантатов. В 1 группе операции были выполнены при вентральных грыжах S(m+l)W1R0 – 39 случаев (61,9%) и S(m+l)W2R0 – 24 случая (38,1%); во 2 группе – при S(m+l)W1R0 – 32 случая (58,2%) и S(m+l)W2R0 – 23 случая (41,8%), что не составило статистически значимой разницы между группами. Все операции были выполнены из открытого доступа с обязательным подапоневротическим или межмышечным размещением имплантата, вне зависимости от типа последнего. Результаты: Анализ клинических результатов в группах сравнения не выявил статистически значимых различий по таким показателям, как среднее время выполнения операций (38,6±9,6 мин. в 1 группе против 41,5±10,3 мин. во 2 группе), частота интраоперационных (4,7% против 5,5%) и послеоперационных осложнений (4,7% против 7,3%), частота рецидивирования заболевания (1,6% против 3,6%). Через 6 и более месяцев после выполнения операции наличие болевого синдрома в области интеграции имплантатами было отмечено у 5 пациентов (9,1%) из группы 2. В 1 группе случаев формирования хронического болевого синдрома зафиксировано не было, что было статистически значимым. «Чувство ощущения инородного тела» в области интеграции имплантата на тех же сроках наблюдения отмечалось у 1 пациента (1,6%) в 1 группе и у 9 пациентов (16,4%) в группе 2, что составило статистически высоко значимую разницу. Через 1 год после оперативного лечения качество жизни пациентов изучалось с помощью опросника SF-36, что выявило существенное преимущество методики с применением самофиксирующихся имплантатов за счет лучших показателей физических компонентов здоровья.

Выводы: Методика герниопластики при вентральных грыжах с применением имплантатов, не требующих фиксации к тканям дополнительными материалами, по сравнению с герниопластикой со стандартными имплантатами обеспечивает не только высокую клиническую эффективность, но и позволяет достичь высокого уровня социальной реабилитации пациентов.

718. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ И РЕЦИДИВНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Емельянов С.И., Самсоныан Э.Х., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Баширов Р.А.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, кафедра эндоскопической
хирургии ФДПО

Актуальность: Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода – самое грозное осложнение синдрома портальной гипертензии. На сегодняшний день накоплен большой опыт профилактики и лечения пациентов с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Варикозно расширенные вены пищевода выявляются у 30-40% больных компенсированным циррозом печени и у 60% с декомпенсированным циррозом, на момент его диагностики. Частота кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени составляет в среднем 4% в год. Риск увеличивается до 15% у пациентов с венами средних и крупных размеров. Риск развития повторного кровотечения очень высок и зависит от тяжести цирроза: в первый год рецидив кровотечения наблюдается у 28% пациентов со степенью А (по Child-Pugh), у 48% - с В, у 68% - с С. В соответствие с Национальными клиническими рекомендациями по лечению кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (г. Воронеж, 2014г.) сформирован алгоритм лечения кровотечения. При остром кровотечении рекомендовано выполнять баллонную тампонаду пищевода и желудка зондом-обтуратором Сенгстакена-Блэкмора. Считается, что выполнять эндоскопический гемостаз (эндоскопическое лигирование и склерозирование вен пищевода и желудка) нецелесообразно, из-за технических сложностей визуализации источника кровотечения. Однако при рецидивирующем и продолжающемся кровотечении вопрос оптимальной тактики остается не до конца решенным.

Цель исследования: Проанализировать опыт и определить целесообразность выполнения эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода при продолжающемся или рецидивном кровотечении.

Материалы и методы: Нами проанализирован опыт лечения 36 пациентов с декомпенсированным циррозом печени, различной этиологии, с кровотечением из варикозно-расширенных вен



пищевода. При выполнении экстренной ЭГДС у всех 36 пациентов (100%) отмечалось кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Всем больным устанавливался зонд-обтуратор Сенгстакена-Блэкмора, проводилась аспирация желудочного содержимого и промывание холодной водой желудка. У 6 пациентов (16,7%) после распускания пищеводного (через 4 часа), а затем и желудочного (через 6 часов) баллонов кровотечение продолжалось или рецидивировало. В связи с этим, зонд-обтуратор извлекался и выполнялась повторная ЭГДС, при которой у всех 6 пациентов удалось визуализировать источник кровотечения. Учитывая неэффективность зонда-обтуратора всем пациентам было выполнено эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода при продолжающемся или рецидивном кровотечении, при этом первая лигатура накладывалась на источник кровотечения, а затем лигировались остальные варикозно-расширенные вены; накладывалось от 6 до 10 латексных лигатур.

Результаты: У 29 пациентов (80,6%), у которых кровотечение было остановлено консервативно (баллонная тампонада пищевода и желудка) в первые сутки, на следующие сутки после удаления зонда было выполнено успешное эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода. В 1 случае (2,8%) после консервативной остановки кровотечения, на фоне острой кровопотери и декомпенсации цирроза печени, развилась острая сердечно-сосудистая и печеночная недостаточность, наступил летальный исход на 6-е сутки пребывания в стационаре. У 6 пациентов (16,7%) с продолжающимся или рецидивном, на фоне консервативного лечения, кровотечением также был достигнут устойчивый гемостаз путем выполнения эндоскопического лигирования. Таким образом, устойчивый гемостаз был достигнут во всех случаях, а средний срок пребывания пациентов в стационаре составил $7,3 \pm 1,2$ суток.

Выводы: Наш опыт применения методики эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода при продолжающемся или рецидивном кровотечении свидетельствует о том, что данное оперативное вмешательство в ряде случаев может быть технически безопасным и клинически эффективным.

719. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ДИВЕРТИКУЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Войнов М.А. (1,2)

Москва

- 1) Первый МГМУ им. И.М Сеченова,
- 2) ГКБ им. И.В. Давыдовского

Актуальность: Перфорация дивертикула занимает 8-35% осложнений дивертикулярной болезни. В лечении прочно заняла свое место двухэтапная тактика - обструктивная резекция толстой кишки с последующим восстановлением непрерывности кишечника. Её основным недостатком является необходимость повторной операции. Одноэтапная тактика – резекция кишки с наложением анастомоза – лишена данного недостатка, однако до сих пор остается спорной.

Цель работы: изучить результаты лечения пациентов с перфоративным дивертикулитом.

Материалы и методы: проанализировано 22 истории болезни пациентов с перфоративным дивертикулитом, находившихся в клинике общей хирургии ПМГМУ им. И.М Сеченова с 2013 по 2015 гг. Всем пациентам выполнена операция Гартмана.

Результаты: длительность операции - $147,5 \pm 40,6$ мин. Послеоперационные осложнения развились у 7 (31,8%) больных, умер 1 (4,5%) пациент. Послеоперационный койко-день - $17,4 \pm 5,1$ дней. В отдаленном периоде через $26,7 \pm 9,9$ мес прогрессирования дивертикулярной болезни не возникло. Закрытие стомы выполнено у 15 (68,2%) больных.

Заключение: обструктивная резекция оптимальна при лечении перфоративного дивертикулита, однако необходимость повторной операции ухудшает результаты лечения.

720. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ: ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Смирнов Д.А., Корольков А.Ю., Комличенко Э.В., Китаева М.А., Большакова М.В.

Санкт-Петербург

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

Острый аппендицит является наиболее частым неотложным хирургическим заболеванием, в том



числе и у беременных. Представилось актуальным оценить опыт диагностики и лечения беременных с острым аппендицитом в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи ПСПбГМУ им. акад И.П.Павлова, где есть условия для совместного наблюдения акушерами и хирургами, в связи с чем такие пациентки доставляются в наш стационар. Цель исследования - оценка результатов диагностики и лечения беременных с острым аппендицитом в клиниках ПСПбГМУ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток, поступивших в клинику за 2015-2016 годы. За этот период было доставлено 248 беременных с подозрением на неотложные хирургические заболевания и травмы брюшной полости, из них 134 (54,03%) с диагнозом «острый аппендицит», 27 (10,89%) с диагнозом «острый живот». Средний возраст поступивших составил $27,86 \pm 0,41$ лет, срок беременности - $30,06 \pm 0,41$ недели. 62,73% поступили в третьем триместре, 37,27% - во втором. У 32,3% кроме аппендицита была заподозрена угроза прерывания беременности. Диагноз острого аппендицита был подтвержден у 23 пациенток (13,29%, 1-я группа). У большинства остальных (2-я группа) выявлены различные патологические состояния при беременности (50,75%), заболевания почек и мочевыводящих путей (17,99%). Во 2-й группе 20,14% были отпущены на амбулаторное лечение в день поступления, 11,51% потребовали наблюдения в течение суток, 68,35% были госпитализированы в профильные отделения. Среднее койко-день при этом составил $7,69 \pm 0,49$ сут. В обеих группах заболевание манифестировало болевым синдромом, боли были сопоставимы по характеру и интенсивности, различались по локализации. В 1-й группе в 82,35% боли локализовались в правой подвздошной области, тогда как во 2-й такая локализация встречалась только в 42%, в 27% боли локализовались в нескольких анатомических областях. Различается и частота диспепсии: в 1-й группе чаще (в 64,71%) жаловались на эпизоды тошноты, во 2-й у 63,46% таких жалоб не было. Однократная рвота при аппендиците встречалась у 23,53% поступивших, что почти в два раза чаще, чем во 2-й группе (11,54%). При физикальном осмотре локальная болезненность и напряжение мышц брюшной стенки патогномичны для острого аппендицита, следует отметить сложность верификации дефанса на поздних сроках беременности, особенно при повышенном тонусе матки. Получено достоверное различие показателей клинического анализа крови в группах: в 1-й лейкоцитоз составил $13,83 \pm 1,17$, во 2-й $9,39 \pm 1,22$ ($p=0,001$). Значимым оказались лейкоцитарный индекс интоксикации ($5,82 \pm 1,58$ и $3,47 \pm 1,03$, $p=0,02$) и отношение нейтрофилов к лимфоцитам ($6,61 \pm 1,73$ и $3,58 \pm 1,34$, $p=0,01$). Все

пациентки с подтвержденным диагнозом острого аппендицита были оперированы, 45,5% в первые 6 часов с момента поступления, в остальных случаях диагноз потребовал динамического наблюдения. Все были оперированы традиционно, в связи со сроком беременности. Ни в одном случае не отмечено смещения червеобразного отростка вверх по правому флангу за счет беременной матки. В 27,74% случаев потребовалось дренирование брюшной полости. Флегмонозный аппендицит наблюдался в 45,5%, катаральный в 36,4%, гангренозный в 4,6%. В 13,6% морфологи описали хронический аппендицит. Осложнений после операции не было, послеоперационный койко-день составил $8,71 \pm 1,05$. 95,65% пациенток выписаны с сохраненной беременностью, преждевременные роды развились у 1 пациентки (4,35%). Летальных исходов не было. Выводы: На догоспитальном этапе есть тенденция к гипердиагностике острого аппендицита. Клиническая картина аппендицита у беременных как правило не имеет значимых особенностей. Показатели клинического анализа крови могут использоваться для подтверждения диагноза. Активная хирургическая тактика у беременных оправдана в силу достаточной безопасности хирургического лечения. Применение лапароскопических технологий у беременных, особенно на поздних сроках, не рассматривалось в данной работе и требует отдельного изучения и обсуждения.

721. РАЗДЕЛЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Малков И.С. (1), Филиппов В.А. (1), Губаев Р.Ф. (2), Эрху Э.Э. (1)

Казань

- 1) КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
- 2) ГАУЗ ГКБ 7

Несмотря на достигнутые к настоящему времени успехи в герниологии, остается сложной проблемой лечение пациентов, у которых грыжи сформировались со значительным уменьшением объема брюшной полости (Пономарева Ю.В. и соавт., 2013). По данным мета-анализа, частота рецидивов в этой группе пациентов максимальна и достигает 53% (Heller L. et al., 2012). В настоящее время, для решения данной проблемы, разработаны методики основанные на технике разделения анатомических компонентов брюшной стенки (Пар-



шиков В.В., Логинов В.И., 2016, Пономарева Ю.В. и соавт., 2013, Carbonell A.M. et al., 2008, Novitsky Y.W. et al., 2012, Pauli E.M. et al., 2013). Различают переднюю и заднюю сепарационную пластику. Задняя сепарационная пластика подразумевает сохранение апоневроза наружной косой мышцы живота, в то же время поперечную мышцу (иногда и внутреннюю косую) билатерально отделяют от прямых мышц. В 2012 г. Ю. Новицкий и соавт. опубликовали первые результаты разработанной ими модификации задней сепарационной пластики. Низкая частота осложнений и небольшой процент рецидивов после данной пластики позволили авторам рекомендовать ее для внедрения в хирургическую практику. Цель исследования. Представить опыт выполнения задней сепарационной пластики по Ю. Новицкому, оценить эффективность и безопасность методики. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 8 пациентов с гигантскими срединными послеоперационными вентральными грыжами находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани с 2013 г. по 2016 г. В своей работе для оценки размера грыжи мы использовали классификацию J.P. Chevrel – A.M. Rath 1999 г. (SWR – classification). Всем пациентам проведена открытая задняя сепарационная пластика брюшной стенки в модификации Ю. Новицкого. Результаты и обсуждение. Из 8 пациентов срединной послеоперационной вентральной грыжей лиц мужского пола было трое, женского - пять. Возраст пациентов колебался от 55 лет до 71 года. Все грыжи соответствовали размеру грыжи W4 (средняя площадь дефекта апоневроза составила 306 см²). Первичная послеоперационная вентральная грыжа имела место у 5 пациентов, однократно рецидивная – у двоих, дважды – у одного. В 7 случаях пластику выполняли стандартной полипропиленовой сеткой компании «Линтекс», в одном случае «Эндопрот». Средний размер использованной сетки составил 862 см² (от 750 до 900 см²). Опыт оперирующих хирургов в герниологии был более 5 лет. Сроки наблюдения за пациентами после выполненных операций составили от двух месяцев до 3 лет. Средняя длительность операции составила 2 часа 22 мин (142 мин). Серьезных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. В трех случаях при контрольном ультразвуковом исследовании были выявлены клинически незначимые серомы, которые не потребовали дополнительного лечения и самостоятельно разрешились в сроки до 3 недель. В одном случае имела лимфоррея из раны в течение 9 суток. Заживление послеоперационной раны во всех случаях было первичным натяжением. Средний койко-день составил 9,7. Летальных исходов не было. У одной пациентки после выписки из

стационара сформировалась серома, которая не была диагностирована и впоследствии инфицировалась, в связи с чем на 20 сутки после выписки была повторно госпитализирована. Следует отметить, что у данной пациентки выполнена пластика с расположением протеза inlay. Пациентке произведено хирургическое вмешательство – вскрытие, санация, дренирование послеоперационной раны. Рана зажила вторичным натяжением. Рецидивов заболевания в наблюдаемый период не было. Выводы. Комбинированные способы пластики с разделением компонентов брюшной стенки и установкой имплантата в позиции sublay эффективны при лечении пациентов с гигантскими вентральными грыжами срединной локализации. Задняя сепарационная пластика брюшной стенки в модификации Ю. Новицкого является безопасной и эффективной методикой, которая должна входить в арсенал каждого хирурга оперирующего пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами.

722. АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЬНЫХ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Алиев М. А., Сафаров С.Ю., Османов Р.С., Магомедов Н.Н.

Махачкала

Кафедра хирургических болезней ДГМУ,
городская клиническая больница № 1

Цель исследования. Сравнительный анализ послеоперационных осложнений больных с калькулезным холециститом. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 1066 больных с различными формами холециститов, которые находились на лечении в хирургическое отделение ГКБ № 1 с 2013-по 2016 г. Острый калькулезный холецистит выявлен у 286, хронический калькулезный холецистит - у 780 больных. С хроническим бескаменным холециститом поступили 38 больных. Хронический калькулезный холецистит, осложнился холедохолитиазом у 41 больного. При обследовании больных оценивались традиционно применяемые перед операцией лабораторные исследования. Инструментальное обследование заключалось в обязательном выполнении электрокардиографии, рентгенографии грудной клетки, ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), при необходимости КТ или МРТ. УЗИ выполнено всем больным в течение 24 часов от мо-



мента поступления. Исследование проводилось с использованием ультразвукового сканера позиционно: в положении больного лежа на спине и на левом боку. Сканирование проводилось в косых, продольных и поперечных плоскостях при спокойном дыхании и на высоте вдоха с задержкой дыхания. Прооперированы 969 (91%) больных. Открытая холецистэктомия (ОХ) выполнена 235(24%) больным, в том числе с наложением холедоходуодено-анастомоза-39(4%), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) 780(76%) больным, в том числе 51 больному с острым холециститом, двум больным выполнено лапароскопическое дренирование холедоха по Керру, после удаления конкрементов.

Результаты. После ОХ послеоперационные осложнения выявлены у 34(14,5%) больных. После лапароскопических операций -12 (1,2%) Летальность после ОХ- 4, после лапароскопических операций-нет. Анализ лечения этих больных показывает, что из 235 больных при ОХ эвентрация в послеоперационном периоде возникла у 6 больных, нагноение послеоперационной раны у 9 больных, желчетечение из ложа пузыря 4 больных, кровотечение из ложа пузыря 4 больных и пузырной артерии 1 больной. По поводу последнего потребовалась релапаротомия и остановка кровотечения. Инфильтрат в области послеоперационной раны выявлен у 10 больных. Кроме того, конверсия при ЛХ за три года осуществлено у 56 больных (7%). В основном эти были случаи при наличии у больных картины острого деструктивного холецистита с местным перитонитом и инфильтратом в области шейки пузыря и связанные с этим трудности выделения пузыря. Анализ послеоперационной летальности и осложнений показал, что большинство из больных у которых возникли осложнения и летальность- эти больные были в возрасте 50 и более лет (до 55 лет- 1 больной, от 55 до 65 лет -1 больной, свыше 65 лет 2 больных). Ретроспективный анализ крови с определением лейкоцитарного индекса интоксикации и иммунологических исследований у умерших больных показал, что у 50% больных из них имело место тяжелая степень интоксикации, у 25%- средней степени тяжести и 25% больных – легкая степень интоксикации. Выводы. Данные исследования показывают, что наиболее часто осложнения возникали у лиц, которым не была проведена в достаточном объеме предоперационная подготовка и не корригировались выявленные нарушения. Кроме того, у этих больных в крови имелась картина выраженной эндогенной интоксикации с изменением показателей иммунологической защиты организма.

723. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Алиев Магомед А., Сафаров С.Ю., Османов Р.С., Магомедов Н.Н., Мухтаров Г.Г.

Махачкала

Кафедра хирургических болезней ДГМУ,
городская клиническая больница № 1

Актуальность. Оказание медицинской помощи больным с тромбозом мезентериальных сосудов - сложная задача для специалистов в экстренной абдоминальной хирургии. Такие больные в клинике неотложной хирургии встречается нечасто, по литературным данным от 0,05 до 2% , и поступают они в стационар под другими диагнозами, чем отчасти обусловлено запоздалое оперативное лечение и высокая летальность- до 90%.

Цель исследования: оценить клинические проявления и диагностические возможности лапароскопии при тромбозах мезентериальных сосудов.

Материал и методы. С 2011-по 2016 года в хирургическое отделение ГКБ № 1 были доставлены 15 больных с диагнозом тромбоз мезентериальных сосудов. Преобладали женщины-12 из 15. По возрасту больные распределились следующим образом: от 60 до70 лет – 4 больных, от 70 до75 лет- 5 больных, более 75 лет- 6 больных. Сроки поступления в стационар от начала заболевания составили: один больной доставлен до 7 часов от начала заболевания; 8 больных доставлены в сроки от 10 до 24 часов от начала заболевания и, 6 больных- более 24 часов от начала заболевания. Средние сроки поступления в стационар составили более16 часов от момента начала заболевания. При поступлении состояние больных оценивалось как средней тяжести-у 4 больных, тяжелая- у 7, и крайне тяжелое -у 4 больных. У всех больных- сопутствующая сердечная-сосудистая патология. Все больные поступили в стационар под разными диагнозами: 6 больных - с диагнозом острый панкреатит, 7 больных- кишечная непроходимость и 2 больных - острый живот. Время, от госпитализации до установления правильного диагноза составило 11 часов. Клинические проявления тромбоза мезентериальных сосудов зависело от стадии заболевания; при ишемическом поражении кишечника больные жаловались на крайне интенсивные схваткообразные боли, которые уменьшались после приема спазмолитиков, иногда тошноту, рвоту, резкую бледность кожных покровов, учащенное сердцебиение и нестабильную гемодинамику. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный без четкой локализа-



ции. При инфаркте кишечника обращало на себя внимание уменьшение интенсивности болевого синдрома, гемодинамика стабилизировалась, но держалась в низких цифрах. При мягком животе появлялся стул в виде малинового желе. При перитоните боли вновь усиливались, состояние больных ухудшалось, нарастала интоксикация, появлялся положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Для уточнения диагноза имело значение тщательно собранный анамнез заболевания. Следует подчеркнуть, что при пальцевом исследовании из 9 больных у 4 имелись следы стула в виде малинового желе, но данные изменения никак не трактовались. Предоперационное обследование включало в себя: общеклинические и биохимические исследования, УЗИ, эндоскопические исследования. Обзорная рентгенография выполнено у всех больных- пневматоз выявлен у 100% больных, симптом «отпечатка большого пальца»- у 7 больных. Диагностическая лапароскопия выполнена у 10 больных, во всех случаях выявлен локальный или распространенный инфаркт кишечника. В 5 случаях выполнена диагностическая лапаротомия. Время от госпитализации до операции составляла от 7 до 24 часов, в среднем 12 часов. Это время включало в себя и предоперационную подготовку с учетом возраста и сопутствующих заболеваний. Всех больных после подтверждения диагноза, госпитализировали в реанимационное отделение. **Результаты:** Объем оперативного вмешательства определяли субоперационно. Выполнены следующие оперативные вмешательства: 1. резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтероанастомоза при сегментарном поражении кишечника - у 4 больных; 2. субтотальное удаление тонкой кишки с наложением еюностомии у 4 больных; 3. субтотальная резекция тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия с наложением еюнотрансверзанастомоза у 2 больного; 4. Лапаротомия, дренирование брюшной полости 5 больных. Умерло 10 (66%) больных.

Выводы. Неудовлетворительные результаты лечения больных с тромбозом мезентериальных сосудов обусловлены как с поздней обращаемостью больных за медицинской помощью, так и длительностью, и ошибками обследования больных в стационарных условиях; При неясном диагнозе, наличии факторов риска развития тромбоза мезентериальных сосудов, следует целенаправленно использовать видеолапароскопию, которая позволяет в 100% наблюдений установить правильный диагноз, оценить степень и протяжённость поражения кишечника, а также определить дальнейшую тактику лечения.

724. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОПЛАСТИКИ УСТЬЕВ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОМ РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ

*Притуло Л.Ф.(1,2), Рыбников А.П.(1,2),
Ионичева Е.В.(1,2), Луговской Д.В.(2),
Обидный А.А.(2)*

Симферополь

1) Медицинская академия имени
С.И. Георгиевского

2) ГБУЗ РК «Республиканская детская
клиническая больница»

Актуальность темы. На сегодняшний день актуальность в детской урологии получила эндопластика устьев мочеточников при пузырно-мочеточниковом рефлюксе путем введения объемообразующих веществ в подслизистый отдел устья мочеточника при проведении цистоскопии. Целью ставим доказать на собственном опыте высокую эффективность данного метода. Материалы и методы. На базе детского хирургического отделения Республиканской детской клинической больницы г. Симферополь эндопластика устьев мочеточников у детей применяется с 2014 г. Мы используем объемообразующие импланты «Urodex» и «DAM+». За трехлетний период эндопластика выполнена 56 пациентам в возрасте от 1 года до 12 лет. Количество мочеточников в общей сложности 92. Из этого видно, что двусторонний рефлюкс имел место у 36 детей (64,2%). Распределение пациентов по полу следующее: мальчиков 23 (41%), девочек 33 (59%). Эндопластика устьев мочеточников выполнялась пациентам с III-V степенью рефлюкса. Количество мочеточников с III степенью рефлюкса 54 (58.7%), с IV степенью рефлюкса 33 (35.9%), с V степенью рефлюкса 5 (5.4%). Количество введенного импланта составляло от 0,3-2,0 мл. Для декомпрессии мочевых путей и контроля кровоточивости из места вкола оставлялся катетер Фолея на 12-24 часа. Выписка детей проводилась на 2-3 сутки после операции. Послеоперационных осложнений в виде обструкции пузырно-мочеточникового сегмента имплантом не отмечено. Контрольное обследование после эндопластики проводилось в стационаре через 4-6 месяцев и включало: лабораторный контроль крови и мочи, ультразвуковое исследование мочевыделительной системы, микционную цистографию, экскреторную урографию при необходимости.

Результаты. Высокая эффективность эндопластики устьев мочеточников в виде ликвидации рефлюкса после однократной коррекции отмечена в 52 мочеточниках (96.2%) при рефлюксе III степени,



в 18 (54.5%) мочеточниках с IV степенью. В 2 мочеточниках с III степенью, в 15 с IV степенью и в 5 с V степенью рефлюкса однократная коррекция не привела к полному его купированию, поэтому эндопластика производилась повторно до 3 раз в общей сложности. Из всех детей после трехкратной коррекции не удалось полностью купировать рефлюкс у 2 (3.7%) пациентов с двусторонним рефлюксом, (один с III и один с V степенью). Обсуждение. У всех детей отмечена положительная динамика в виде купирования частых обострений хронического пиелонефрита, отсутствия прогрессии нефросклероза и субъективных жалоб. Открытых антирефлюксных операций после эндопластики выполнено не было.

Выводы и Рекомендации. Данный метод позволил нам свести к нулю открытые антирефлюксные операции при всех степенях рефлюкса. Удалось добиться полного купирования рефлюкса у 96.4% пациентов, у 76% из них у при однократном введении импланта и в 21.7% при повторных введениях. Метод позволил значительно сократить сроки послеоперационного нахождения в стационаре. После эндопластики во всех случаях отмечено явное снижение рецидивов инфекции мочевых путей, прогрессии нефросклероза.

725. ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Гарипов Р.М., Мусин Т.В., Ямалов Р.А.,
Тимербулатов Ш.В., Семенов Е.Е.,
Загидуллин Р.А., Шакиров А.Г.*

Уфа

ГБУЗ МЗ РБ «Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы»

Кистозные поражения печени и поджелудочной железы являются одной из тяжелейших патологий в абдоминальной хирургии. Актуальность проблемы подчёркивает распространённость заболевания. Несмотря на большую распространённость кистозных поражений на сегодняшний день не существует единой рациональной лечебной тактики в лечении данной категории больных. С развитием ультразвукового инструментария и наработкой клинического опыта широкое распространение приобретают интервенционные вмешательства. Цель исследования - провести анализ эффективности пункционных методов лечения кист поджелудочной железы и печени. Материал и методы. Проведен анализ пункционного лечения 145

больных с кистами поджелудочной железы и 18 с непаразитарными кистами печени за период с 2009 по 2016 годы. Всем больным было выполнено чрескожное пункционное дренирование под УЗ-контролем. Пункционное лечение не применялось при «опухолевом» и «паразитарном» характере кист и неэффективно при истинных кистах поджелудочной железы. В исследованной группе с кистами поджелудочной железы мужчин было 112 (77,24%), женщин - 33 (22,76%). Возраст больных колебался от 27 до 59 лет. У шести больных кисты носили множественный характер. В исследованной группе с кистами печени было 3 мужчин (16,67%) и 15 женщин (83,33%). Возраст больных колебался от 22 до 53 лет. Все больные поступили в плановом порядке. Длительность заболевания у больных колебалась от 1 года до 11 лет. У всех больных кисты носили солитарный непаразитарный характер. Размеры кист варьировали от 5 до 13 см. Результаты. У 9 больных, пролеченных пункционным методом, характер кист поджелудочной железы оказался истинным, вследствие чего лечение оказалось неэффективным – объём кисты восстановился через 5 суток. У 11 больных пункционное дренирование проводилось на фоне деструктивного панкреатита и оказалось неэффективным. В результате в течение 2-4 суток сохранялись признаки системной воспалительной реакции и потребовало оперативного вмешательства с использованием малоинвазивных технологий. У 7 больных произошла дислокация дренажа в послеоперационном периоде в сроки 1, 5 и 6 суток. У 6 больных было выполнено повторное пункционное дренирование кист с благоприятным исходом. У трёх больных кисты имели множественный характер и при дренировании выявилась полость не связанная с пунктируемым образованием без акустического доступа, что привело в последующем к широкому оперативному вмешательству – наложению цистогастро – и цистоеюноанастомоза. Подводя итоги опыта пункционного лечения кист поджелудочной железы, признаны неудачными 24 случая (16,55%). 12 из которых потребовали прибегнуть к методикам внутреннего дренирования кист. Восемь к лапароскопической санации и наружному дренированию кисты. Четыре к мини-лапаротомии и наружному дренированию кисты. Дифференцированное применение пункционного дренирования непаразитарных кист печени позволило нам достигнуть успеха у 83,33% больных. Выводы. Пункционное дренирование кист является перспективной методикой лечения больных с ложными кистами поджелудочной железы и непаразитарными кистами печени при дифференцированном подходе в каждом случае. Малая травматичность подразумевает короткие сроки пребывания больного в стационаре, быстрое вос-



становление работоспособности и может служить альтернативой оперативному лечению.

726. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

*Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П.,
Осмнин С.В., Мугадзавета Д.*

Москва

ПМГМУ им.И.М.Сеченова

Рефлюкс-эзофагит (РЭ) является широко распространенным и социально-значимым заболеванием с явной тенденцией к росту распространенности. Ожидаемо становится больше пациентов с осложнениями – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, укорочение и стриктура пищевода, язва, пищевод Барретта, аденокарцинома. Сегодня хирургическое лечение является методом выбора этой категории больных, но лишь исследование качества жизни наряду с заключениями проведенного обследования позволяют составить полную и объективную оценку. Проведено изучение отдаленных результатов и качества жизни 200 больных, оперированных в нашей клинике в период с 2006 по 2015 гг. Всего было 87 (43,5%) мужчин и 113 (56,5%) женщин, возраст пациентов варьировал от 16 до 83 лет (средний возраст $56,0 \pm 13,9$ лет). Все пациенты были разделены на 2 группы в соответствии со степенью укорочения пищевода: 1 группа – 98 больных, с укорочением пищевода (УП) степени; 2 группа – 102 больных с УП II степени. Всем больным до и после операции проводили инструментальные, лабораторные исследования, а также анкетирование для изучения качества жизни (MOS SF-36, GSRS). В 1 группе средний возраст пациентов составил $48,8 \pm 22,2$ лет, во 2 группе средний возраст больных равнялся 57 ± 26 лет. Хирургическое лечение проводили по принятому в клинике алгоритму: больным с укорочением пищевода I степени выполняли фундопликацию в нашей модификации – 98 (из них 58 лапароскопически); больным с укорочением пищевода II степени – модифицированную клапанную гастропликацию – 102 (43 лапароскопически). При рентгенологическом исследовании в отдаленном периоде состоятельная антирефлюксная манжетка диагностирована у 192 больных (96%), при этом у 46 (23%) манжетка располагалась в заднем средостении без клинических и рентгенологических признаков рефлюкса или дисфагии. Недостаточность манжетки выявлена у 4 (2%) больных. Гиперфункция ман-

жетки диагностирована у 8 (4%) больных – всем проводили сеансы баллонной дилатации с положительным эффектом и купированием дисфагии. После операции только 4 (2%) предъявляли жалобы на изжогу. Всего по данным эндоскопического исследования рефлюкс-эзофагит различной степени тяжести зафиксирован у 7 (3,5%) больных, при этом индекс DeMeester не превышал 12,7. Отличные результаты проведенного инструментального обследования были зафиксированы у 146 (73%) больных; хорошие у 32 (16%) пациентов; удовлетворительные у 16 (8%), неудовлетворительные результаты зафиксированы у 2 (1%) пациентов. При изучении качества жизни по всем восьми шкалам опросника SF-36 после операции были получены достоверно.

727. ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ

*Ветшев Ф.П., Хоробрых Т.В., Осмнин С.В.,
Дулова А.В., Ветшев С.П.*

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Идея создания роботического хирургического комплекса берет свое начало с 1985 года и является логическим продолжением развития эндовидеохирургических технологий. С момента появления в 2000 году первого роботического хирургического комплекса (РХК) «da Vinci» («Intuitive Surgical», США) прошло уже более 15 лет. За это время было выпущено 4 новых поколения и установлено более 3,5 тысяч РХК во всем мире. Согласно мировой статистике наиболее широко РХК применяются в урологии и гинекологии, и лишь менее 30% в абдоминальной хирургии от общего количества выполняемых вмешательств. Принцип выполнения робот-ассистированных (РА) операций является логическим развитием лапароскопической методики. Использование РХК дает ряд преимуществ при выполнении сложных операций, требующих прецизионных действий в малых пространствах, но, создает целый ряд технических и экономических трудностей. До сих пор не определена целесообразность использования РХК в хирургической гастроэнтерологии, эндокринологии и онкологии, что послужило целью нашей работы для определения наиболее оптимального и эффективного использования РХК. С 2015 года было выполнено 18 робот-ассистированных вмешательств с использованием РХК «da Vinci Si». Среди эндо-



кринных операций выполнено 2 трансаксиллярные тиреоидэктомии по поводу фолликулярных аденом щитовидной железы; 4 правосторонних адреналэктомии по поводу гормонально-неактивных аденом (3 пациента) и ангиомиолипомы надпочечника у 1 больной, при этом размеры новообразований варьировали от 4 до 7 см. Радикальные онкологические операции проведены 4 больным: передняя резекция прямой кишки по поводу аденокарциномы верхнеампулярного отдела Т3N1M0, IIIa ст., и одна интерсфинктерная резекция с низведением сигмовидной кишки у больного раком средне-нижнеампулярного отдела прямой кишки Т3N1M0, IIIб ст. Обе операции выполнены по принципу «single docking», среднее время составило 170±35 мин. Также выполнена одна субтотальная дистальная резекция желудка по Б-1 по поводу умереннодифференцированной аденокарциномы антрального отдела Т3N0M0, IIa ст, и гастрэктомия с интракорпоральным ручным эзофаго-еюноанастомозом «конец в конец». В ходе стандартной лимфаденэктомии D2 было удалено соответственно 19 и 21 лимфоузел. Среднее время операции 190±15 мин. Восемью пациентам с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и осложненным рефлюкс-эзофагитом выполнено 8 фундопликаций в нашей модификации. Также 4 больным с желчнокаменной болезнью симультанно была произведена холецистэктомия. В целом, этапы робот-ассистированных операций были аналогичны лапароскопическим вмешательствам, хотя и имели целый ряд технических нюансов. Послеоперационный период у всех протекал без осложнений, летальных исходов не было. По мере накопления опыта отмечено сокращение длительности операции, обусловленное меньшими временными затратами на установку и подключение робота. Таким образом, наш первый опыт свидетельствует, что робот-ассистированные вмешательства обладают всеми преимуществами лапароскопических операций, расширяют возможности малоинвазивной хирургии узких анатомических пространств, но обладают целым рядом технических и экономических трудностей. Дальнейшее расширение спектра операций и накопление опыта позволят определить наиболее оптимальное и целесообразное использование РХК в хирургии и онкологии.

728. ОДНОМОМЕНТНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОМ СИНХРОННОМ РАКЕ

*Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Шпоть Е.В.,
Сорокин Н.И., Осминин С.В., Дулова А.В.,
Дымов А.М.*

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Частота развития первично-множественных злокачественных новообразований (ПМЗН) составляет 5-21%. За последние десятилетия показатель роста ПМЗН возрос почти в 10 раз. Синхронный рак встречается реже, чем метакронный в связи с чем, усложняется тактика лечения. Однако крайне важно удостовериться, что это две разные опухоли, а не один и тот же рак представленный атипично. Известно, что лапароскопические операции не только не уступают в радикальности и выполнении полноценной лимфаденэктомии перед открытыми, но и имеют доказанные преимущества в виде прецизионности работы, более тщательного гемостаза, низкой частоты послеоперационных осложнений, и более ранней активизации больных с сохранением всех онкологических принципов. В тоже время в мировой практике не существует единых стандартов лечения больных с ПМЗН, как и нет единых установленных технических особенностей лапароскопических вмешательств. С 2015 года мы наблюдали 5 пациентов с первично-множественным синхронным раком (ПМСР) различной локализации. Первая одномоментная лапароскопическая операция была выполнена больному С., 61 года, по поводу ПМСР: аденокарцинома среднеампулярного отдела прямой кишки, G2 Т3N0M0, IIa стадия; ацинарная аденокарцинома предстательной железы (PSA общ. 19,44 нг/мл.), 7 баллов по Глиссону, Т3bN1M0, IV стадия, а также сопутствующая желчнокаменная болезнь. Была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, низкая передняя резекция с мезоректумэктомией и лимфаденэктомией D3, радикальная позадилоная простатэктомия с лимфаденэктомией. Длительность операции составила 420 минут, кровопотеря – 450 мл. При контрольном обследовании через 18 месяцев признаков рецидива заболевания и вторичного распространения нет, PSA 0,1 нг/мл. Второе наблюдение – больной Р., 69 лет, с ПМСР: аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки, G1 Т3N1M0, IIIb стадия; ацинарная аденокарцинома предстательной железы (PSA общ. 16,1 нг/мл.), 6 баллов по Глиссону, Т2bN0M0, IV стадия. Выполнена лапароскопическая интерсфинктерная резекция прямой кишки с мезоректумэктомией и



низведением сигмовидной кишки с наложением сигмоанального анастомоза, лимфаденэктомия D3, радикальная позадилонная простатэктомия. Длительность операции 340 мин, кровопотеря 340 мл. При контрольном обследовании через 10 месяцев признаков рецидива заболевания и вторичное распространение не выявлены. Уровень PSA 0,02 нг/мл. Третье наблюдение – больной Ч., 63 лет с ПМСР: аденокарцинома нижней трети тела желудка G1 T3N2M0, IIIa ст., светлоклеточный почечно-клеточный рак левой почки, G1 T1aN0M0, I ст. Выполнена лапароскопическая резекция левой почки, дистальная резекция желудка по Б-I, лимфаденэктомия D2. Время операции 260 мин, кровопотеря 280 мл. При ПЭТКТ спустя 10 месяцев признаков рецидива и распространения не выявлено. Четвертое наблюдение – пациентка О., 61 года с ПМСР: перстневидно-клеточный рак тела желудка, T2N0M0, Ib ст., светлоклеточный почечно-клеточный рак левой почки G1, T1aN0M0, I ст. Выполнена лапароскопическая левосторонняя нефрэктомия, дистальная резекция желудка по Б-I, лимфаденэктомия D2. Время операции 275 мин, кровопотеря 240 мл. При МСКТ спустя 6 месяцев признаков рецидива и распространения не выявлено. Пятое наблюдение – больной К., 75 лет с ПМСР: аденокарцинома нисходящей ободочной кишки G2 T4aN0M0 IIb ст., аденокарцинома верхнеампулярного отдела прямой кишки G1 T3N0M0 IIa ст.; светлоклеточный почечно-клеточный рак левой почки G2 T3N0M0, III ст. Выполнена лапароскопическая правосторонняя нефрэктомия, передняя резекция прямой кишки с резекцией нисходящей ободочной кишки, лимфаденэктомия D3. Время операции 245 мин, кровопотеря 180 мл. Выполненные синхронные лапароскопические операции имели достаточно большое число технических особенностей и нюансов, связанных во многом с необходимостью манипуляций двумя бригадами в нескольких анатомических областях. В тоже время мультидисциплинарный подход в лечении этой редкой категории больных с использованием эндовидеохирургических технологий позволяет добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов.

729. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

*Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П.,
Абдулхакимов Н.М., Осминин С.В., Дулова А.В.,
Чесарев А.С.*

Москва

ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. Больные генерализованным (M1) и местнораспространенным (MP) раком желудка (T2-4N0-3M0) представляют собой крайне разнородную по распространенности и прогнозу группу, лечение которой вызывает много вопросов и обсуждений, а хирургическое лечение остается единственным методом лечения, позволяющим улучшить качество жизни этих больных.

Цель работы – проанализирован первый опыт выполнения лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств в лечении распространенных форм рака желудка в Клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко с 2011 г. по декабрь 2016 г.

Результаты. С 2011 г. в нашей клинике выполнено 27 лапароскопических и 2 робот-ассистированных операций по поводу MP и генерализованного рака желудка. Средний возраст пациентов 62,1 (± 10) лет, среди них 19 мужчин и 10 женщин. Дистальная субтотальная резекция желудка по Бильрот I выполнена 18 больным, 15 из них произведена лимфаденэктомия в объеме D2, и 3 – D2,5. Гастрэктомия выполнена 11 больным, с лимфаденэктомией D2 у 8 больных, D 2,5 – 3. В среднем удаляли 24 (± 3) лимфоузлы. При гастрэктомии реконструктивный этап выполняли интракорпорально (3): 2 больным эзофагоюноанастомоз "конец в бок" при помощи циркулярного степлера CDH-ORVill-25 и 1 "ручной" робот-ассистированный анастомоз, а в остальных наблюдениях анастомозы формировали через минилапаротомный доступ. Гистологически в краях резекции опухолевой ткани выявлено не было (R0). Средняя продолжительность операции составила при резекции желудка 210 \pm 35 минут, при гастрэктомии – 260 \pm 35. Кровопотеря в среднем при резекции желудка составила 70 \pm 12 мл, при гастрэктомии – 140 \pm 15. Интраоперационных осложнений не было, в двух наблюдениях у пациентов отмечали явления послеоперационного панкреатита, а в 2-х явления гастростаза; нагноение минилапаротомной раны диагностирована в 1-м случае, в 2-х развилась стриктура эзофагоэнтероанастомоза (1 аппаратный, 1 "ручной" анастомозы). Несостоятельность пищеводно-кишечно-



го анастомоза диагностирована у 2 пациентов (1 аппаратный, 1 "ручной" анастомозы). Длительном дренировании зоны анастомоза и коррекция антибактериальной терапии позволили справиться с этим осложнением не прибегая к дополнительным методам хирургического лечения.

Заключение. Таким образом, применение малоинвазивных технологий достоверно уменьшает кровопотерю, сокращает сроки реабилитации, уменьшая время пребывания пациентов в реанимации и в стационаре. Качество жизни больных, перенесших лапароскопические и робот-ассистированные операции, достоверно выше, по сравнению с традиционно выполненными операциями, а снижение сроков реабилитации позволяет приступить к химиотерапии уже в раннем послеоперационном периоде.

730. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОДЕЛИ ПАЦИЕНТА

*Савин А.С.(1), Хохлов А.В.(1), Дворянкин Д.В.(2),
Кочетков А.В.(1)*

Санкт-Петербург

1) Кафедра хирургии и инновационных технологий ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России 2) Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Работа посвящена выбору оптимального хирургического вмешательства при паховых грыжах в зависимости от модели пациента. Проведена оценка результатов использования тотальной экстраперитонеальной (ТЕР) и трансабдоминальной (ТАРР) пластики грыж в условиях ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России с 2012 по 2017 гг. Цель исследования: оценка результатов выполнения ТЕР и ТАРР при различных моделях пациентов.

Материалы и методы: в исследование были включены мужчины с одно- и двухсторонними паховыми грыжами. Были составлены следующие модели: первая модель пациента – мужчина с ИМТ 16-25 кг/м² и односторонней грыжей (66 пациентов). Вторая модель – мужчина с ИМТ 25-35 кг/м² и односторонней грыжей (62 пациента). Третья – мужчина с ИМТ 16-25 кг/м² и двухсторонней грыжей (58 пациентов). Четвертая модель – мужчина с ИМТ 25-35 кг/м² и двухсторонней грыжей (56 пациентов). Из 66 пациентов первой модели 32 была выполнена ТЕР и 34 ТАРР. 31 пациенту второй модели выполнена ТЕР и 31 ТАРР. Для третьей модели – 31 ТЕР и 27 ТАРР; по 28 ТАРР и ТЕР

выполнено пациентам четвертой модели. Средний возраст пациентов составил 38,1±8,4 года. Число пациентов с пахово-мошоночными грыжами было сопоставимым: 3 в первой модели, 4 – во второй, 4 – в третьей и 4 в четвертой. Критериями оценки результатов оперативного вмешательства являлись частота и структура осложнений, степень выраженности болевого синдрома (оценивался по 10-балльной визуальной шкале оценки боли), а также длительность операции и продолжительность нахождения в стационаре.

Результаты: Медиана периода наблюдения составила 36 мес. Для первой модели пациента нет принципиальных отличий между ТЕР и ТАРР по частоте и структуре осложнений, степени выраженности болевого синдрома, а также длительности операции и продолжительности нахождения в стационаре. Для второй модели ТАРР имела преимущества за счет более низкой частоты развития сером и гематом в послеоперационном периоде и меньшей длительности операции. Для третьей модели ТЕР показала достоверно более низкий болевой синдром в послеоперационном периоде (на 1-й и на 7-й послеоперационный день), меньшую длительность операции и продолжительность нахождения в стационаре. Для четвертой модели также не было выявлено достоверных отличий между двумя методами.

Выводы: Для пациентов с односторонними грыжами и индексом массы тела от 25 до 35 кг/м² операцией выбора является ТАРР. У пациентов с ИМТ от 16 до 25 кг/м² с двухсторонними грыжами предпочтительно выполнение ТЕР.

731. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАССИВНОЙ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ (ТЕР)

Савин А.С.(1), Хохлов А.В.(1), Дворянкин Д.В.(2)

Санкт-Петербург

1) Кафедра «Хирургии и инновационных технологий» ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России 2) Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность исследования связана с высокой частотой образованием гематом при выполнении ТЕР, а также с выраженным болевым синдромом, который может сопровождать их появление.

Цель исследования - оценка результатов использования пассивной дренажной системы при ТЕР у пациентов с паховыми грыжами. **Материалы и**



методы – в исследование включены пациенты, которым выполнялось вмешательство по методике ТЕР с 2012 по 2017 гг. Методом случайного отбора пациенты были разделены на две группы: в основную группу попали 75 пациентов, которым выполнялось дренирование. В контрольной группе из 80 пациентов дренирование не производилось. Средний возраст пациентов составил $44,2 \pm 8,3$ года и $41,1 \pm 7,5$ года соответственно. Число косых паховых грыж в основной группе – 51 (68%), прямых – 24 (32%). Комбинированные грыжи наблюдались у 14 пациентов (18,6%), двухсторонние грыжи у 21 пациента (28%), пахово-мошоночные у 6 (8%). В контрольной группе число косых паховых грыж – 63 (78,8%), прямых – 27 (21,2%). Комбинированные грыжи у 16 пациентов (20,0%), двухсторонние у 24 (30,0%), пахово-мошоночные – у 7 пациентов (8,8%). Система пассивного дренирования была удалена в первый послеоперационный день у 71 пациента (94,6%), четырем пациентам дренажная система была удалена на второй послеоперационный день (5,4%). Критерием оценки эффективности использования дренажной системы являлась частота развития гематом и выраженность болевого синдрома (оценивалась по 10-балльной шкале субъективной оценки боли) в послеоперационном периоде. Также у пациентов в двух группах оценивалась частота развития инфекционных осложнений. Результаты: Медиана периода наблюдения составила 36 мес. Средний срок госпитализации составил $3,5 \pm 1,4$ дня. В контрольной группе аналогичный срок составил $3,1 \pm 1,3$ дня. Послеоперационные гематомы наблюдались у 7 пациентов (9,3%). В контрольной группе гематомы наблюдались у 17 пациентов (21,2%). Выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде: $2,8 \pm 1,4$ балла в 1-й день после операции, с его регрессом до $1,3 \pm 0,7$ на 7-й послеоперационный день в основной группе. В контрольной группе показатели составили: $2,2 \pm 1,5$ балла в 1-й день и $1,4 \pm 0,3$ на 7-й день. В основной группе в 2 случаях (2,6%) наблюдалось нагноение троакарной раны, через которую устанавливался дренаж. В контрольной группе инфекционных осложнений не наблюдалось.

Выводы: применение системы пассивного дренирования при видеохирургической тотальной экстраперитонеальной пластике паховых грыж является целесообразным для снижения частоты возникновения послеоперационных гематом.

732. РОЛЬ ЦИСТОГРАФИИ И ПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СВЯЗИ ПОЛОСТИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВИРСУНГОВЫМ ПРОТОКОМ

Черданцев Д.В., Первова О.В., Жегалов П.С., Носков И.Г., Рандина М.С.

Красноярск

ГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им.проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Актуальность. Актуальность темы обусловлена ежегодным увеличением заболеваемости острым панкреатитом (ОП). В структуре смертности от острой хирургической патологии в Красноярском крае в последние годы летальность при ОП занимает первое место и составляет более 30%. Одним из осложнений перенесенного ОП является постнекротическая киста поджелудочной железы (ПКПЖ). Выбор метода хирургического лечения ПКПЖ в настоящее время остаётся дискуссионным, нет унифицированного лечебно-диагностического алгоритма, позволяющего выбрать патогенетический вариант лечения, в особенности при наличии связи полости ПКПЖ с вирсунговым протоком. Диагностика последнего на дооперационном этапе является крайне затруднительной проблемой, требующей всеобщего внимания панкреатологов.

Материал и методы. Мы проанализировали 38 случаев заболеваемости ПКПЖ в период с 2013 по 2016г, все пациенты проходили лечение в Краевой Клинической больнице. Средний возраст пациентов составил 45 ± 13 лет, мужчин – 21, женщин – 17. Первую группу составили пациенты, которым была выполнена транскутанная или эндоскопическая пункция ПКПЖ с цистографией с обязательным исследованием пунктата ПКПЖ на амилазу ($n=22$). Во вторую группу вошли пациенты, которым проводилась эндоскопическая панкреатография и пункция ПКПЖ (транскутанная или эндоскопическая) с исследованием пунктата на амилазу ($n=16$). При этом считали, что показатель амилазы более 5000 Ед/л указывал на точную связь ПКПЖ с вирсунговым протоком. Результаты оценивали, используя непараметрический критерий Манн-Уитни ($p > 95\%$) для сравнения двух независимых выборок - для внутригруппового сравнения и для двух зависимых выборок – для межгруппового. Полученные результаты. В первой группе уровень амилазы пунктата ПКПЖ более 5000 Ед/л выявлена у 54,5% пациентов ($n=12$), среди них у 5 пациентов (22,2%) подтверждена связь полости ПКПЖ



с вирсунговым протоком по результатам цистографии. У 45,5% (n=10) пациентов уровень амилазы пунктата составил менее 1000 Ед\л, по результатам проведенной цистографии этим пациентам – связь полости ПКПЖ с вирсунговым протоком не обнаружена. В второй группе уровень амилазы пунктата ПКПЖ более 5000 Ед\л выявлена у 43,7% пациентов (n=7), среди них у 5 пациентов (31,2%) подтверждена связь полости ПКПЖ с вирсунговым протоком по результатам эндоскопической панкреатографии. У 56,3,5% (n=9) пациентов уровень амилазы пунктата составил менее 1000 Ед\л, по результатам проведенной эндоскопической панкреатографии этим пациентам – связь полости ПКПЖ с вирсунговым протоком, также не обнаружена. Обсуждение и выводы. Проведенный нами статистический анализ показал, что применение эндоскопической панкреатографии является более точным методом диагностики разгерметизации протоковой системы ПЖ в сравнении с цистографией (p0.05). Последнее может быть объяснено окклюзией сообщения между ПКПЖ и вирсунговым протоком гноем, детритом, сгустком или сужение его в результате перифокального отека, также к ложноотрицательным результатам приводит градиент давления в полости кисты и вирсунговом протоке.

Рекомендации. Таким образом, для диагностики связи полости ПКПЖ с вирсунговым протоком, мы считаем обязательным пункцию ПКПЖ с исследованием ее содержимого на амилазу и эндоскопическую панкреатографию для более детальной визуализации анатомии вирсунгова протока и уровня разгерметизации, при невозможности последней – транскутанную или эндоскопическую пункцию с цистографией.

733. ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Корольков А.Ю., Китаева М.А., Комличенко Э.В., Смирнов Д.А., Большакова М.В., Попов Д.Н.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВПО "Первый Санкт-Петербургский медицинский университет имени академика И.П. Павлова", НИИ хирургии и неотложной медицины

Актуальность: Связь ЖКБ и беременности обозначена исследователями уже давно, однако в литературе недостаточно рекомендаций по ведению женщин с ЖКБ на разных сроках беременности.

Цель работы: определить тактику ведения беременных с желчнокаменной болезнью на разных сроках гестации. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 52 беременных на разных сроках гестации, обратившихся в экстренном порядке с клиникой желчнокаменной болезни без осложненного акушерско-гинекологического анамнеза, за 2015-2016 г. Результаты. Пациентки были разделены на 3 группы по сроку беременности- 28 пациенток со сроком беременности от 22 до 25 нед (1 группа); 15 пациенток – от 26 до 31 нед. (2 группа); 9 пациенток от 31 до 39 нед. беременности (3 группа). В условиях СОСМП всем пациенткам было выполнено в обязательном порядке лабораторные и инструментальные исследования- клинический, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. Данные исследования подтвердили у всех пациенток наличие ЖКБ. По данным УЗИ у 25 пациенток выявлен желчный пузырь обычных размеров, без признаков воспаления, в полости конкременты, внутри и внепеченочные протоки не расширены. 14 пациенток было из 1 группы, 8 из второй и 3 из третьей. В лабораторных анализах все показатели в норме. У данных беременных поставлен диагноз ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, печеночная колика. После проведения спазмолитической инфузионной терапии и купирования болевого синдрома в условиях СОСМП все выписаны на амбулаторное лечение. У 27 беременных по данным клинической картины и лабораторно-инструментальных данных поставлен диагноз острого калькулезного холецистита. У 18 из них в клиническом анализе крови отмечалось повышение лейкоцитоза от 10 до 15 x 10⁹/л. При УЗИ – желчный пузырь обычных размеров, стенка его утолщена, неоднородна, без признаков слоистости, в полости множественные конкременты. Внутри и внепеченочные протоки не расширены. Данные пациентки госпитализированы в хирургический стационар, где проводилась инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная терапия с положительным эффектом. В сроки от 3 до 6 дней выписаны на амбулаторное лечение с рекомендациями планового оперативного лечения после родоразрешения. У 3 пациенток (все из 1 группы) в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, при УЗИ выявлена слоистость стенок желчного пузыря с перивезикальной жидкостью. Госпитализированы на хирургическое отделение, начата консервативная терапия в полном объеме в течение 12 часов. У 2х пациенток без положительной динамики, принято решение о выполнении ЛХЭ. Выписаны на 6-е сутки после оперативного вмешательства. 1 пациентка после положительного эффекта на консервативную терапию отказалась от госпитализации и выписалась на амбулаторное



лечение. Однако через 3 нед с приступом печеночной колики госпитализирована вновь, выставлен диагноз ЖКБ, острый калькулезный холецистит. После проведения инфузионной спазмолитической антибактериальной терапии без эффекта выполнена ЛХЭ. У всех пациенток родоразрешение в срок, новорожденные 8/9 баллов по Апгар. У 4 беременных (из 2ой и 3ей групп исследования) в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, в биохимическом анализе крови отмечается повышение амилазы от 500 до 1800, а анализе мочи повышение диастазы. При УЗИ признаки хронического калькулезного холецистита, диффузная неоднородность поджелудочной железы, которую четко визуализировать не удается. У данных беременных выставлен диагноз ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Острый билиарный панкреатит. 1 беременная 36 нед, в связи с развитием панкреатита средней степени тяжести была госпитализирована в РО, где проводилась интенсивная инфузионная спазмолитическая антисекреторная терапия с положительным эффектом. Регулярный контроль КТГ. На 4-е сутки переведена на ХО, откуда выписана на 9 сутки от момента поступления в удовлетворительном состоянии. У 1 пациентки в лабораторных анализах выявлены высокие цифры амилазы (>3000), диастазы (>20000), лейкоцитоза (>18). В анамнезе у пациентки ЛХЭ, холедохолитотомия. Выставлен диагноз ЖКБ. Холедохолитиаз? острый билиарный панкреатит тяжелой степени, и, в связи с отсутствием положительной динамики на фоне консервативной терапии в течение 6 часов в РО, выставлены показания к кесареву сечению и ревизии органов брюшной полости. Выполнено оперативное вмешательство в объеме кесарева сечения, ревизии органов брюшной полости, холедохоскопии. Операция завершена ЭПСТ и дренированием холедоха по Керу. На 15-е сутки выписана на амбулаторное лечение. 2-е пациенток из этой группы не потребовали госпитализации в РО, консервативная терапия с положительным эффектом проводилась в условиях ХО и в сроки от 7 до 12 дней выписана на амбулаторное лечение. У 2 пациенток (из 2 группы) в биохимическом анализе крови обратило на себя внимание повышение общего билирубина за счет прямой фракции, при УЗИ незначительное расширение холедоха, без четкой визуализации в нем конкрементов, на фоне наличия мелких конкрементов в желчном пузыре. Это потребовало выполнения данным пациенткам МРТ-холангиопанкреатографии, которая подтвердила наличие конкрементов в холедохе, без полной его обтурации. При ФГДС желчь поступает в ДПК. Данным пациенткам выполнено ЭПСТ и на 5 день выписаны на амбулаторное лечение. **Заключение:** Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что вне зависимости от сро-

ка беременности пациентки с установленной ЖКБ должны наблюдаться в условиях хирургического стационара, под контролем акушеров-гинекологов. Наиболее тяжелое течение желчнокаменной болезни с проявлениями различных осложнений данного заболевания встречается на поздних сроках беременности. При подозрении на осложнения ЖКБ наибольшую информативность, позволяющую определить дальнейшую тактику, представляет УЗИ органов брюшной полости. При отсутствии положительного ответа на консервативную терапию показано оперативное лечение, причем ЛХЭ является методом выбора вне зависимости от срока беременности. При подозрении на холедохолитиаз необходимо выполнять МРТ-холангиопанкреатографию. При подтверждении данного диагноза показано выполнение ЭПСТ.

734. КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

*Белик Б.М. (1), Ефанов С.Ю.(1), Мареев Д.В.(2),
Суярко В.А.(1,2), Маслов А.И.(1),
Сапратиев А.Р. (1)*

Ростов-на-Дону

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

Цель исследования: показать целесообразность комплексного подхода к коррекции синдрома кишечной недостаточности (СКН) у больных с тяжелыми формами абдоминальной хирургической инфекции (АХИ).

Материал и методы. Исследование включает 375 пациентов с тяжелыми формами АХИ (198 больных – с распространенным гнойным перитонитом (РГП) и 177 – с острой кишечной непроходимостью (ОКН) механического генеза), у которых имелись клинические признаки СКН. У всех больных во время операции выполнялись назоинтестинальная интубация тонкой кишки (НИИТК) и трансумбиликальная катетеризация воротной вены. В послеоперационном периоде осуществляли длительное дренирование тонкой кишки в сочетании с методами энтеральной детоксикации (кишечный лаваж, энтеросорбция), а также комплексную интенсивную терапию, включая продленную эпидуральную блокаду и внутриворотальную инфузионную терапию (ВПИТ) с применением озо-



нонасыщенных растворов. Кроме того, на фоне стандартной интенсивной терапии проводили медикаментозную стимуляцию кишечной перистальтики препаратом динатон (серотонина адипинат) (внутривенно капельно до 40-60 мг/сутки). Программа исследования включала: оценку тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II и выраженности показателей эндотоксикоза, измерение внутрибрюшного давления (ВБД), определение в сыворотке крови концентрации серотонина (высокоэффективная жидкостная хроматография) и прокальцитонина (ПКТ) (иммунолюцинометрический метод), бактериологические исследования портальной и системной венозной крови.

Результаты. В 1-е сутки после операции на фоне стойкого пареза кишечника и эндотоксикоза исходная тяжесть состояния пациентов по шкале APACHE II составила $14,8 \pm 1,3$ баллов, а концентрация ПКТ в крови – $6,6 \pm 0,1$ нг/мл, что свидетельствовало о наличии абдоминального сепсиса. У 69,8% пациентов выявлялась портальная бактериемия и у 38,5% – системная бактериемия. При этом у больных отмечались выраженная 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 серотонина адипината в 95,5% наблюдений способствовало раннему восстановлению моторной активности кишечника и ликвидации клинических признаков СКН 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% случаев, тогда как в системном кровотоке микроорганизмы не выявлялись. У пациентов 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. При этом тяжесть состояния больных по шкале APACHE II снижалась до $9,8 \pm 0,2$ баллов, а концентрация ПКТ в крови – до $1,2 \pm 0,2$ нг/мл. В результате внедрения указанного комплекса лечебных мероприятий в практику лечения больных с тяжелыми формами АХИ удалось снизить послеоперационную летальность с 22,7% до 16,8%

, то есть на 5,9% по сравнению с предыдущим пятилетним периодом.

Выводы. Применение НИИТК и энтеральных методов детоксикации в сочетании с ВПИТ и медикаментозной коррекцией серотониновой недостаточности (динатон) в послеоперационном периоде у больных с тяжелыми формами АХИ способствует раннему разрешению СКН и восстановлению перистальтики кишечника, устранению портальной и системной бактериемии, ликвидации ВБГ и быстрому регрессу эндотоксикоза, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения этой категории пациентов.

735. ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ ОККЛЮЗИЯХ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

*Сафонов В.А., Ким Г.В., Громацкий Д.Ф.,
Шеров Р.З., Феликов И.М.*

Новосибирск

Дорожная клиническая больница.

Методы эндоваскулярной ангиопластики и стентирования брахиоцефальных артерий при их стенотических и окклюзионных поражениях в настоящее время нашли широкое применение в хирургической практике благодаря своей малотравматичности и эффективности. Так, при окклюзии подключичных артерий с развитием синдрома «позвоночно-подключичного обкрадывания» эти методы уже успешно конкурируют с традиционными хирургическими вмешательствами на этих артериях. Однако, вместе с широким использованием этого способа лечения до сих пор не окончены дискуссии о его безопасности и эффективности, не отработаны четкие и исчерпывающие показания к проведению данной операции. **Цель работы.** Оценка эффективности и безопасности эндоваскулярной ангиопластики и стентирования в лечении атеросклеротических окклюзий подключичных артерий.

Материал: За период с 2005 по 2016г. включительно, 25 пациентам с атеросклеротическими окклюзиями подключичных артерий было выполнено 25 первичных эндоваскулярных вмешательств. 18 человек были мужского пола и 7 – женского. Возраст пациентов составлял от 36 до 70 лет. В 20 случаях окклюзия располагалась в начальном отделе левой подключичной артерии и у 5 пациентов была окклюзирована правая подключичная артерия также в начальном отделе. У 15 больных имелась отчетливая ангиографическая картина синдрома



позвоночно-подключичного обкрадывания в виде ретроградного сброса по позвоночной артерии. Клинические проявления хронической недостаточности мозгового кровообращения (по классификации А.В.Покровского, 1978г) в этой группе больных определялись как 1 степени у 11 больных, 2 степени с транзиторными ишемическими атаками в виде приступов головокружения у 9 больных, 3 степени у 5-х больных. Все пациенты оперировались после предварительного приема клопидогреля (Плавикс, а с 2014г Зилт 75мг в день) в течение от 3 до 10 суток до момента операции. Во всех случаях для проведения эндоваскулярного инструментария первоначально использовался трансфеморальный доступ. В 17 случаях удалось провести реканализацию, а затем баллонную ангиопластику подключичной артерии со стороны аорты, у 7 же пациентов пришлось прибегнуть к пункции, а в одном случае прямому выделению плечевой артерии с ретроградным проведением проводника, а затем баллона. При этом, в 4-х случаях не удалось «раскрыть» окклюзию. В одном случае это было связано с аномалией правой подключичной артерии, а именно отхождением ее непосредственно от аорты, в 3-х других - с очень плотным окклюдующим субстратом в начальном отделе левой подключичной артерии. Таким образом восстановление магистрального кровообращения удалось добиться у 21 пациента (эффективность 84%). Во всех случаях баллонная ангиопластика закончилась установкой стентов. В 12 случаях использовались баллоннорасширяемые стенты и у 9 больных саморасширяющиеся. Среднее количество использованного во время операции рентгенконтрастного вещества составило 120мл., средняя продолжительность скопического времени 15,26м³ в. Осложнений во время операции не отмечалось, остаточные стенозы составили не более 10%, послеоперационный период протекал гладко. Редукция неврологической клиники в послеоперационном периоде отмечена у 9 больных с 2 и 3 степенью хронической недостаточности мозгового кровообращения, при этом транзиторных ишемических атак в последующий период отмечено не было. Заключение: Чрезкожная транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование подключичных артерий при их атеросклеротической окклюзии является эффективным и достаточно безопасным методом лечения и может рассматриваться как «метод выбора» профилактики нарушений мозгового кровообращения.

736. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Бердинских А.Ю.

Барнаул

КГБУЗ "Краевая клиническая больница скорой
медицинской помощи"

Актуальность. Синдром Мириizzi относится к редким, трудно диагностируемым осложнениям желчнокаменной болезни и зачастую становится основной причиной интраоперационных осложнений и повреждений желчных протоков. Отмечено увеличение количества больных с желчнокаменной болезнью на 20% за последние 10 лет; Синдром Мириizzi встречается у 0,25-6% оперированных больных с различными формами желчнокаменной болезни. Отсутствует единый эффективный алгоритм дооперационной диагностики и хирургической тактики (методом выбора считается «открытая» холецистэктомия); Высокий процент (до 40%) конверсии доступа при лапароскопической холецистэктомии в случаях интраоперационного выявления синдрома Мириizzi. Неудовлетворительные отдаленные результаты - у 12-20% больных развиваются рубцовые стриктуры гепатикохоледоха.

Цель. Оценка возможности и эффективности лапароскопических вмешательств при синдроме Мириizzi.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2016 годы в Краевой Клинической Больнице Скорой Медицинской Помощи было подвергнуто оперативному лечению по поводу желчнокаменной болезни 2845 пациентов, из них у 12 (0,4%) был диагностирован синдром Мириizzi. Согласно классификации синдрома Мириizzi по А. Csendes (1989г) у 7 (58,3%) больных выявлен II тип, у 2 (16,7%) - I тип и у 3 (25,0%) - III тип, IV типа выявлено не было. У большинства пациентов с синдромом Мириizzi (10 (83,3%)) отмечались клинические и лабораторные признаки механической желтухи. При ультразвуковом исследовании брюшной полости проведенном при поступлении лишь у 4 (33,3%) больных было выявлено расширение внутривенных протоков, что подтверждает низкий уровень чувствительности данного метода исследования до операции. У всех больных синдром Мириizzi был выявлен во время операции и сочетался с деструктивными изменениями в стенке желчного пузыря. Все больные были оперированы по экстренным показаниям в 1-е сутки от поступления. 8 (66,7%) пациентам при лапароскопической холецистэктомии



удалось разобщить холецистобилиарное соустье с последующим наружным дренированием через дефект стенки холедоха по Вишневскому у 6 (75%) больных и 2 пациентам (25,0%) по Керу (Т-образный дренаж). 4 (33,3%) пациентам была выполнена конверсия доступа в виду травмы холедоха с последующим ушиванием дефекта на дренаже Кера при лапаротомии.

Результаты. Среди пациентов, оперированных с синдромом Мириizzi лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с наружным дренированием желчных протоков была эффективна у 8 (66,7%) пациентов. У 4 (33,3%) больных потребовалась конверсия доступа - лапаротомия. Проведенное ультразвукового исследования обладало низкой чувствительностью метода дооперационной диагностики синдрома Мириizzi (33,3%), в отличие от лапароскопической визуализации элементов гепатодуоденальной связки в сочетании с интраоперационной холангиографией (100%). Летальных исходов среди пациентов с синдромом Мириizzi не было. Выводы Применение миниинвазивных методик позволяет изменить подходы к хирургическому лечению пациентов с синдромом Мириizzi, осуществить адекватную визуализацию зоны гепатодуоденальной связки с наиболее точной дифференцировкой внепеченочных желчных протоков при минимальной операционной травме, уменьшить частоту повреждений желчных протоков, осуществить адекватное желчеотведение.

737. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Бондаренко И.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

Цель исследования – клинический анализ эффективности эндоскопической остановки кровотечения.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты эндоскопической остановки кровотечения у 30 пациентов, мужчин – 63,3% (19 из 30), женщин – 36,1% (11 из 30), средний возраст составил 52,21±14,16 лет.

Результаты. У 6,7% (2 из 30) пациентов ЖКК были обусловлены синдромом Мэллори-Вейса, у 10,0% (3 из 30) пациентов – язвами тела желудка, у 83,3% (25 из 30) источником ЖКК являлись язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Из 28 пациен-

тов ЖКК по Forrest распределились следующим образом: I А – 3,6% (1 из 28), I В – 7,1% (2 из 28), II В – 42,9% (12 из 28) и II С – 46,4% (13 из 28). У пациента с ЖКК I А выполнена лапаротомия, гастродуоденотомия, ушивание кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, пилоропластика по Микуличу, остановка кровотечения. При ЖКК I В эффективный гемостаз был достигнут ФГДС с аргон-плазменной коагуляцией. При ЖКК II В и II С во всех случаях устойчивый гемостаз достигнут ФГДС с инъекционной эндоскопической остановкой кровотечения. При поступлении шоковый индекс до 0,7 включительно отмечен у (11 из 30) пациентов, 0,8 у 40,0% (12 из 30) пациентов и от 0,9 до 1,2 у 23,3% (7 из 30) пациентов. Средний койко-день составил 12,25±5,7 дней и значимо не отличался при ранжировании ЖКК по Forrest, а также значения шокового индекса при поступлении, длительность госпитализации зависела преимущественно от тяжести анемии. При поступлении анемии не выявлено у 3,3% (1 из 30) пациентов, анемия легкой степени установлена у 26,7% (8 из 30) пациентов, анемия средней степени тяжести – у 50,0% (15 из 30) пациентов, тяжелая – у 20,0% (6 из 30). Гемотрансфузии проведены у 66,7% (20 из 30) пациентов. При первичном ФГДС диаметр язвы варьировал от 0,5 см до 1,5 см, средний диаметр составил 0,8±0,2 см, уменьшившись при контрольном ФГДС на 3-5 сутки от 0 см до 0,5 см, в среднем на 0,2±0,1 см. Диаметр язвы на 3-5 сутки варьировал от 0,2 см до 1,0 см, в среднем 0,6±0,2 см.

Вывод. При поступлении шок легкой и средней тяжести был у 63,3% пациентов. У пациентов с ЖКК обусловленным синдромом Мэллори-Вейса и ЖКК I А по Forrest эндоскопическая остановка кровотечения была неэффективной – выполнены лапаротомии. При ЖКК I В, II В и II С эндоскопическая остановка кровотечения во всех случаях была эффективной. Длительность стационарного лечения была связана с тяжестью первичной кровопотери.

738. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ РУЧНОЙ ШОВ В СОЗДАНИИ АНАСТОМОЗОВ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Хитарьян А.Г.(1), Велиев К.С.(1),
Завгородняя Р.Н.(1), Саркисян А.В.(2)*

Ростов-на-Дону

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД», 2) РосГМУ

Цель исследования – анализ использования руч-



ного лапароскопического интракорпорального анастомоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. В отделении хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД» у 35 пациентов проведен анализ использования ручного интракорпорального гастроэнтероанастомоза. Средний возраст пациентов составил $48,1 \pm 13,8$ лет. В 5,7% (2 из 35) случаях выполнена проксимальная резекция желудка по поводу рака тела желудка T2-3N1M0 с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов № 8, 9, 10, 11, 12 с наложением гастроэзофагоанастомоза. Дистальная резекция 2/3 желудка по поводу осложнений язвенной болезни (3) и аденоматозного полипа антрального отдела желудка (1) с наложением гастроэнтероанастомоза выполнена у 11,4% (4 из 35) больных. У 54,3% (19 из 35) пациентов выполнено гастроеюношунтирование по поводу морбидного ожирения. В 28,6% (10 из 35) случаях проведена гастрэктомия, из них в 17,1% (6 из 35) случаях при онкологических заболеваниях T3-4N0-2M0, как радикальное вмешательство с лимфодиссекцией D2 и удалением лимфатических узлов № 1-10, 12, 14 с наложением эзофагоэнтероанастомоза, у 11,4% (4 из 35) пациентов с раком желудка T3N1M1 выполнено циторедуктивное пособие.

Результаты. Из 35 пациентов, оперированных на органах брюшной полости, осложнений, связанных с применением ручного интракорпорального анастомоза, не выявлено. У 1 (2,9%) больного, перенесшего дистальную резекцию желудка, в послеоперационном периоде отмечалось кровотечение, непосредственно не связанное с хирургическим пособием. Время оперативного вмешательства с применением ручного интракорпорального шва составило $53,5 \pm 9,9$ минут, средний койко-день $11,2 \pm 4,5$. Заключение. Применение ручного интракорпорального анастомоза связано с необходимостью специфического опыта у хирурга, а также увеличивает продолжительность оперативного пособия. Ручной шов уменьшает количество недостатков аппаратного метода сшивания (несостоятельность анастомоза, кровотечение).

Вывод. При лапароскопическом интракорпоральном ручном шве увеличивается качество адаптации в анастомозе. Способ имеет преимущества при малой культe желудка, а также в бариатрической хирургии.

739. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

*Саркисян В.А.(1), Андреев Е.В.(1),
Чубарян К.А.(1), Саркисян А.В.(2)*

Ростов-на-Дону

1) МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону», 2) РосГМУ

Цель исследования – клинический анализ эффективности видеоторакоскопии (ТС) при проникающих ранениях груди (ПРГ).

Задачи исследования. Установить показания и необходимый объем ТС операций при ПРГ учитывая общее количество и нозологическую структуру внутригрудных повреждений.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты ТС у 106 больных с ПРГ, мужчин – 69,9% (74), женщин – 30,1% (32). Одиночные ПРГ справа – 16,9% (18), одиночные слева – 45,3% (48), множественные справа – 9,5% (10), множественные слева – 19,8% (21), множественные двусторонние – 8,5% (9).

Результаты. Ранения в сердечной зоне (СЗ) справа установлены у 17,9% (19) пациентов, СЗ слева – 27,4% (29), в торакоабдоминальной (ТАЗ) справа – 12,3% (13), ТАЗ слева – 15,0% (16), другие локализации – 27,4% (29). При поступлении по индексу Allgower пациенты распределились следующим образом: до 0,8 – 13,2% (14), 0,8 – 24,6 % (26), от 0,9 до 1,2 – 45,3 % (48), 1,3 и более – 16,9% (18). При ТС были выявлены следующие повреждения: гемоторакс – 86,8% (92), свернувшийся гемоторакс – 13,2% (14), внутригрудное кровотечение малой и умеренной интенсивности – 79,2% (84), субплевральная гематома – 18,9% (20), открытый перелом ребер – 52,8% (56), рана легкого – 39,6% (42), рана диафрагмы – 18,9% (20), рана перикарда – 11,2% (12), рана переднего средостения – 4,7% (5). Были выполнены следующие операции: удаление гемоторакса, санация и дренирование плевральной полости – 86,8% (92), пневмолиз – 7,5% (8), удаление гемоторакса, санация и дренирование плевральной полости – 5,7% (6), остановка кровотечения из сосудов грудной стенки – 29,2% (31), ТС ревизия гематомы, гемостаз – 18,9% (20), ПХО открытого перелома ребра – 52,8% (56), ТС коагуляция ран легкого – 17,0% (18), конверсия ТС, шов ран легкого (миниторакотомия) – 13,2% (14), шов легкого (интракорпоральный) – 9,4% (10), шов диафрагмы (интракорпоральный) – 6,6% (7), конверсия ТС лапаротомия, шов диафрагмы – 12,3% (13), ТС ревизия перикарда – 2,8% (3), конверсия ТС, торакотомия, ушивание ранения сердца – 2,8% (3), конверсия ТС, торакотомия, ревизия перикарда – 5,6% (6), ТС ревизия, гемостаз – 3,8% (4), конверсия



ТС, торакотомия, ревизия гематомы средостения – 0,9% (1). У большинства пациентов послеоперационный период протекал гладко. Средняя длительность искусственной вентиляции легких составила $2,4 \pm 0,2$ часа. Время удаления дренажей варьировало от 2 до 5 суток, в среднем $2,6 \pm 0,4$ суток. Сроки стационарного лечения составили от 5 до 23 суток, в среднем $10,2 \pm 2,4$ суток.

Выводы. У пациентов с ПРГ ТС является клинически эффективной и позволяет воздержаться от торакотомии. Эвакуированный большой ГТ без продолжающегося ВПК не является противопоказанием для ТС. ТС у пострадавших с ПРГ позволяет оценивать тяжесть внутригрудных повреждений, планировать хирургическую тактику, выполнять экстренные торакотомии по абсолютным показаниям, избежать «диагностических» торакотомий.

740. ЛАПАРОЛИФТИНГ У ПАЦИЕНТОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФОНОМ

*Абрамянц М.Х.(1), Дегтярев О.Л.(1),
Джинибалаева О.И.(2)*

Ростов-на-Дону

1) РосГМУ, 2) МЛПУЗ КДЦ «Здоровье»

Цель исследования – повышение эффективности лапароскопических операций путем объективизации выбора метода вмешательства – лапароскопия в условиях карбоксиперитонеума (КП) или лапаролифтинга (ЛФ).

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное, когортное исследование у 269 пациентов. Для определения влияния повышенного ВБД на функции сердечно-сосудистой системы (ССС) у пациентов 1 группы интраоперационно в условиях КП, у пациентов 2 группы амбулаторно при псевдоабдоминальной компрессии (ПАК) и выполнялась ЭхоКГ. У пациентов 1 группы интраоперационно, по данным мониторинга параметров респираторной поддержки и утилизации CO₂, определяли аналог основного показателя дыхательной системы (ДС) – ЖЕЛ (л) при НКП 12-14 мм рт. ст. У пациентов 2 группы компьютерным спирографом «СМП 21/01 Р-Д» в покое и в условиях ПАК исследовали основные показатели внешнего дыхания (ВД). Проведен статистический анализ гипотез.

Результаты. Распространенность исследуемых факторов варьировалась от 94,6% до 99,5%, заболевания ССС встречались у 63,5%-77,4% пациентов, ДС у 4,1%-4,6%. ПАК способствовала увеличению числа пациентов с умеренным снижением

показателей деятельности сердца до 52,7% во 2 группе, в 1 группе – 12,8%. ПАК вызывала умеренное снижение показателей ДС у 58,1% пациентов группы 2, тогда как при КП снижение показателей ДС установлено у 18,5%, при ПАК количество пациентов без снижения показателей ДС уменьшается вдвое, соответственно в группе 1 – 81,5%, во 2 группе 40,5%. У 40,0% (78 из 195) пациентов 1 группы, перенесших ЛХЭ в условиях КП, повышенное ВБД вызвало снижение основных показателей деятельности ССС и ДС. Негативные изменения функций ССС и ДС в условиях повышенного ВБД варьировали от легкого снижения функций сердца у 16,9% (33 из 195) до умеренного снижения функций сердца и внешнего дыхания у 8,2% (16 из 195). При повышении ВБД у 35,1% (26 из 74) пациентов 2 группы не было снижения показателей деятельности ССС и ДС, соответственно неудовлетворительные компенсационные кардиореспираторные реакции установлены у 64,9% (48 из 74) пациентов.

Заключение. Факторами риска снижения основных показателей ССС и ДС в условиях повышенного ВБД являются установленные заболевания ССС и ДС, ИМТ более 30 кг/м², общая оценка SAPS более 4 баллов, возраст старше 65 лет, общая длительности оперативного вмешательства более 40 минут.

Вывод. Большинство (54,1%) пациентов с показаниями для плановой ЛХЭ имеют риски кардиореспираторных осложнений в периоперационном периоде, в связи с чем, амбулаторно необходимо проведение функционального исследования ССС и ДС, в том числе с применением «нагрузочных проб». Результаты функциональных методов исследования необходимо учитывать при использовании КП либо ЛФ.

741. ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ УШИБА ЛЕГКОГО У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Чубарян К.А., Саркисян В.А., Андреев Е.В.

Ростов-на-Дону

МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону»

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности методов диагностики ушибов легочной ткани у пострадавших с сочетанной травмой. **Материалы и методы.** Выполнен анализ результатов обследования и лечения пострадавших с сочетанной травмой, пролеченных в условиях отделения травматологии №2 МБУЗ Городская БСМП г.



Ростова-на-Дону за 2014-2016 г.г.

Результаты: Большинство пострадавших с сочетанной травмой (74%), обратилось в стационар в первые 1-2 часа с момента получения повреждений. Закрытая травма грудной клетки встречалась у 39% пострадавших с сочетанной травмой. Основным методом инструментальной диагностики пострадавших с травмами грудной клетки (до 98%) являлась обзорная рентгенография грудной клетки, сочетающаяся с рентгенографией ребер в косых проекциях. Ушиб легкого при этом методе обследования выявлен у 3% пострадавших. Данный факт связан с тем, что формирование плотного легочного инфильтрата, дающего рентгенологическую картину затемнения легочного поля (свойственную для ушиба легкого), происходит по прошествии 12-24 часов с момента травмы. Кроме того очаги ушиба легкого невозможно верифицировать при стандартной рентгенографии грудной клетки в случаях наличия у больного гидроторакса, множественных переломов ребер со смещением, обширной подкожной эмфиземы, локализации очагов ушибов в прикорневых и базальных отделах легких. Спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки применялась у всех пострадавших с сочетанной травмой, состояние которых при поступлении расценивалось как тяжелое и крайне тяжелое, что составило 24% от общего количества пострадавших. Также СКТ органов грудной клетки выполнено всем пострадавшим с травмами грудной клетки, у которых тяжесть клинических проявлений дыхательной недостаточности (прогрессирование одышки, тахипноэ, появление кровохарканья, снижение сатурации кислорода) не соответствует тяжести выявленных повреждений при рентгенологическом обследовании. По данным СКТ исследования частота выявления ушибов легких у больных с травмами грудной клетки на фоне сочетанной травмы составила до 65% от общего количества обследованных. При этом у 8 % пострадавших ушибы легких выявлялись при отсутствии нарушения целостности костного каркаса грудной клетки, т.е. при отсутствии болевого синдрома. Выявление ушиба легких при первичном обследовании у пострадавших с сочетанной травмой позволило расширить показания для лечения пострадавших в условиях реанимационного отделения, обеспечить адекватную кислородную поддержку и своевременный перевод на искусственную вентиляцию легких, подобрать оптимальную антибактериальную терапию, характеризующуюся широким спектром действия, с обязательным включением респираторных фторхинолонов. Помимо этого, важное значение имеет проведение санационной фибробронхоскопии в течение первых 12 часов с момента поступления, основанием для которого является своевременная

диагностика ушиба легких. При анализе результатов лечения пострадавших с травмами грудной клетки на фоне сочетанной травмы установлено, что ранняя диагностика и начало лечения ушибов легких позволили сократить развитие осложнений, таких как респираторный дистресс синдром на 14%, посттравматических пневмоний на 12%, гнойно-воспалительных осложнений (абсцесс легкого, эмпиема плевры и т.д.) на 5%. Выводы. Всем пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой в обязательном порядке должна осуществляться спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, позволяющая осуществить раннюю диагностику ушибов легочной ткани, что в свою очередь дает возможность осуществить более широкий и целенаправленный комплекс лечебных мероприятий, снизить процент возникающих осложнений.

742. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ярцев П.А., Резницкий П.А.

Москва

- 1) НИИ СП им. Н.В. Склифосовского,
- 2) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Заболеваемость дивертикулярной болезнью ободочной кишки достигает 50-60% среди населения старше 70 лет, частота развития воспалительных осложнений – 15-20%, а летальность – 5-7%, что делает дивертикулез важной социально-экономической проблемой современности. **Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки на основе внедрения в клиническую практику современного алгоритма лечения.

Материалы и методы. 150 пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки проходили лечение в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2011 г. по 2016 г. Больные разделены на две группы: основную (79 пациентов) и группу сравнения (71 пациент). Основную группу составили пациенты, которым проводилось лечение в соответствии с разработанным лечебно-диагностическим алгоритмом. Группа сравнения составлена на основе ретроспективного анализа, где отсутствовал стандартизированный алгоритм диагностики и лечения. После проведения физикального обследования,



рентгенологического и ультразвукового исследования брюшной полости, клинического анализа крови и мочи в основной группе формулировался диагноз и определялась тактика лечения в соответствии с классификацией дивертикулярной болезни Schreyer-Layer, 2015 г. включающей 5 типов течения дивертикулита: тип 0 – бессимптомный дивертикулит, тип 1 – острый дивертикулит (1a, 1b – без и с инфильтративными изменениями околокишечной клетчатки), тип 2 – острый дивертикулит, осложненный перфорацией дивертикула (2a – формирование абсцесса околокишечной клетчатки или брыжейки ≤ 1 см в диаметре, 2b – формирование абсцесса > 1 см, 2c1 – развитие гнойного перитонита, 2c2 – развитие калового перитонита), тип 3 – хронический дивертикулит, тип 4 – кишечное кровотечение, дивертикулярного генеза. В основной группе обязательным компонентом консервативного лечения явился пероральный прием препаратов Салофальк и Альфа Нормикс, введение микроклизм Салофальк. После выписки проводился анализ отдаленных результатов лечения. **Результаты.** В основной группе 53,2% пациентов с типом осложнений 1b, 1,3% пациентов 2a и 1,3% с 2b стадией было проведено консервативное лечение, включающее терапию без (84%) и с применением (16%) внутривенных антибиотиков. В группе сравнения консервативное лечение проведено у 59,2% пациентов (91% с околокишечными инфильтратами, 9% - с абсцессами брюшной полости). Чрескожное дренирование абсцессов брюшной полости под УЗ-наведением в основной группе было выполнено у пациентов с типом осложнений 2b (17,7%), в группе сравнения – у 2,8% пациентов. 26,6% пациентов основной группы были оперированы: 76,2% - с применением лапароскопических технологий (лапароскопический лаваж – 66,7%, лапароскопическое выведение петли ободочной кишки на брюшную стенку – 4,8%, лапароскопическая обструктивная резекция сигмовидной кишки – 4,8%), 23,8% пациентов была выполнена лапаротомия (60% - операция типа Гартмана). 19% пациентов было выполнено интраоперационное УЗИ ободочной кишки, позволившее определить оптимальные границы резекции кишки. У 81% пациентов интраоперационная верификация диагноза дополнена интраоперационной колоноскопией. В группе сравнения были оперированы 38% пациентов (74% - лапаротомия, операция типа Гартмана; 11% - диагностическая лапаротомия; 7,4% - лапаротомия, выведение петли толстой кишки на брюшную стенку; 7,4% - лапароскопический лаваж брюшной полости). Послеоперационные осложнения в основной группе развились в 19,1% случаев, в группе сравнения – в 48,2%. Летальность в основной группе составила 1,3%, в группе сравнения – 7%. Средний койко-день, проведенный па-

циентами основной группы в стационаре составил $11,1 \pm 4,1$, в группе сравнения – $16,6 \pm 8,6$. При анализе отдаленных результатов рецидив заболевания в основной группе составил 9%, в группе сравнения – 38%.

Заключение. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет сократить частоту рецидивов заболевания, общий койко-день стационарного лечения пациентов, уменьшить частоту развития послеоперационных осложнений и снизить уровень послеоперационной летальности, за счет внедрения миниинвазивных и лапароскопических технологий.

743. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

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

Москва

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

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) - наиболее распространенная причина госпитализаций и смертности во всем мире, с сохраняющейся высокой летальностью 5-14%. Комбинированная эндоскопическая остановка кровотечений является высокоэффективной, а успех первичного гемостаза варьирует в пределах 85-95%. В последние годы арсенал эндоскопистов пополнился эффективными гемостатическими порошками (Hemospray, EndoClot). Гемостаз достигается за счет локальной активации тромбоцитов и образования устойчивого механического барьера, посредством впитывания жидкой части крови порошком с образованием геля. Основным их преимуществом является, отсутствие необходимости в точном нацеливании на источник кровотечения, охват большой площади поражений, простота выполнения и, наконец, отсутствие прямого контакта с кровоточащей поверхностью.

Цель. Оценить эффективность нетоксичного гемостатического порошка, состоящего из рассасывающихся полимерных частиц у больных с ГДК. **Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения с помощью гемостатической системы EndoClot у 23 пациентов в возрасте 22-81 года с кровотечениями из верхнего отдела пищеварительного тракта. У 2 пациентов кровотечение раз-



вилось на фоне распадающихся злокачественных опухолей желудка; у 1 – из язвы гастроэнтероанастомоза, Forrest 1a; у 1 – из острых эрозий на фоне длительного приема алкоголя; у 1 пациента из множественных ангиэктазий желудка (болезнь Ослера-Вебера-Рандю); у 5 – из множественных дефектов слизистой оболочки пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; 6-кровоотечение возникло из язв двенадцатиперстной кишки, J.Forest Ib, в одном случае из которых EndoClot применен во время третьего рецидива кровоотечения; у 2 – из язв желудка (J. Forest IIa и IIb); у 3 больных источником кровоотечения послужил синдром Меллори-Вейса; у 2 - кровоотечение из поверхностных дефектов слизистой оболочки желудка при портальной гипертензивной гастропатии тяжелой степени.

Результаты и обсуждение. Из 23 пациентов первичный гемостаз посредством применения EndoClot достигнут у 21 (91.3%). У 14 пациентов EndoClot использован в качестве монотерапии. В пяти случаях нанесению полисахаридного порошка предшествовала инъекция подслизистого слоя раствором адреналина. В 2 случаях EndoClot нанесен после комбинации инъекции адреналина с клипированием. У 1 пациентки с кровоотечением 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, кровоотечение остановлено путем наложения 6 эндоскопических клипс фирмы «Olympus». Еще у одной пациентки с продолжающимся струйным кровоотечением из язвы гастроэнтероанастомоза не удалось остановить кровоотечение путем нанесения гемостатической пудры, последующая инфильтрация краев дефекта раствором адреналина и диатермокоагуляция тоже не принесло успеха, кровоотечение остановлено клипированием сосуда клипсами фирмы «Olympus». Два пациента с острой язвой двенадцатиперстной кишки и остановленным кровоотечением умерли на 2 и 3 сутки от прогрессирования сопутствующих заболеваний. Отмечен один рецидив кровоотечения (4.35%) у больной с эрозивным рефлюкс-эзофагитом. Побочных эффектов не отмечено.

Заключение. EndoClot является новым, потенциально эффективным методом достижения эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровоотечениях, рефрактерных к стандартным эндоскопическим методам и может использоваться как самостоятельный метод, так и как дополнение к другим методам гемостаза. Рандомизированные контролируемые исследования по этой проблеме, как было описано выше, к сожалению, отсутствуют, что делает данную тему открытой и требует проведения дальнейших работ по ее изучению.

744. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

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

Москва

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

Введение. Болезнь Ослера-Вебера-Рандю - наследственное заболевание, характеризующееся появлением множественных телеангиэктазий на коже, слизистых, серозных оболочках, образованием аневризм и артериовенозных шунтов во внутренних органах, клинически проявляющееся рецидивирующими кровоотечениями. В 90% случаев заболевание проявляется рецидивирующими носовыми кровоотечениями и появлениями телеангиэктазий на коже. Артериовенозные мальформации головного мозга и легких встречаются в 10%-20% и 50% соответственно. Болезнь наследуется по аутосомно-доминантному типу. В лечении кровоотечения из сосудистых мальформаций пищеварительного тракта с 1950-х годов использовали гормональную терапию. В последующем Junquera F. и соавт. доказали отсутствие ее эффективности. В связи с этим эндоскопия остается перспективным направлением в лечении таких кровоотечений в большинстве клиник, что требует поиска более эффективных способов эндоскопического гемостаза. Клиническое наблюдение. 11.01.2017 года пациент Ш., 69 лет поступил ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» г Москва с клинической картиной желудочно-кишечного кровоотечения, с уровнем гемоглобина 52 г/л. Из анамнеза: с детства пациент отмечает бледность кожных покровов и рецидивирующие носовые кровоотечения. 1983 г.- первый эпизод желудочного кровоотечения из множественных ангиэктазий, купированный консервативно. В последующем и до настоящего времени отмечены 5 эпизодов кровоотечений из ангиэктазий желудка, 4 из которых пролечены консервативно, в 1 случае прибегали к использованию аргоноплазменной коагуляции. Известно, что мать и дядя (по материнской линии) больного умерли от инсульта головного мозга в возрасте 46 и 34 лет. В 1993 году пациенту выставлен диагноз - болезнь Ослера-Вебера-Рандю. 11.07.2016 года больному выполнена эзофагогастродуоденоскопия, выявлены множественные ангиэктазии желудка и двенадцатиперстной



кишки. Из ангиэктазий желудка отмечено диффузное поступление крови. На поверхность сосудистых поражений нанесен порошок «EndoClot», кровотечение остановлено. Больному проведена инфузионная, гемостатическая, антисекреторная терапия. При контрольной эзофагогастродуоденоскопии от 18.01.2016 года признаков рецидива кровотечения не отмечено. Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Обсуждение. Takahiro Sato и соавт. в 2011 году описали успешное эндоскопическое лечение рецидивирующего кровотечения из ангиэктазий желудка, посредством применения эндоскопического лигирующего устройства. Многократные попытки применения аргоноплазменной коагуляции приводили к частым рецидивам. Рецидива кровотечения после лигирования не отмечено. Рефрактерность к аргоноплазменной коагуляции и высокая эффективность эндоскопического лигирования объясняется авторами локализацией ангиэктазии в слизистой оболочке и подслизистом слое желудочной стенки. В последние годы арсенал эндоскопистов пополнился эффективными гемостатическими порошками (Hemospray, 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.

Заключение. Болезнь Ослера-Вебера-Рандю - редкое наследственное заболевание, одним из проявлений которого является рецидивирующее кровотечение в пищеварительный тракт. Используемые в настоящее время лекарственные препараты обладают невысокой эффективностью в лечении таких кровотечений, в связи с чем эндоскопия остается золотым диагностическим и лечебным стандартом в большинстве клиник, а гемостатическая система «EndoClot» является новым, потенциально эффективным методом достижения эндоскопического гемостаза.

745. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РЕЛАПАРОТОМИЙ У ПОЖИЛЫХ

Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Рабаданова С.Р., Сафаров Р.С.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Введение. Послеоперационные осложнения – это новое патологическое состояние, нехарактерное для нормального течения послеоперационного периода. Летальность при этом возрастает пропорционально степени тяжести осложнения и колеблется от 28 до 62%, в отдельных случаях достигая до 90%. Цель нашей работы: анализ и оценка диагностических трудностей и лечебной тактики повторных лапаротомий у пожилых.

Материал и методика. После 4604 лапаротомий мы зафиксировали 255 (2.35%) осложнений, в том числе 109 тяжелых внутрибрюшинных. Причиной 87 из них была гнойная инфекция, вызвавшая общие (64) и местные (23) перитониты, потребовавших релапаротомии. Из общих: у 34 пациентов перитониты были продолжающиеся, вялотекущие с эвентрацией в 9 случаях, у 17 причина в несостоятельности швов. У 4 перитониты были панкреатогенные, еще у 3 – перфорация полых органов, а у 6 больных источник не удалось выявить, Из 23 местных перитонитов: 10 поддиафрагмальных абсцессов, 5 - подпеченочные гнойники, 7- межпечельные абсцессы, 1-инфицирование остаточной полости печени после эхинококкэктомии. Мужчин было 47, женщин 28, в возрасте от 61 до 87 лет.

Результаты. Диагностика послеоперационных абдоминальных осложнений в подавляющем большинстве случаев основывалась на внимательном динамичном наблюдении и общеклиническом обследовании больных. В раннем выявлении неблагоприятия в брюшной полости существенно помогли результаты инструментальных и лабораторных данных. По-прежнему незаменимы методы физикального обследования живота и грудной клетки. Раннему выявлению несостоятельности швов способствовало адекватное дренирование брюшной полости в конце операции, особенно при сомнениях их надежности. Увеличение количества и особенно изменение характера (гнойное, каловое, кишечное) отделяемого из дренажей, подтверждало факт катастрофы в брюшной полости. Таковое отмечено у 12 наших пациентов в различные сроки после операции. Ререлапаротомия. Несмотря на интенсивную терапию с гемо- и плазмотрансфузией, эффективного дренирования



брюшной полости, рациональную антибактериальную терапию, иммунокоррекции состояние 19 больных оставалось стабильно тяжелым. Наш анализ показал, что и в клинике, где опытные хирурги, возможность произвести в динамике все инструментальные и лабораторные исследования послеоперационные гнойные осложнения диагностируются непросто долго: релапаротомии на 8.4, а ререлапаротомии - на 12.6 сутки. Как после любого чревосечения и после релапаротомии терапия преследовала три цели: подавление инфекции, детоксикации организма, коррекция обменных нарушений. Заключение. Клиника послеоперационного перитонита во многих случаях не укладывалась в классические симптомы неблагополучия в брюшной полости. Тому несколько причин: наслоения симптомов осложнения на остаточные проявления операционной травмы, почтенный возраст и ареактивное состояние пациента, проводимая интенсивная терапия, где основное место занимают регулярно вводимые антибиотики, седативные и наркотические препараты. В нашем материале атипичные начала, и бессимптомное течение цветущего перитонита встретились в 1/3 больных. Крайне малоизучены вопросы психологии принятия решений в диагностических и лечебных аспектах послеоперационных перитонитов. И потому считаем вредным самоуспокоение хирурга, диагностировав у пациентов «парез кишечника», «послеоперационный панкреатит», «острая пневмония», при которых консервативная терапия дает лишь кажущийся эффект. На этом фоне затянувшаяся диагностика осложнений и запоздалые повторные чревосечения с каждым разом на несколько порядков увеличивала рост смертности наших пациентов. Так при лапаротомии она составила 1.9%, релапаротомии – 20%, ререлапаротомии – 63.6%. Выводы: 1. В диагностике абдоминальных гнойных осложнений не потеряли свои значения динамические наблюдения и физикальные методы исследования. 2. Из инструментальных методов в большинстве случаев достаточны УЗИ и рентгеноскопия. 3. Послеоперационные перитониты даже в клинике диагностируются на 8-12 сутки. 4. После каждой следующей операции на порядок возрастает летальность больных.

746. ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПСИСОМ

Сафаров С.Ю., Алиев М.А., Рабаданова С.Р., Магомедов М.С, Османов Р.С., Сафаров Р.С.

Махачкала
Дагестанский государственный
медицинский университет,
городская клиническая больница № 1

Введение. По статистике у больных сахарным диабетом (СД) синдром диабетической стопы (СДС) развивается в 35-70% случаях. В Европе при этом ноги теряют в 8% случаев, тогда как в РФ - более 50%. Причин такой печальной статистики несколько: каждый второй российский диабетик лечение начинает позднее возможного, больным недоступно качественные лекарственные препараты. На Западе давно отлажена система ангиопластики, введения стентов, сосудистых баллонов с лекарственными покрытиями и при необходимости массово проводят гибридные операции на сосудах. Что для них обыденность, для россиян – «высокотехнологичная помощь», оказываемая лишь в крупных центрах. Лечение невероятно усложняется при осложнении СДС сепсисом, который сам по себе дает летальность в 60%, а септический шок - 90%.

Цель исследования – показать сложность диагностики, трудность терапии диабетической стопы, сочетающаяся септическим осложнением.

Материал и методика. В Республиканский центр Хирургической инфекции в период 2010-2016 гг. поступили 1402 больных СДС. Из них у 79 выявлена клиника сепсиса с бактериологическим подтверждением у 35 (44.3%). Больные были поделены на 2 группы: первая- 670 пациентов, страдавшие диабетической стопой без острой хирургической патологии (плантарная язва, инфицированная рана), и вторая -732 (52.2%) больных - с острой хирургической патологией (флегмона стопы, остеомиелит, гангрена), требовавшей активной хирургической тактики. Первая группа ограничилась консервативной терапией, во второй 219 пациентам произведены высокие, 513 – малые ампутации нижних конечностей. В первой группе при сахаре в крови 6-11 выявлены 21 случай сепсиса, во второй- при 17-25 ммоль/л. сепсис зарегистрирован у 58 диабетиков. Почти всем больным, которым предстояли ампутации для диагностики уровня, характера окклюзионных поражений и нарушения микроциркуляции использовали УЗДГ и рентгеноконтрастная ангиография дистальных отделов артериального русла голени и стопы. Результаты исследований. Больные первой группы получали



терапию сахароснижающую, рациональную антибактериальную, сосудистую (актовегин, вазопростан) дезинтоксикационную с учетом степени эндотоксикоза и местную терапию язв, инфицированных ран с применением интерактивных перевязочных средств. Если в первой группе сопутствующие заболевания в среднем исчислялись 2-3, то во второй они доходили до 5-7, причем с поражением основных систем жизнеобеспечения: ЦНС, кровообращения, дыхания, печеночно-почечной недостаточностью и т.д. Неизменные спутники СДС нейропатия, системная и тканевая ишемия, иммунодефицит, язвенные дефекты мягких тканей предрасполагали быстрое проникновение и развития инфекционного процесса на стопе с последующим выходом инфекта в циркулирующую кровь и возникновение сепсиса. Все это требовало участия в судьбе этих больных эндокринолога для определения тактики инсулинотерапии, невропатолога, определявший степень и уровень дезиннервации и медикаментозную коррекцию нарушений. Роль ангиохирурга сводилась в определении степени и уровня поражения артерий конечности, хирурга- в реализации комплексной программы консервативного и оперативного лечения. У 28 больных со стажем диабета 15-20 лет, особенно после ампутации конечности, не проявлялась яркая картина сепсиса (температура до 40 град. с лихорадкой, липкий пот, СОЭ до 59-60 мм/ч и т.д.). Чаще всего такие пациенты жаловались на недомогание, слабость, потеря аппетита, иногда профузный понос, у части из них возникали психические нарушения от полной апатии до психозов и беспричинной эйфории. Умерло 33: у 16 в послеоперационном периоде развился септический шок с падением АД до критического, с частым слабым аритмичным пульсом, одышкой до 40 в мин, с олиго-анурией у 11 больных. Еще у 7 больных сепсис осложнился пневмонией, у 6- прогрессирующим интоксикация и у 4- печеночно-почечной недостаточностью. Интенсивная терапия: вазопрессоры, ИВЛ, мощные антибиотики. детоксикационная, иммунокорректирующая терапии оказались бессильны.

Заключение. СДС с присоединением сепсиса на порядок увеличивает летальность. Необходимо усилить профилактику сепсиса, путем полноценной первичной хирургической обработки ран своевременным вскрытием, санированием дренированием местных гнойных очагов.

747. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРА И ЭКСТРАВЕНОЗНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА (ОПЫТ 30 ЛЕТ) ПРИ ЭМБОЛОГЕННЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗАХ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Гордеев Н.А., Мясникова М.О.

Санкт-Петербург

ПСПбГМУ им.Павлова, кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной ангиологии и хирургии являются тромбозы глубоких вен системы нижней полой вены (НПВ). Каждый больной, страдающий этим заболеванием, входит в группу риска внезапной смерти из-за высокой вероятности развития ТЭЛА. Часто причиной фатального исхода при этом являются несвоевременные или неадекватные действия как самих пациентов, так и лечащих врачей. Прогнозировать вероятность миграции тромба при поражении магистральных притоков в системе НПВ на основании только клинических данных практически невозможно. Все пациенты с данной патологией нуждаются в срочном проведении исследований, позволяющих объективно подтвердить этот диагноз. Это УЗДГ (дуплексное или триплексное сканирование), КТ, МРТ, флебография и т.д. При выявлении эмбологенного характера тромба, особенно в глубоких венах крупного калибра и у пациентов, уже перенесших эпизоды ТЭЛА, для профилактики легочной эмболии наряду с известными методами консервативного лечения должны включаться и хирургические методы, одним из которых является каваклипирование.

Материал и методы. Подведен итог сравнительной эффективности имплантации механических устройств для профилактики миграции эмболоопасных флолирующих тромбов в системе НПВ за последние 30 лет, выполненных на кафедре факультетской хирургии ПСПбГМУ им.Павлова. Клиника располагает опытом установки 130 каваклипов разных конструкций (Mobbin – Udin, Grienfield, «Фирх», «Волан», «Песочные часы», конструкция Баллюзек-Гордеев) и 1050 каваклипс конструкции Гордеев-Баллюзек, Гордеев Н.А., В.М.Седов – Б.И. Фуревич. Каваклипсы были установлены по показаниям от уровня супраренального отдела 8 пациентам, на подвздошно-бедренный сегмент -12 пациентам и на инфраренальный отдел НПВ -1030 больным.

Обсуждение. Отмечено, что результаты каваклипирования существенно отличается в лучшую сто-



рону по сравнению с применением кавафильтров разных конструкций. Так, тромбоз НПВ в зоне кавафилтра выявлен у 11 пациентов в отдаленные сроки наблюдения до 30 лет, несмотря на адекватную медикаментозную поддержку в послеоперационном периоде. Рецидивы ТЭЛА (мелких ветвей) с развитием хронической легочной гипертензии разной степени выявлены у 9 пациентов; Тромбозы НПВ в зоне кавафилтра у 12 больных с развитием синдрома нижней полой вены, ХВН II-III ст; паравенозные гематомы у 5 и дислокация устройства у 2-х наблюдаемых пациентов. После установки каваклипсы удалось избежать всех этих осложнений, характерных для кавафильтров, отмечены лишь забрюшинные гематомы у 2-х пациентов и развитие ХВН II ст. у 5 больных, у которых не выполнялась тромбэктомия. Наилучший отдаленный результат лечения получен нами при сочетании каваклипирования с тромбэктомией флотирующей части тромба у 308 наблюдаемых пациентов.

Выводы: 1. Хирургический метод профилактики ТЭЛА при жизнеугрожающих формах флеботромбоза в системе НПВ является эффективным и вполне осуществимым способом предупреждения летальных форм ТЭЛА. 2. В отличие от кавафильтров разных конструкций, каваклипсы, разработанные в клинике факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова лишены опасности специфических для кавафильтров осложнений и даже в отдаленном периоде до 30 лет не являются источником опасных последствий. 3. При выполнении каваклипирования возможен интраоперационный визуальный контроль расположения тромба в НПВ и ее притоках, что позволяет выбрать оптимальный уровень установки клипсы, а также уточнить возможность тромбэктомии из магистральных вен и выполнить ее. 4. Сочетание тромбэктомии флотирующей части тромба из системы НПВ с каваклипированием дает наилучший отдаленный результат в лечении этой жизнеопасной категории больных. 5. Госпитализация пациентов с эмболоопасными формами флеботромбоза в системе НПВ в специализированные ангиохирургические центры и обеспечение таких клиник необходимой диагностической аппаратурой, квалифицированными кадрами и обучение хирургов методам хирургической профилактики ТЭЛА и тромбэктомии из венозных магистралей является главным условием эффективности мер по снижению летальности от ТЭЛА и развития ХВН и легочно-сердечной недостаточности.

748. ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ БАНДАЖИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Брехов Е.И., Калинин В.В., Муршудли Р.Ч., Сычев А.В.

Москва

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Кафедра хирургии с курсом эндоскопии

Хронические заболевания вен нижних конечностей (ХЗВНК) является одной из наиболее распространенных проблем в хирургической практике, в возникновении и прогрессировании которой участвует комплекс патогенетических механизмов, одно из ведущих мест среди которых занимает нарушение венозного возврата, обусловленное избыточной массой тела. Цель исследования: Изучить характер и динамику течения хронической венозной недостаточности (ХВН) у пациентов, перенесших лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка. Материалы и методы: Обследовано 52 больных в возрасте 33-46 года, перенесших лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка с индексом массы тела (ИМТ) > 35 и имеющимися на дооперационном этапе клиническими проявлениями ХВН 1-5 клинического класса по CEAP и такими жалобами, как ноющая боль, чувство тяжести, ощущение отека, судороги, зуд кожи, покалывание и повышенную усталость нижних конечностей. Выраженность симптомов и их частота возрастали по мере увеличения клинического класса по CEAP. Результаты: Одним из ведущих патогенетических механизмов развития венозной недостаточности при ХЗВ является избыточная масса тела, обуславливающая как развитие метаболических нарушений, так и гиподинамию. Величина венозного давления в нижних конечностях зависит от гидростатического компонента, обусловленного высотой столба крови до правого предсердия, и гидродинамической составляющей, связанной с сокращением скелетных мышц и давлением в капиллярном ложе. В неподвижном ортостазе, в отсутствие активных сокращений икроножных мышц, давление в венах нижних конечностей, определяемое гидростатическим компонентом и капиллярным кровотоком, колеблется от 80 до 90 мм рт.ст. Деградация протеинов, формирующих внеклеточный матрикс, происходит в результате воздействия протеолитических ферментов, синтезируемых эндотелиоцитами и макрофагами. Это сериновые протеиназы



и матриксные металлопротеиназы (MMPs), которые первоначально выделяются в неактивной форме. Их активация происходит в результате взаимодействия с другими энзимами, которые в свою очередь синтезируют тучные клетки — мастоциты. Активность MMPs регулируется их специфическими ингибиторами — TIMPs. Интересно, что в стенке варикозных вен отношение TIMP-1 к MMP-2 и TIMP-2 к MMP-2 составляет 3,6 и 2,1 соответственно. Такое соотношение создает условия для увеличения количества внеклеточного матрикса в варикозных венах. Кроме того, в стенке варикозных вен обнаруживают увеличение уровня цитокинов, в частности, трансформирующего фактора роста b1 (TGF-b1) и фактора роста фибробластов (FGF-b, основной фактор роста фибробластов). TGF-b1 стимулирует синтез коллагена, эластина и TIMPs. TGF-b в свою очередь активирует хемотаксис и митотическую активность гладкомышечных клеток. Снижение массы тела у пациентов, перенесших бандажирование желудка в первый год приводит к клинически значимому уменьшению ИМТ. В группе обследованных пациентов снижение ИМТ составило 10-14 кг/м² за год наблюдений. Отмечено уменьшение количества и интенсивности жалоб, обусловленных ХВН и клинических проявлений ХЗВ, таких, как отёк, боли в конечностях, судороги, зуд, шелушение кожи, гиперпигментация. Выводы: Благодаря снижению индекса массы тела у пациентов в результате выполненного лапароскопического регулируемого бандажирования желудка при нормализации ИМТ и устранения ожирения, одного из ведущих этиопатогенетических факторов, происходит клинически значимое уменьшение проявлений хронического заболевания вен (ХЗВ) со снижением клинического класса по CEAP и уменьшением жалоб и качества жизни пациента.

749. ВЛИЯНИЕ ПРЕВЕНТИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю.

Курск

ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет

Цель исследования: изучить влияние первичного закрытия лапаротомной раны полипропиленовой сеткой на качество жизни больных, перенесших

распространенный перитонит. Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования и лечения 120 больных с распространенным гнойным перитонитом. Мужчин было 71, женщин - 49. Возраст больных колебался от 28 до 87 лет. Больные были разделены на две статистически однородные группы по 60 человек в каждой. В первой группе использовалась традиционная технология программированных санаций брюшной полости, а закрытие лапаротомы после купирования явлений перитонита производили путем послойного ушивания раны передней брюшной стенки. Во второй группе накладывалась лапаротомы по разработанному нами способу (патент РФ на изобретение №2373869 от 27.11.09), а закрытие лапаротомической раны выполняли путем эндопротезирования передней брюшной стенки с использованием сетчатого полипропиленового эндопротеза. В отдаленном периоде изучали качество жизни больных путем анкетирования через 4-6 мес. после выписки из стационара с помощью опросника MOS SF-36. Результаты исследования. Хирургическое лечение проводилось у больных с распространенным гнойным перитонитом с признаками тяжелого абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности. Среднее количество программированных санаций брюшной полости в первой группе составило 3,4, а в основной – 2,9. После операции в первой группе умерло 24(40%) больных, а во второй 19(31,7%). Отдаленные результаты лечения были изучены у 60 пациентов по 30 в каждой группе. При изучении качества жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде отмечалось снижение показателей как физического, так и психического компонентов здоровья по сравнению со здоровой популяцией. При сравнении исследуемых групп установлено, что интегральный показатель физического компонента здоровья у пациентов второй группы был в 1,3 раза выше ($p>0,05$), чем в первой группе. Количество отличных результатов у больных второй группы было на 11,1%, хороших - на 18,9% выше, а удовлетворительных - на 11,7%, неудовлетворительных – на 18,3 % ниже, чем в первой группе. Следует отметить, что у 30(50%) пациентов первой группы в отдаленном периоде отмечено формирование послеоперационной вентральной грыжи, в то время как во второй группе этого осложнения не наблюдалось.

Обсуждение: превентивное эндопротезирование лапаротомной раны позволяет избежать развития послеоперационных грыж, уменьшить клинические проявления спаечной болезни.

Выводы: закрытие лапаротомной раны у больных с распространённым перитонитом полипропиленовой сеткой позволяет улучшить качество жизни пациентов.



Рекомендации: превентивное эндопротезирование может применяться в условиях работы общехирургических стационаров центральных районных, городских и областных больниц.

750. РОЛЬ ПРЕДИКТОРОВ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Брехов Е.И., Калинин В.В., Шулешова А.Г., Сычев А.В., Коробов М.В.

Москва

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Кафедра хирургии с курсом эндоскопии

У каждого четвертого пациента с диагнозом острый панкреатит заболевание обретает тяжелую форму, ведущую к осложнениям, а одного к гибели с вероятностью 1:3. За последние пять лет в нашей клинике находилось на лечении 392 больных с деструктивными формами острого панкреатита. Возраст пациентов 20-86 лет. Женщин-143, мужчин-249. Разделение по этиологическим факторам: билиарный-203, алкогольный-189. Базисный лечебный комплекс данной категории больных проводился в ОРИТ и предусматривал интенсивную терапию, направленную на восстановление объема циркулирующей крови, регидратацию, и гемореокоррекцию, купирование дисэлектrolитемий и нарушений кислотно-щелочного состояния, поддержание оптимального уровня доставки кислорода в организме больного кардиотонизирующей и респираторной терапией, экстракорпоральную детоксикацию, блокаду секреторной функции поджелудочной железы и медиатоза. В отношении принципов дифференцированного хирургического лечения панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений имелись определенные различия. Они касались оптимальных сроков оперативного вмешательства, доступов, видов операций на поджелудочной железе и желчевыводящей системе, методов дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства. Виды и методы хирургического лечения варьировали, что определялось динамикой патоморфологического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости. Используемая в клинике диагностическая и лечебная тактика соответствует общепринятым современным стандартам. Однако детальный анализ лабораторных данных (включая динамику уровня

Д-димера) и дополнительных методов обследования, позволяет выявить предикторы массивного поражения ткани поджелудочной железы, осложнений острого панкреатита и соответственно действовать «на опережение» в выборе тактики комплексного хирургического лечения. Применение разработанных нами лечебно-диагностических критериев позволило снизить процент осложнений у данной группы пациентов с 31,2% до 12,5%.

751. ОБЩАЯ УМЕРЕННАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ХИРУРГИИ ТЯЖЕЛОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Магомедов А.Г., Абулхаликов А.С., Тучалова А.Т.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Цель исследования. Оценить эффективность общей умеренной гипотермии в хирургии тяжелого токсического зоба.

Материалы и методы. В отделении хирургической эндокринологии Дагестанской республиканской клинической больницы (1996-2016гг) проанализированы результаты хирургического лечения 1005 больных с токсическим зобом. Из них 7 особо сложным больным применена общая умеренная гипотермия, 4-м во время операции на щитовидной железе, 3 – в раннем послеоперационном периоде на 1-2 сутки, с целью предотвращения и купирования тиреотоксического криза. Это были больные в возрасте 30-67 лет (из них мужчин – 60%) с длительным тиреотоксикозом, которых традиционной (стандартной) терапией (тиреостатическая, β -блокаторы, дезинтоксикационная терапия и др.) не удалось оптимально подготовить к операции в виду сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, аллергических реакций на тиреостатики и тд. Гипотермию им проводили обкладывая пациента льдом, используя «кардиохирургический» гипотермический матрас, снижая температуру в пищеводе до 34°C под наркозом. После операции медленно согревали (8-12 ч.) на фоне продленной ИВЛ и детоксикационной терапии в реанимационном зале. Аналогичным образом гипотермия использована в раннем послеоперационном периоде ввиду развития тиреотоксического криза, с нарушением кровообращения, ЧСС 120-150 в минуту, температурой в пищеводе 39-39,5°C.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам выполнена тиреоидэктомия с минимальной кровопотерей, без осложнений в условиях устойчивого



кровообращения, сниженного основного обмена, в метаболически выгодных условиях. ЧСС 90-80-60 в минуту, ритм синусовый. Из гипотермии после операции и у которых она была использована в раннем послеоперационном периоде выводили медленно, на фоне детоксикационной терапии используя плазморефрез проведенный в объеме 400-600 мл. у 2 больных. Экстубировали, переводили на спонтанное дыхание при температуре в пищеводе 36,5 °С. В дальнейшем состояние больных не внушало опасений. После первичного заживления раны на 8-10 сутки выписывали больных под наблюдение эндокринолога на поддерживающей заместительной терапии.

Вывод. Общая умеренная гипотермия, использованная в комплексе лечения больных с тяжелым токсическим зобом позволяет выполнить операцию в метаболически выгодных условиях, минимизируя риск операции.

752. ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Магомедов А.Г., Абулхаликов А.С., Тучалова А.Т.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Цель исследования. Оценить эффективность электроимпульсной терапии (ЭИТ) в комплексном лечении больных токсическим зобом, осложненным мерцательной аритмией. **Материалы и методы.** В отделении хирургической эндокринологии Дагестанской республиканской клинической больницы (1996-2016гг) проанализированы результаты хирургического лечения 4920 больных зобом, из них 1005 - токсическим. У 45 больных с токсическим зобом сердечный ритм был нарушен в различной степени сложности, фибрилляция предсердий (ФП) тахисистолическая форма установлена в 30 случаях. Все больные с ФП были в возрасте от 45 до 65 лет, (женщин - 70%). В анамнезе – стенокардии не наблюдалось. При комплексной традиционной консервативной терапии (тиреостатическая, β-блокаторы, антиаритмическая терапия, детоксикационная и седативная и др.), хотя был достигнут медикаментозный эутиреоз, восстановить синусовый ритм не удалось. Сроки подготовки больных к оперативному вмешательству затягивались. Им всем проведена ЭИТ с целью восстановления синусового ритма. После восстановления ритма больных с фенилина, варфарина переводили на

гепарин и через 3-5 дней выполняли тиреоидэктомию.

Результаты и обсуждение. У 28 больных после ЭИТ был восстановлен синусовый, устойчивый ритм, 2 не удалось восстановить. Всем больным после восстановления свертывающей системы крови было выполнена тиреоидэктомия с минимальной кровопотерей в условиях устойчивого кровообращения. В послеоперационном периоде ритм не срывался, больные быстро поправлялись, самочувствие больных с восстановленным ритмом было лучше, они уже не ощущали перебои в работе сердца. С заместительной терапией и поддерживающей антиаритмической терапией больных выписывали после первичного заживления раны на 7-10 сутки под наблюдение эндокринолога и кардиолога с ЧСС 70-80 в минуту. **Выводы.** 1. У больных с тяжелым токсическим зобом, осложненным ФП, в состоянии медикаментозного эутиреоза удается восстановить синусовый ритм сердца после ЭИТ в 93% случаев. 2. Восстановление синусового ритма сердца ЭИТ у больных токсическим зобом позволяет проводить операцию в гемодинамически выгодных условиях без осложнений, минимизируя риск операции.

753. ЧАСТОТА РЕЦИДИВА УЗЛОВОГО ЗОБА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Тевяшов А.В., Кабанов Е.Н., Россошанская Е.И.

Ярославль

ЯГМУ

Актуальность. Отношение хирургов к объему оперативного вмешательства при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ) остается неоднозначным. Многие авторы склоняются в пользу органосохраняющих операций, стремясь обеспечить эутиреоидное состояние пациента в послеоперационном периоде. Тем не менее, частота рецидива после нерадикальных вмешательств остается высокой и напрямую связана с объемом выполненной операции.

Материалы и методы. Результаты хирургического лечения заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) были прослежены у 336 больных в сроки от года до пятнадцати лет после операции. Средний возраст пациентов составил $54,0 \pm 1,0$ год. Среди обследованных было 28 мужчин (8,3%), 308 женщин (91,7%). Гемитиреоидэктомия (ГТЭ) была выполнена 68 больным (20,2%), субтотальная резекция ЩЖ (СРЩЖ) – 70 (20,8%), предельно субтотальная резекция ЩЖ (ПСРЩЖ) в объеме удаления одной доли с резекцией или субтотальной резекцией



другой – 98 (29,2%), тиреоидэктомия (ТЭ) – 100 больным (29,8%). Показаниями к хирургическому лечению явились узловый коллоидный зоб (71,0%), аденомы ЩЖ (19,5%), смешанный токсический зоб (9,5%). Результаты. У больных, перенесших органосохраняющие операции (n=236), рецидив узлов в тиреоидном остатке был выявлен в 39,4% случаев (93 пациента). Формирование рецидива в основном происходило через 5-10 лет после операции. После ГТЭ частота рецидива составила 45,6%, после СРЩЖ – 58,6%, после ПСРЩЖ – 21,4%.

Обсуждение. Рецидив узлов до 1,0 см в диаметре наблюдался в 62,3%; от 1,0 до 3,0 см – в 28%; более 3,0 см – в 9,7% случаев. Узлы до 1,0 см в диаметре чаще всего наблюдались после ГТЭ и ПСРЩЖ, а крупные узлы более 3,0 см – после СРЩЖ.

754. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

*Таратынова З.В., Россошанская Е.И.,
Молодкин В.М., Майоров М.М.*

Ярославль

ЯГМУ

Цель исследования: выявить клинические маркеры осложненного течения дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки.

Материалы и методы: За период с 2002 по 2014 года в клинике госпитальной хирургии Ярославского государственного медицинского университета было пролечено 194 больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки. Женщин было 142(73,2%), мужчин- 52(26,8%) в возрасте от 23 до 89 лет. Средний возраст больных составил 65,1±1,0 год. Больным выполнялись клиничко-биохимические исследования, включающие в себя определение морфологического состава периферической крови, показателей метаболизма соединительной ткани в крови, вычисление интегральных показателей уровня интоксикации. Измерение внутрипросветного давления в сигмовидной кишке при помощи аппарата Тритон. Определены критерии дисплазии соединительной ткани (ДСТ) по Смольниковой Т. Ю., 2003 г.

Результаты и их обсуждение: В 86% случаев дивертикулы локализовались в левой половине, причем изолированный дивертикулез сигмовидной кишки выявлен у 68,0% пациентов, в правой половине - в 4,7% наблюдениях, тотальный дивертикулез- у 9,3% больных. Установлено, что в структуре ДБ преобладали следующие варианты:

неосложненная ДБ у 44 пациентов(22,7%), дивертикулит с парадивертикулярным воспалением- 39 случаев(20,1%), кровотечения из дивертикулов- 39 больных(20,1%). Перфорация дивертикула и развитие стеноза выявлены у 37 больных (19,1%). Установлено, что дисплазия соединительной ткани наблюдается у всех больных с ДБ, причем легкая степень - у 36,6% пациентов, умеренная - у 63,4% больных. Выявлено, что при легкой степени дисплазии в спектре клинических проявлений встречались неосложненная ДБ (24%), неосложненный дивертикулит(11,1%), перфорация дивертикула(1,6%). При средней степени ДСТ в структуре ДБ преобладают кровотечения(25,4%) и осложненный дивертикулит(22%). Как показали результаты исследования, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) повышается не только при осложненных дивертикулитах, стенозах и перфорациях дивертикула, но и при появлении кровотечения (на 70%, $p < 0,01$). Индекс резистентности организма снижается в возрастной группе старше 60 лет как при воспалении, так и при кровотечениях (на 47%-36%).

755. ПРОСПЕКТИВНОЕ РАΝДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМА ФАСТ-ТРЕК ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ И ХОЛЕЦИСТИТЕ

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

Москва

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

Введение. Несмотря на непрерывное совершенствование хирургических и анестезиологических методик и оборудования, уровень периоперационных осложнений и летальности в экстренной хирургии остается достаточно высоким. Изучая патофизиологию периоперационного стресса и способы его уменьшения, Н Kehlet в 90-х описал многокомпонентную стратегию ведения пациентов в периоперационном периоде, получившую название фаст-трек (ФТ), или «быстрый путь». Технологии ФТ в плановой хирургии изучаются два десятилетия, их применение позволило достоверно снизить уровень послеоперационных осложнений и длительность нахождения пациента в стационаре, а в ряде нозологий и снизить летальность. В то



же время в экстренной хирургии вопросам изучения протоколов ускоренной реабилитации посвящено небольшое количество работ. Значительная их часть относится к педиатрической практике или исследует только отдельные компоненты протокола ФТ. Цель работы: изучить протокол ускоренно реабилитационной в ургентной хирургии в лечении пациентов с острым аппендицитом (ОА) и острым холециститом (ОХ).

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование. В исследование включено 44 пациента с ОА и 14 пациентов с ОХ. По протоколу fast-track пролечено 32 пациента, по стандартному протоколу 25. В исследование включены пациенты с осложненными формами ОА и ОХ. У 4 (12%) пациентов основной группы были деструктивные формы ОА и ОХ, у 5 (15%) разлитой перитонит и у 6 (18%) инфильтрат. В контрольной группе гангренозный аппендицит и холецистит были у 5 пациентов (20%), разлитой перитонит у 2 (8%) и инфильтрат у 5 (20%) пациентов. 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) Отказ от 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 7) Информирование пациента 8) минипневмоперитонеум (8-10 мм.рт.ст.). 9) Минимальная мощность электрохирургического воздействия (30Вт) 10) Ограничение интра- и послеоперационных инфузий. 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 16 пациентов основной и 14 пациентов контрольной группы была произведена 24-часовая запись моторики кишечника при помощи устройства Гастроскан-ГЭМ (НПО «Исток»). Для объективизации степени выраженности периперационной стрессовой реакции и определения корреляции ее с опросником 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 подготовленных участках слепой кишки с ап-

пендиксами от трупов 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 в группе ФТ был ниже как непосредственно после операции: $2,38 \pm 2,33$ баллов по ВАШ против $5,36 \pm 1,57$ баллов, так и через 2, 6 и 12-24 часа после ($1,4 \pm 1,5$ балла против $3,86 \pm 1,56$ (2 часа после операции); $1,1 \pm 1,2$ балла против $3,71 \pm 1,38$ (6 часов) и $0,7 \pm 0,82$ против $3,85 \pm 1,57$ (12-24 часа) ($p \leq 0,01$). Частота френикус-симптома в основной была у 30% пациентов, в контрольной у 44%. Применение Бупивакаина для местной инфильтрационной анестезии сопровождалось высокой частотой тошноты у пациентов основной группы – 80%. После перехода на Ропивакаин в качестве местного анестетика, при условии применения антиэметиков, тошнота возникла у 11% пациентов. В контрольной группе тошноту испытывали 15% пациентов. Концентрация кортизола непосредственно после операции в группе ФТ увеличилась на 138 мкг/л, в основной группе на 183 мкг/л. Через 12 часов после операции в основной группе концентрация стресс-гормона уменьшилась на 215 мкг/л, став в 1,56 раза ниже дооперационного значения (снижение на 77 мкг/л). В контрольной группе уровень кортизола спустя 12 часов после операции снизился только на 68 мкг/л, и превышал исходные показатели в 1,9 раза (на 115 мкг/л). 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 $41,8 \pm 33,3$ (1,74 к/д), в контрольной $121,4 \pm 85,04$ (5,05 к/д). В основной группе у 1 пациента возникло нагноение послеоперационной раны, в контрольной у двух пациентов наблюдался парез кишечника. 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. У пациентов основной группы концентрация кортизола к концу первых суток после операции снизилась до уровня 0,64 от исходного, в то же время в контрольной группе – в 1,9 раз превышала предоперационный. Можно предположить, что полученные показатели отражают меньшую выраженность периоперационной стрессовой реакции в группе ФТ, и коррелируют с ВАШ, однако для окончательных выводов необходимо получение большего количества данных. 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 имеет преимущества перед традиционным ведением пациентов в плане снижения периоперационной стрессовой реакции, койко-дня, болевого синдрома, ускорения времени нормализации перистальтики, при отсутствии различий в осложнениях, повторных обращениях за медицинской помощью и летальности.

756. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТОАДЕНОМ ПЕЧЕНИ

Румянцев В.Б., Лобаков А.И., Морохотов В.А., Сидоренко А.Б.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского

В настоящее время остаются спорными отдельные вопросы хирургического лечения кистозных образований печени. В эту группу заболеваний включаются паразитарные, билиарные кисты печени, поликистоз, цистоаденомы печени (ЦАП). Все чаще используются малоинвазивные методы оперативного лечения больных с кистозными образованиями печени, путем пункционного дренирования под УЗИ контролем и различные виды лапароскопических операций. В нашем отделении с 1993 до 2016 г. по поводу истинных (билиарных) кист печени (ИКП) выполнены операции у 329 пациентов. С поликистозом печени 65 больных. Возраст больных варьировал от 18 до 80 лет, размеры кист печени от 5 см до 26 см в диаметре. Лапароскопические операции при ИКП выполнены у 132 больных (40.1%), черескожное пункционно-катетерное дренирование под УЗИ контролем 157 пациента (47.7%), при открытых операциях 40 боль-

ных (12.2%). За этот период времени и данной группы пациентов (329), у 7 (2,1%) больных выявлена ЦАП и у одной больной цистоаденокарцинома печени (ЦАКП), резвившаяся в муцинозной ЦА. Возраст больных с ЦА от 29 до 63 лет, средний возраст 50 лет, все женщины. Возраст у больной с ЦАК 64 года. У 6 больных кисты располагались интрапаренхиматозно и у одной поверхностно. У 5 больных ЦА располагалась в воротах печени С4-5, у двух С7-8 и С2-3. У 6 больных выявлены цистобилиарные свищи. Кровоизлияние в полость кисты выявлено у двух больных, признаки нагноения содержимого кист отмечены у двух пациентов. У этих больных при цитологическом исследовании жидкого содержимого кистозного образования, ни в одном случае не установлен диагноз ЦАП. Таким образом, можно говорить, что в дооперационном периоде при пункционной биопсии и цитологическом исследовании кистозной жидкости, установка диагноза ЦАП или ЦАКП маловероятна. Открытые операции выполнены у 4 пациентов, которым выполнены атипичные резекции печени, ушивание цистобилиарных свищей. У троих больных выполнена лапароскопическая субтотальная перицитэктомия печени, ушивание внутреннего цистобилиарного свища, «деструкция» оставшейся внутренней стенки при помощи плазменного скальпеля. Рецидив ЦАП выявлен у одной больной, у которой кисты располагались в воротах печени с перегородками и наличием цистобилиарного свища, сообщающимся с левым долевым желчным протоком. Ей выполнена лапаротомия, атипичная резекция печени С4-3, ушивание цистобилиарного свища. По поводу рецидива ЦАП больная повторно оперирована в другой больнице. У больных при гистологическом исследовании иссеченных стенок кист печени, выявлена билиарная ЦА с мезенхимальной яичникоподобной стромой, высланная уплощенным цилиндрическим и кубическим эпителием, кистозно расширенными желчными протоками, очагами кровоизлияния. У одной пациентки выявлена ЦА с мезенхимальной и гиалиновой яичникоподобной стромой с признаками кровоизлияния и нагноением. Согласно литературным данным, билиарная ЦА с гиалиновой стромой имеет высокий риск трансформации в ЦАК. В настоящее время признаков рецидива ЦА у этой больной не выявлено. В одном наблюдении, у больной муцинозная ЦАКП с яичникоподобной стромой, развилась в муцинозной ЦА. Следует отметить высокую роль патоморфологов в установке диагноза, при гистологическом исследовании материала иссеченных стенок кист печени. У двух больных, которым выполнена лапароскопическая резекция кист печени, при гистологическом исследовании, получено заключение об ИКП. В последующем, у этих пациентов выявлен рецидив кист



печени. Им выполнена лапароскопическая атипичная резекция печени и при гистологическом исследовании у них диагностирована билиарная ЦА с мезенхимальной яичникоподобной стромой. Как показывает наш опыт, при лапароскопических операциях по поводу ИКП, методом выбора является лапароскопическая субтотальная цистэктомия с дезэпителизацией оставшейся внутренней стенки кисты при помощи высокоэнергетического лазерного излучения и плазменных потоков. Остается сложным вопрос, о выборе метода оперативного лечения, при подозрении на ЦАП и дальнейший прогноз течения заболевания. Больные с билиарными ЦА имеют риск злокачественной трансформации и требуют полного удаления кистозного образования, с последующим постоянным динамическим наблюдением.

757. АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Дмитриченко В.В., Непомнящая С.Л.,
Погосян Г.Н., Семенов В.А., Мальков В.А.*

Санкт-Петербург

ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» Минздрава России

Цель исследования: Изучить частоту и структуру осложнений, первичного хирургического лечения желчнокаменной болезни. Оценить возможности малоинвазивных вмешательств для коррекции осложнений.

Материал и методы: Проведен анализ результатов лечения 1321 пациента с различными заболеваниями желчевыводящих путей, находившихся в СПМЦ в течение 2010 - 2016 гг. Из них было прооперировано 1279 пациентов с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями (96,8%), в том числе 211 (16,5%) по срочным показаниям. 1106 пациентам (86,4%) были выполнены лапароскопические (в том числе 105 — 9,5% - срочные), и 38 (2,94%) — открытые оперативные вмешательства (в т.ч. 14 — 65,2% - срочных). В лечении 141 больного (11%) были использованы эндоскопические (в т.ч. у 92 — 65,2% — срочные) эндоскопические вмешательства, и у 14 (1,1%) рентгенэндобилиарные вмешательства в качестве одного из этапов или как окончательный вариант лечения.

Результаты: Среди 1106 больных подвергшихся лапароскопическим операциям у 89 (8%) при предоперационном обследовании был заподозрен холедохолитиаз, в этих случаях всегда интраоперационно выполнялась катетеризация пузырного

протока с интраоперационной холангиографией (7 больных) и холедохолитоэкстракцией (82 случая — 92,1%). Во всех случаях дренаж оставляли на 1-2 дня для выполнения фистулохолангиографии. У 2 больных в послеоперационном периоде выполнена баллонная дилатация БДС с низведением конкремента холедоха в ДПК под рентгенологическим контролем. Интраоперационные повреждения холедоха при лапароскопических операциях были у 2 больных (0,2%), в обоих случаях выполнены реконструктивные операции (первичный шов холедоха на дренаже — 1, гепатикоюноанастомоз — 1. Ранние послеоперационные осложнения после выполненных в Центре лапароскопических вмешательств отмечались в 9 случаях (0,81%). В 6 случаях отмечалось желчеистечение, что потребовало релапароскопии с дополнительным клипированием культи пузырного протока (4) и релапаротомии с ревизией гепатодуоденальной связки и перевязкой культи пузырного протока (2). В 2 - отмечено кровотечение из пузырной артерии, устраненное при релапароскопии, и в 1 — механическая желтуха вызванная резидуальным конкрементом. Средний послеоперационный койко-день после лапароскопических вмешательств составил 2,4, в том числе при наличии осложнений - 11,2. При традиционных вмешательствах средний послеоперационный койко-день составил 8,4, интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Среди поздних осложнений нами отмечены резидуальный холедохолитиаз после лапароскопических холецистэктомий - 4 (0,36%), рубцовая стриктура холедоха — 1, рубцовая стриктура гепатикоюноанастомоза — 1. В то же время за 7 лет в клинику было госпитализировано 99 больных с различными осложнениями после холецистэктомий, выполненных в других учреждениях. В 64 (64,6%) случаях клиническая симптоматика была вызвана холедохолитиазом, причем только у 30 из них (46,8%) конкременты были выявлены в сроки до 2 лет после первичной операции и, следовательно, были расценены как резидуальный холедохолитиаз. У 13 (13,3%) больных были диагностированы рубцовые стриктуры холедоха, причем только у 3 в первичной документации имелись данные о имевших место интраоперационных проблемах или аномалиях развития желчевыводящих путей. У одной пациентки причиной постхолецистэктомического синдрома явилась оставленная часть желчного пузыря с конкрементом. У 4 (4,1%) больных были выявлены недиагностированные ранее опухоли желчных протоков. В 11 (1,2%) случаях проявления билиарной гипертензии и холангита были вызваны парапапиллярными дивертикулами двенадцатиперстной кишки. Одна пациентка госпитализирована экстренно на 7 сутки после лапароскопической



холецистэктомии с диагнозом «острый живот», причиной которого явилось внутрибрюшное кровотечение из троакарного прокола в области круглой связки печени. И у 1 больной, поступившей с диагнозом «постхолецистэктомический синдром, подпеченочный инфильтрат, абсцедирование?» истинной причиной заболевания явилась Болезнь Крона с развитием инфильтрата в области печеночного изгиба ободочной кишки. Лечение пациентов с «постхолецистэктомическим синдромом» в нашем центре после диагностической МР-холангиографии и подтверждения диагноза началось с эндоскопических вмешательств, в 72 случаях (73,4%) выполнена ЭПСТ, из них у 16 (22,2%) потребовалась повторная эндоскопическая холедохолитэкстракция. У 16 больных (16,3%) было выполнено эндоскопическое стентирование холедоха, причем в 2 случаях у больных с гнойным холангитом стент установлен на втором этапе лечения после эндоскопического дренирования холедоха и купирования гнойно-воспалительного процесса. У 9 больных (9,1%) при выявлении в холедохе крупных конкрементов выполнена открытая холедохолитотомия. В 3 случаях (3%) проводились чрескожные чреспеченочные вмешательства с баллонной дилатацией стриктуры БДС и низведением конкрементов в двенадцатиперстную кишку. Заключение: Выполнение тщательного предоперационного и интраоперационного обследования желчных протоков позволяет своевременно выявить наличие холедохолитиаза при ЖКБ (8% - у оперированных нами больных) и выполнить полноценное лапароскопическое вмешательство. Частота резидуального холедохолитиаза у наших больных составила 0,36%. Современные возможности эндоскопии, эндовидеохирургии и рентгенохирургии позволяют провести лечение больных с «постхолецистэктомическим синдромом» в полном объеме в 90,9% случаев.

758. КАК ПРОВЕРИТЬ ПРАКТИЧЕСКОЕ МАСТЕРСТВО ОРДИНАТОРА В ХОДЕ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АККРЕДИТАЦИИ?

Совцов С.А. (1), Грибков Д.М. (2), Горшков М.Д. (2)

Челябинск, 2) Москва

1) Южно-Уральский ГМУ Минздрава России 2)
Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Актуальность. В 2018 году лица, окончившие двухгодичную ординатуру по специальности «Хи-

рургия», будут проходить первичную специализированную аккредитацию, в ходе которой будет оцениваться их практическое мастерство, в том числе и с помощью симуляционных методик. К этому времени необходимо определить перечень навыков (умений), уровень владения которых будет проверяться в ходе аккредитации, а также создать и апробировать объективную и надежную методику объективизированной оценки этого уровня.

Материалы и методы. В соответствии со статьей 69 главы 9 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Министерство здравоохранения России разработало Положение об аккредитации специалистов, утвержденное Приказом №334н от 02 июня 2016 год (далее Приказ). Согласно п.4 Положения Приказа: «в отношении лиц, завершивших освоение программ подготовки кадров высшей квалификации., проводится первичная специализированная аккредитация» – это, в частности, относится к специалистам, которые окончат обучение в ординатуре в 2018 году. Согласно п.33 Приказа первичная специализированная аккредитация, помимо оценки уровня теоретической подготовки, включает в себя «оценку практических навыков (умений) в симулированных условиях». Законодатель определяет рамки проведения данной оценки – так, в п.40 Приказа установлено минимальное количество практических заданий (пять); длительность, которая отводится на их выполнение (10 минут); а также минимальное количество оцениваемых действий для каждого из заданий (10 действий). В качестве отправного документа нами первоначально был сформирован список манипуляций, практических навыков и умений специалиста, окончившего ординатуру по хирургии, в который вошло более 200 наименований. Очевидно, что проверить уровень всех навыков, вошедших в него, нереально. Таким образом, мы поставили перед собой задачу составить матрицу компетенций так, чтобы на ограниченном числе проверочных станций (пять) были продемонстрированы те манипуляции, навыки и умения, которые бы отвечали следующим требованиям: 1. Соответствуют специальности (хирургия) и уровню подготовки (ординатура). 2. Основопологающие, базовые, ключевые. 3. Востребованные, часто применяемые. 4. Выполняются при неотложных и опасных состояниях, а их неправильное выполнение грозит осложнениями, угрожающих жизни и здоровью. 5. Можно выполнить за ограниченный отрезок времени (10 минут). 6. Можно продемонстрировать и оценить с помощью распространенных, стандартизированных симуляционных методик. 7. Подаются объективной, формализованной, надежной, достовер-



ной оценке.

Результаты. После разработки и применения такой матрицы появляется возможность при проведении соответствующей части аккредитационного экзамена осуществлять оценку практических навыков (умений) при следующих клинических ситуациях, смоделированных на симуляционных экзаменационных станциях: 1. Травматические повреждения 2. Экстренная помощь при хирургических неотложных состояниях 3. Базовые хирургические навыки («Открытая хирургия») 4. Базовые эндохирургические навыки («БЭСТА») 5. Неотложная медицинская помощь Мы считаем, что существует реальная необходимость провести апробацию данного пилотного проекта во время прохождения первичной специализированной аккредитации среди выпускников ординатуры по специальности «Хирургия» на добровольной основе в 2017 году на базе нескольких ВУЗов страны и по ее результатам внести соответствующие предложения в Центральную аккредитационную комиссию.

Выводы. Разработан вариант проведения второго этапа экзамена при первичной специализированной аккредитации по хирургии – оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях. Данный вариант требует дальнейшего обсуждения и проведения пилотной апробации.

759. ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЙ МЕТОД САНАЦИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Вайнер Ю.С.(1,2), Атаманов К.В.(1),
Вардосанидзе В.К.(2), Шидловская Е.В.(2)

Новосибирск

- 1.ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России.
- 2.ГБУЗ НСО города Новосибирска ГКБ №1

Актуальность проблемы: Пациенты с абдоминальными абсцессами требуют особого внимания к выбору метода операции. Большей частью они уже перенесли лапаротомные операции, часто неоднократные и повторные хирургические вмешательства увеличивают летальность в этой тяжелой группе больных. Абсцессы паренхиматозных органов обычно формируются на фоне септического состояния. Санация этих абсцессов лапаротомными доступами приводит к значительным повреждениям здоровых тканей, несообразных с объемом основного патологического процесса. В настоящее время в абдоминальной хирургии предпочтение

все больше отдается малоинвазивным методикам.

Материал и методы: В отделении гнойной хирургии ГБУЗ НСО ГКБ №1 (клиническая база кафедры факультетской хирургии НГМУ) с 2007 г. внедрены малоинвазивные методики под контролем эхографии для лечения пациентов с абсцессами брюшной полости и паренхиматозных органов. Всего за период 2007-2016 годы с использованием данных методик пролечено 136 пациентов. Из них – 49 (36%) больных с абсцессами печени, в том числе у 4 пациентов – множественными (2-3 отдельных полости), 4 (2,9%) пациента с абсцессами селезенки. У 93 (68,3%) пациентов имелись внеорганные абсцессы брюшной полости (подпеченочные, поддиафрагмальные, аппендикулярные, межкишечные), сформировавшиеся после ранее перенесенных лапаротомных вмешательств, либо на фоне перфорации дивертикулов толстой кишки. Применялись как этапные пункционные санации (при абсцессах печени и селезенки диаметром менее 20 мм.), так и чрескожное дренирование полостей абсцессов. Показания к применению малоинвазивных технологий дренирования выставляли только после МСКТ органов брюшной полости. Операции проводили под местной анестезией в условиях рентгеноперационной. Пункции выполнялись под УЗ-контролем с применением методики «свободной руки». Пункции проводились иглами диаметром 18G длиной 15-20 см. Дренирование осуществлялось катетерами типа «Pig tail» диаметром 8,5-14Fr. Дренажи подключались к постоянной вакуум-аспирации по Редону. Объем полостей абсцессов составлял от 1 мл. до 520 мл. Содержимое полости полностью эвакуировалось, направлялось на бактериологическое исследование. Полость гнойника санировалась до чистых вод. Назначалась антибактериальная терапия до результатов посева – эмпирически, далее – по чувствительности выявленной микрофлоры. Удаление дренажа из полости производилось после прекращения отделяемого по дренажу и обязательного контрольного МСКТ на 14-18 сутки. Сроки стационарного лечения сократились до 16-20 суток. Полученные результаты: 133 (97,8%) пациента выписаны из стационара излеченными. Специфические осложнения развились у 4 (2,9%) пациентов – у 1 произошла перфорация поддиафрагмального абсцесса в брюшную полость во время промывания. Выполнена успешная лапаротомная санация. У 3 пациентов произошла миграция дренажей, проведено успешное редренирование. Летальных исходов, связанных непосредственно с применяемой методикой не было. Клинически значимых кровотечений из пункционного канала не отмечено. Всего умерло 3 (2,2%) пациентов – 1 от диссеминированного туберкулеза легких и 2 от ВИЧ-инфекции.

Выводы. Внедрение в клиническую практику ме-



тогда пункционного лечения абсцессов брюшной полости является эффективным. Преимуществом метода следует считать его малотравматичность, меньшие ограничения режима и питания пациентов, отсутствие необходимости общей анестезии, сокращение сроков стационарного лечения и низкий процент осложнений.

760. АНТЕГРАДНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Вайнер Ю.С.(1,2), Атаманов К.В.(1),
Верятин Я.А.(1), Шидловская Е.В.(2)

Новосибирск

1. ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России.
2. ГБУЗ НСО города Новосибирска ГКБ №1

Актуальность проблемы: Лечение пациентов с синдромом механической желтухи остается актуальной проблемой современной хирургии. Открытые операции по форсированию билиодигестивных анастомозов на фоне гипербилирубинемии сопровождаются трудностями гемостаза, тяжело переносятся, дают высокую летальность. Методом выбора служит двухэтапная методика лечения пациентов. Задачами первого этапа лечения являются ликвидация билиарной гипертензии, устранение явлений холангита, печеночной недостаточности. На втором этапе выполняется хирургическое вмешательство, направленное на устранение фактора, вызвавшего механическую желтуху.

Материал и методы: В отделении гнойной хирургии ГБУЗ НСО ГКБ №1 (база кафедры факультетской хирургии НГМУ) с 2010 г. пролечено 52 пациента с синдромом механической желтухи. Причиной развития желтухи у 50 пациентов были злокачественные новообразования панкреатодуоденальной зоны, у 1 пациентки – рубцовая стриктура гепатикоэнтероанастомоза. На первом этапе лечения с целью декомпрессии желчевыводящих протоков использовались дренирующие методики под контролем УЗИ и РТВ. Операции проводились под местной анестезией с внутривенным потенцированием фентанилом или промедолом в рентгеноперационной. Дренирование производилось катетерами типа «Pig tail» с лесочным фиксатором 7-8,5 Fr. Наружное желчеотведение под контролем УЗИ производили по методике чрескожной холангиостомии, которая выполнялась при следующих условиях: расширение долевого желчного протока

более 4 мм., наличие безопасного доступа для пункции протока. Во время операции проводилась холангиография с целью уровня обструкции желчного дерева. По мере разрешения желтухи (в течение 7-10 суток) решался вопрос об объеме дальнейшего лечения.

Результаты: 3 пациента после наружного дренирования направлены в онкологическое отделение для проведения радикальной операции. 22 (42,3%) больных выписаны с наружными дренажами вследствие технической невозможности внутреннего желчеотведения (в их числе 10 пациентов с опухолями Клацкина 2,3,4 типа). 9 (17,3%) пациентам проведено наружно-внутреннее дренирование желчных путей. В 16 (30,7%) случаях произведено антеградное эндобилиарное стентирование желчных протоков Ti-Ni-стентами. В том числе в 1 случае – Y-образное стентирование при опухоли Клацкина 2 типа с последующей эндобилиарной фотодинамической терапией. Во всех случаях при внутреннем дренировании достигнут адекватный пассаж желчи с желудочно-кишечный тракт. Осложнения развились у 3 (5,7%) пациентов – 1 биллома в зоне пункции – излечена дренированием под УЗ-контролем и 2 кровотечения из точки пункции печени, приведшие в обоих случаях к смерти больных, несмотря на своевременный хирургический гемостаз. Летальность 3,8%. У умерших пациентов уровень билирубина составлял более 700 мкмоль/л. Средний койко-день после наружного дренирования 3-4 суток. При последующем внутреннем желчеотведении – 10-12 суток. Выводы: Таким образом, методики чрескожного дренирования желчного дерева под УЗ и РТВ-контролем позволяют в короткие сроки снизить уровень билирубина крови и дают возможность избежать открытой операции у тяжелой категории больных, которые часто радикально некурабельны. В дальнейшем часто возможно завершить лечение малоинвазивным внутренним желчеотведением. При возможности наружное желчеотведение служит первым этапом радикального онкологического лечения.



761. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Тевяшов А.В., Гужков О.Н., Кабанов Е.Н.,
Садиков Н.М.

Ярославль

ФГБОУ ВО ЯГМУ

Актуальность. Проблема хирургического лечения грыж передней брюшной стенки остается актуальной. При классических грыжесечениях частота рецидивов достигает от 20 до 46%. Позитивная тенденция связана с внедрением в клиническую практику новых аллопластических материалов. Частота рецидивов по данным различных авторов уменьшилась более чем в 2-3 раза. В настоящее время основная роль в развитии грыжевой болезни отводится нарушению образования коллагена и соотношению типов коллагена в соединительной ткани. Материал и методы. Обследовано 497 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, в период с сентября 2014 по июнь 2016 года. В исследование вошли пациенты в возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст составил $56,3 \pm 10,1$ лет. Среди обследованных мужчин было 307 (61,8%), женщин - 190 (38,2%). Паховые грыжи выявлены у 213 пациентов, пупочные - у 82, послеоперационные - у 103, бедренные - у 6, грыжи белой линии живота - у 23, рецидивные - у 43, ущемленные - у 27. Установлена степень тяжести соединительнотканной дисплазии при грыжах живота различной локализации, которую определяли в зависимости от количества и выраженности её фенотипических признаков. Произведена оценка результатов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в зависимости от варианта герниопластики и выраженности дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что общая частота дисплазии при грыжах передней брюшной стенки составила 48%. Из них, с легкой степенью дисплазии - 34% (167 пациентов), с умеренной степенью - 14% (71 пациент). При анализе полученных данных установлено, что при паховых грыжах частота ДСТ составила 36%, при бедренных - 50%, при пупочных - 50%, при грыжах белой линии живота - 52%, при послеоперационных - 58%, при ущемленных - 56%. Наибольшая встречаемость соединительнотканной дисплазии выявлена при рецидивных грыжах (70%). Умеренная дисплазия преобладала при рецидивных, пупочных и послеоперационных грыжах. Частота

дисплазии у женщин с грыжами составила 70%, а у мужчин - 35%. С увеличением тяжести дисплазии общая частота рецидивов грыж повышалась в 2,2 - 3,4 раза. В зависимости от варианта герниопластики частота рецидивов была следующей: при герниоаутопластике частота рецидивов составила 26,6%, увеличиваясь с нарастанием тяжести дисплазии от 20,3% при легкой дисплазии до 45% при умеренной степени. Рецидивы после герниоаллопластики наблюдались у 6,5 % больных. При отсутствии признаков дисплазии рецидивов после эндопротезирования не отмечено. При этом легкая степень дисплазии сопровождалась частотой рецидивов до 6%, а умеренная до 7,3%. При лапароскопических грыжесечениях частота рецидивов составила 2,9%, что в 9,2 раза ниже, чем при герниоаутопластике. У больных без дисплазии рецидив наблюдался в 2,4%, при легкой степени в 4% случаев. При умеренной степени дисплазии соединительной ткани рецидивов после эндоскопических грыжесечениях не отмечено.

Выводы и рекомендации. Выбор метода грыжесечения при грыжах наружной локализации определяется разновидностью грыжи и выраженностью соединительнотканной дисплазии. При герниоаллопластике частота рецидивов на фоне соединительнотканной дисплазии снижается в 4,1 раза, при лапароскопической - в 9,2 раза, что дает основания считать эндоскопическую герниопластику наиболее эффективным методом лечения грыж живота при дисплазии соединительной ткани.

762. ПЕРВЫЙ АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

Юденко Р.А., Кучер Д.В.

Белая Калитва

МБУЗ «Центральная районная больница»
Белокалитвинского района Ростовской области

Актуальность. Пункционные и дренирующие вмешательства за последнее десятилетие стали одним из обязательных компонентов лечения пациентов с деструктивными формами острого панкреатита в крупных стационарах, региональных и федеральных центрах. Их опыт анализирован и признан успешным. Считаю интересным и актуальным анализ внедрения этих миниинвазивных операций и в работу многопрофильной ЦРБ.

Цель исследования: анализ применения миниин-



вазивных пункционно-дренажных вмешательств (МПДВ) при лечении деструктивного панкреатита в условиях ЦРБ.

Материалы и методы. В течение пять лет в хирургическом отделении открыт кабинет УЗ-диагностики, три специалиста-хирурга прошли профессиональную переподготовку по ультразвуковой диагностики. Это, а также работа кабинета СРКТ отделения лучевой диагностики позволили наладить диагностический инструментальный мониторинг пациентов с деструктивными формами острого панкреатита. За 2015-2016 годы в ЦРБ Белокалитвинского района Ростовской области находились на лечении 264 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Из них у 97 пациентов имелись деструктивные формы панкреатита. Панкреатит осложнился, так называемыми, парапанкреатическими жидкостными образованиями (ПЖО) у 55 пациентов. У 30 пациентов наблюдались осложнения в виде панкреатогенного плеврита. У 12 пациентов наблюдалось осложнение в виде панкреатогенного асцита. Всем пациентам проводилась стандартная консервативная терапия. Обследование включало в себя общеклинические лабораторные анализы, исследование уровня амилазы крови, УЗИ брюшной полости, плевральных полостей при поступлении и в динамике, СКТ брюшной полости при поступлении и в динамике, ЭФГДС при поступлении и в динамике при необходимости, рентгенограмму органов грудной клетки при поступлении и в динамике (а также СРКТ грудной клетки, УЗИ плевральных полостей). Из пациентов с осложнением панкреатита в виде ПЖО, панкреатогенного плеврита, панкреатогенного асцита (всего 60) у 10 (16,7 %) лечение ограничилось лишь консервативной терапией. У остальных проводились различные оперативные вмешательства. Из них 37 пациентов МПДВ под УЗ наведением оказались окончательным методом оперативного лечения. У 13 пациентов МПДВ в дальнейшем потребовалось открытое оперативное вмешательство или лапароскопическая хирургия. Всего 60 пациентам было выполнено 17 пункций и 44 дренирования ПЖО, 43 плевральных пункций и 12 плевральных дренирований, 15 дренирований брюшной полости (все вмешательства по УЗ-контролем).

Результаты. Факторами оценки эффективности МПДВ являлись снижение показателей амилазы крови, снижение температуры тела, улучшение показателей крови с палочкоядерным сдвигом влево, уменьшением жидкостных скоплений по данным УЗИ И КТ, а так же характер и количество отделяемого по дренажу. Снижение показателей амилазы крови, лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига влево зафиксировано у всех пациентов на 4-7 сутки после вмешательства. Нормализация температуры тела происходила к 5-6 суткам. Ди-

намическое УЗИ проводилось 1 раз в 2-3 дня. КТ 1 раз в 7-8 дней. Показанием для открытого вмешательства служили, прежде всего, наличие недренируемых забрюшинных жидкостных скоплений с повторной гипертермией и общим ухудшением состояния пациентов. Это наблюдалось чаще на 6-7 сутки после МПДВ. Из пациентов, у которых удалось ограничиться МПДВ, умерших не было. Из пациентов, которые оперированы расширенно, умерли двое. Выводы. Считаем успешными мероприятия по внедрению в практику общехирургического отделения многопрофильной ЦРБ миниинвазивных пункционно-дренажных вмешательств. Миниинвазивные пункционно-дренажные вмешательства могут являться основным эффективным методом хирургического лечения в большинстве случаев деструктивного панкреатита.

763. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЗАКРЫТАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ

Султанова Р.С., Меджидов Р.Т., Алиев Меджид.А.

Махачкала

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Доказанным является, что закрытая эхинококкэктомия при эхинококкозе печени имеет явное преимущество для профилактики рецидива эхинококковой болезни. При краевой локализации кист наиболее показанным является лапароскопический доступ.

Цель исследования. Уточнить эффективность и оценить возможности выполнения закрытой эхинококкэктомии (цистперицистэктомии) печени под лапароскопическим контролем и с применением высоких резекционных технологий.

Материал и методы. В клинике нами проведена цистперицистэктомия из печени 64 пациентам. Среди них монокистозный эхинококкоз имелся у 60(93,8%) больных, а у 4 (6,2%) пациентов отмечены по 2 кисты. Все кисты имели краевую и относительно поверхностную локализацию. Размеры кист в этих наблюдениях не превышали 10 см в диаметре. Все оперативные вмешательства выполнены с помощью ультразвуковых резекционных технологий фирмы «Söring». Группа сравнения составили 50 больных, которым проведена цистперицистэктомия из широкой лапаротомии.

Результаты. Технический успех в проведении цистперицистэктомии под видеолапароскопическим контролем и с использованием ультразвуковых технологий отмечен в 96,7% наблюдениях. В 3 наблюдениях имело место конверсия на широкую



лапаротомию. Интраоперационная кровопотеря в сравниваемых группах статистически достоверно не отличалась. Медиана продолжительности операции в основной группе составила $112,6 \pm 5,4$ мин., а в контрольной – $93,4 \pm 4,1$ мин. Послеоперационные осложнения в основной группе имели место у 3 (4,7%) пациентов, в контрольной – у 2 (3,1%). В основном они были местного характера, то есть жидкостные скопления в зоне операции. При трехгодичном наблюдении рецидив заболевания в сравниваемых группах не отмечен. Интегральный показатель качества жизни пациентов статистически достоверно отличался в сравниваемых группах и был выше в основной группе больных.

Заключение. Цистперцистэктомия с использованием высоких ультразвуковых резекционных технологий в видеолапароскопическом варианте вполне выполнимое вмешательство и процент конверсий на лапаротомию не велик.

764. ОЦЕНКА ВЕЛИЧИНЫ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК КРИТЕРИЯ ВОЗМОЖНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Рябков Ю.В.

Красноярск

КГБУЗ «КМКБ№20 им. И.С.Берзона»

Актуальность. По данным International Agency for Research on Cancer рак толстой кишки в России занимает третье место по частоте возникновения злокачественных новообразований. При этом, колоректальный рак вторая по частоте причина смерти от злокачественных новообразований у женщин и третья у мужчин. Это обусловлено скрытым течением заболевания. На фоне скрытого течения первой манифестацией колоректального рака у 15% - 49% становится обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН). Высокая инвалидизация при левосторонней локализации новообразования побуждает искать новые тактические подходы к хирургическому лечению ОТКН. Многими авторами предложены варианты наложения первичного толстокишечного анастомоза после декомпрессии и отмывания просвета толстой кишки. Однако вопросы показаний и противопоказаний для проведения такого рода вмешательств освещены, на наш взгляд, недостаточно. **ЦЕЛЬ.** Оценить уровень внутрибрюшной гипер-

тенции (ВБГ) с позиции критерия возможности наложения первичного толстокишечного анастомоза у больных, экстренно оперированных по поводу ОТКН.

Материалы и методы. В своей работе для оценки ОТКН мы пользовались классификацией Федорова-Ханевича. В исследование включено 62 больных, госпитализированных с клинической картиной ОТКН и полной обтурацией просвета толстой кишки (декомпенсированная ОТКН), оперированных экстренно радикально с наложением колостомы. Из них женщин 28 (45%), мужчин 34 (55%). Средний возраст $67,1 \pm 11,4$. Контрольная группа состояла из 30 больных, оперированных по поводу злокачественных опухолей толстой кишки в плановом порядке, операции завершены наложением толстокишечного анастомоза. Превентивные илео- или колостомы не накладывались. Средний возраст $65,9 \pm 10,3$. Больным выполняли измерение внутрибрюшного давления (ВБД) непрямой методикой через мочевого пузыря до операции, на 1-е, 3-и, 5-е, 7-е сутки послеоперационного периода. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У больных контрольной группы внутрибрюшное давление в день перед операцией находилось в пределах нормы и составило $5,5 \pm 0,9$ мм.рт.ст. В послеоперационном периоде, не смотря на рост ВБД до $9,1 \pm 0,9$ мм.рт.ст. в первые сутки, превышений нормального уровня внутрибрюшного давления не зафиксировано. При сравнении контрольной группы с исследуемыми, было установлено что при исходном давлении в брюшной полости не превышающим 20 мм.рт.ст., что соответствует I-II ст.тяжести ВБГ, достоверных отличий в течении послеоперационного периода и частоте развития послеоперационных осложнений не выявлено. При этом, у больных с I-II ст.тяж. ВБГ клинически установлена декомпенсированная ОТКН легкой ст.тяж. Кроме того, между контрольной группой и группой больных с исходной I-II ст.тяж ВБГ не выявлено достоверных отличий в результатах интраоперационной лазер-доплер флоуметрии стенки толстой кишки выше и ниже опухоли и морфометрическом анализе микропрепаратов стенки толстой кишки. Таким образом, был сделан вывод об идентичности состояния микроциркуляторного русла стенки толстой кишки, что подтверждается результатами морфологического исследования и течением послеоперационного периода у больных оперированных по поводу рака левой половины толстой кишки в плановом порядке и на фоне декомпенсированной ОТКН легкой ст.тяж, при ВБГ I-II ст.тяж. И возможности наложения первичного толстокишечного анастомоза в этой группе больных, при отсутствии иных хирургических противопоказаний. На втором этапе исследования проспективно была сформирована новая исследуемая группа в которую вошли



27 больных декомпенсированной ОТКН с исходным уровнем ВБГ не превышающем 20 мм.рт.ст (I-II ст.тяж ВБГ). Из них мужчин 16 (59%), женщин 11 (41%). Средний возраст больных $66,4 \pm 12,4$ года. Всем больным в экстренном порядке, после предоперационной подготовки была выполнена лапаротомия, радикальная резекция опухоли левой половины ободочной кишки, декомпрессия и лаваж толстой кишки по оригинальной методике (патент RU 2496429) с помощью оригинального устройства (патент RU 115209). Операция закончена наложением толсто-толстокишечного анастомоза. Превентивные илео- или колостомы не накладывались. Для контроля были взяты результаты лечения 30 больных (см. выше), оперированных в плановом порядке с наложением толсто-толстокишечного анастомоза. При анализе течения послеоперационного периода достоверных отличий динамики лабораторных показателей, сроков активизации больных и начала функционирования желудочно-кишечного тракта, между исследуемой и контрольной группами зафиксировано не было. Несостоятельности анастомоза в исследуемой группе не было, в контрольной группе на 5 сутки выявлена частичная несостоятельность колоректального анастомоза, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Летальных исходов в группах не было.

Заключение. Уровень ВБГ у больных декомпенсированной ОТКН может быть расценен как один из надежных критериев при выборе хирургической тактики и возможности выполнения хирургических вмешательств с первичным толсто-толстокишечным анастомозом.

765. РОЛЬ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Шпак В.В.

Красноярск

КГБУЗ «КМКБ№20 им. И.С.Берзона»

Послеоперационные осложнения после абдоминальных хирургических вмешательств на толстой кишке, связанных с ее резекцией и наложением анастомоза, по-прежнему остаются одной из острых проблем колоректальной хирургии. Частота релапаротомий, направленных на устранение этих осложнений, достигает 2,8 – 8,5%. Кроме того, послеоперационные осложнения, требующие релапаротомии, сопровождаются высокой летальностью, достигающей 30,8%. Высокий удельный

вес в структуре послеоперационных осложнений составляет несостоятельность толстокишечного анастомоза. На сегодняшний день ведется активный поиск лабораторных предикторов этого осложнения, одним из таких предикторов считается С-реактивный белок (CRP). Однако применение этого критерия у больных со злокачественными опухолями толстой кишки может быть затруднено из-за естественного роста CRP на фоне опухолевого процесса. Нами проведен ретроспективный анализ послеоперационных осложнений после абдоминальных вмешательств на толстой кишке и проспективное исследование динамики уровня CRP в послеоперационном периоде у больных после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, законченных наложением анастомоза. В ретроспективный анализ было включено 2703 больных, планово оперированных на толстой кишке за период с 1995 по 2013 года. Абдоминальные осложнения, потребовавшие выполнения релапаротомии, развились у 146 больных (5,4%). Удельный вес несостоятельности толстокишечного анастомоза составил 31,5% (46 больных) с послеоперационной летальностью 17,4%. Некроз низведенной кишки, который может быть расценен как несостоятельность колоанального анастомоза, развился у 26 больных (17,8%) с летальностью 23,1%. В проспективный анализ включено 84 больных, радикально оперированных по поводу рака толстой кишки. Несостоятельность анастомоза развилась в 3 случаях, некроз низведенной кишки у 1 больного. При проспективном исследовании оценена роль CRP в диагностике несостоятельности анастомоза. До операции у больных регистрировали повышенное значение CRP – $1,38 \pm 0,91$ мг/л. Динамика показателя в 1-3 сутки у больных с неосложненным течением составила: $94,8 \pm 25,8$; $118,4 \pm 28,8$; $109,8 \pm 30,8$ мг/л. У больных с несостоятельностью анастомоза и некрозом низведенной кишки динамика CRP была: $96,8 \pm 19,2$; $141,3 \pm 21,4$; $204,3 \pm 29,3$ мг/л, при исходном уровне $1,80 \pm 1,2$ мг/л. Таким образом, показатель CRP в послеоперационном периоде может быть использован для принятия решения о возможности развития несостоятельности анастомоза в раннем послеоперационном периоде. Достоверные отличия в уровне CRP начинают регистрироваться с третьих суток течения послеоперационного периода.



766. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Черданцев Д.В.(1), Поздняков А.А.(1), Рябков Ю.В.(2), Соляников С.Н.(2)

Красноярск

- 1) ГОУ ВПО КрасГМУ им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России,
- 2) КГБУЗ «КМКБ№20 им. И.С.Берзона»

Актуальность. Рост числа злокачественных новообразований толстой кишки, закономерно сопровождается увеличением случаев госпитализации больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН). Это обусловлено скрытым течением заболевания, когда ОТКН становится первой клинической манифестацией злокачественной опухоли толстой кишки. По данным ряда авторов частота развития ОТКН у больных с опухолями толстой кишки колеблется от 15% - 49% до 77%, при этом послеоперационная летальность остается крайне высокой, достигая 31% - 42%. В танатогенез летальных исходов немалый вклад вносит синдром внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), развивающийся у больных с ОТКН. **ЦЕЛЬ.** Исследовать течение синдрома ВБГ у больных, радикально оперированных по поводу злокачественных новообразований толстой кишки, осложненных обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Материалы и методы. В исследование включено 62 больных, госпитализированных с клинической картиной ОТКН и полной обтурацией просвета толстой кишки, оперированных экстренно радикально с наложением колостомы. Из них женщин 28 (45%), мужчин 34 (55%). Средний возраст $67,1 \pm 11,4$. Больные разделены на три группы в зависимости от степени компенсации ОТКН. Контрольная группа состояла из 30 больных, оперированных по поводу злокачественных опухолей толстой кишки в плановом порядке, операции завершены наложением толстокишечного анастомоза. Средний возраст $65,9 \pm 10,3$. Больным выполняли измерение внутрибрюшного давления (ВБД) непрямым методом через мочевого пузыря до операции, на 1-е, 3-и, 5-е, 7-е сутки послеоперационного периода.

Результаты. У больных контрольной группы внутрибрюшное давление в день перед операцией находилось в пределах нормы и составило $5,5 \pm 0,9$ мм.рт.ст. В послеоперационном периоде превышений нормального уровня внутрибрюшного давления не зафиксировано. Динамика уровня ВБД в

послеоперационном периоде: 1-е сутки – $9,1 \pm 0,9$ мм.рт.ст.; 3-и сутки – $7,9 \pm 0,8$ мм.рт.ст.; 5-е сутки – $6,5 \pm 0,8$ мм.рт.ст.; 7-е сутки – $5,5 \pm 1,1$ мм.рт.ст. В группе больных с компенсированной ОТКН предоперационный уровень ВБД составил $16,4 \pm 2,9$ мм.рт.ст. В послеоперационном периоде динамика ВБГ: 1-е сутки – $11,5 \pm 2,1$ мм.рт.ст.; 3-и сутки – $9,3 \pm 1,7$ мм.рт.ст.; 5-е сутки – $7,2 \pm 1,0$ мм.рт.ст.; 7-е сутки – $6,3 \pm 1,2$ мм.рт.ст. Среди больных с субкомпенсированной ОТКН предоперационный уровень ВБД составил $22,1 \pm 1,8$ мм.рт.ст. В послеоперационном периоде динамика ВБГ: 1-е сутки – $16,0 \pm 2,5$ мм.рт.ст.; 3-и сутки – $10,7 \pm 1,3$ мм.рт.ст.; 5-е сутки – $8,2 \pm 1,0$ мм.рт.ст.; 7-е сутки – $6,3 \pm 0,3$ мм.рт.ст. У больных с декомпенсированной ОТКН в предоперационном периоде зафиксирована ВБГ на уровне $29,3 \pm 2,8$ мм.рт.ст. В послеоперационном периоде динамика ВБГ: 1-е сутки – $20,1 \pm 3,0$ мм.рт.ст.; 3-и сутки – $13,8 \pm 2,2$ мм.рт.ст.; 5-е сутки – $9,1 \pm 2,1$ мм.рт.ст.; 7-е сутки – $6,8 \pm 0,9$ мм.рт.ст.

Заключение. Течение синдрома ВБГ в послеоперационном периоде зависит от исходного уровня ВБД. Так у больных с ВБГ I-II ст. уже в первые сутки послеоперационного периода уровень ВБД достоверно не отличается от контрольной группы. У больных с ВБГ III ст., уровень ВБД нормализуется к 3-м суткам послеоперационного периода. Наиболее длительно синдром ВБГ сохранялся у больных с ВБГ IV ст., в этой группе нормализация ВБД зафиксирована только к 5-м суткам послеоперационного периода.

767. НИЗКИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ. НУЖНА ЛИ ПРЕВЕНТИВНАЯ СТОМА?

Черданцев Д.В.(1), Поздняков А.А.(1), Тараденко Д.Н.(2), Шпак В.В.(2)

Красноярск

- 1) ГОУ ВПО КрасГМУ им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России,
- 2) КГБУЗ «КМКБ№20 им. И.С.Берзона»

Актуальность. Современные достижения мануальной хирургической техники, применение сшивающих аппаратов, внедрение малоинвазивных методик низкой передней резекции прямой кишки, к сожалению, не исключают возникновения несостоятельности низких колоректальных анастомозов, частота которых колеблется от 3,4-6,0% до 35,0% по данным разных авторов. Одним из методов профилактики этого осложнения на сегодняшний день считается наложение превентивной разгрузочной колостомы. Ряд авторов отмечают



как снижение частоты развития несостоятельности низких анастомозов на фоне превентивной колостомы, так и увеличение числа «консервативно излеченных» несостоятельности – до 55%. Вместе с тем, существует мнение, что для учета «окончательного результата лечения», следует учитывать и осложнения, связанные с наличием колостомы и осложнения, развивающиеся после ее устранения. По данным Saha A.K. (2009) осложнения после закрытия петлевых превентивных колостом развились в 22,8% наблюдений, в 10,0% это были несостоятельности наложенных анастомозов, летальность составила 2,5%.

Цель. Проанализировать результаты низких колоректальных анастомозов, наложенных без превентивных колостом.

Материалы и методы. В отделении колопроктологии КГБУЗ «КМКБ№20 им. И.С.Берзона» г.Красноярска низкие передние резекции традиционно выполняются без наложения превентивной колостомы. Таким образом, выполнен ретроспективный анализ послеоперационного периода у 149 больных после низких передних резекций с наложением колоректального анастомоза без превентивной колостомы за период с 1996 по 2015 года. Низкими считали анастомозы, локализующиеся не выше 10 см от зубчатой линии. В анализ не включены больные после брюшноанальных резекций и экстирпаций прямой кишки с низведениями толстой кишки.

Результаты. Из 149 больных женщин 103 (69,1%), мужчин 46 (30,9%). Преобладали больные в возрасте от 51 до 70 лет (59,1%). У 129 (86,6%) больных причиной резекции прямой кишки была злокачественная опухоль. У 113 (75,9%) больных анастомоз наложен сшивающими аппаратами, у 26 (17,4%) наложен позадипрямокишечный анастомоз с избытком, у 10 (6,7%) низкий ручной однорядный анастомоз. Осложнения, потребовавшие релапаротомий развились у 14 больных (9,4%), в группе с осложнениями мужчины и женщины распределились поровну 7 и 7. При этом частота осложнений среди женщин составила 6,8%, а среди мужчин – 15,2%, подтверждая мужской пол в качестве неблагоприятного фактора развития послеоперационных осложнений. Число несостоятельности анастомозов – 8 (5,4%), все несостоятельности развились после операций по поводу злокачественных новообразований. Из 8 больных с несостоятельностью у 7 наложены аппаратные колоректальные анастомозы и у 1 ручной колоректальный анастомоз. Умерло 2 больных из 149 прооперированных (летальность 1,3%), в обоих случаях смерть наступила на фоне прогрессирующего перитонита, ассоциированного с несостоятельностью колоректального анастомоза.

Заключение. Проведенный ретроспективный ана-

лиз свидетельствует о том, что частота осложнений и летальность после низких колоректальных анастомозов, наложенных без превентивных колостом, не превышает суммарных данных по осложнениям и летальности после низких передних резекций с превентивной колостомией и последующих реконструктивно-восстановительных вмешательств.

768. ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК КРИТЕРИЯ ТЯЖЕСТИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Поздняков А.А.(1), Рябков Ю.В.(2), Шпак В.В.(2), Черданцев Д.В.(1)

Красноярск

- 1) ГОУ ВПО КрасГМУ им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России,
- 2) КГБУЗ «КМКБ№20 им. И.С.Берзона»

Актуальность. Обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) считается многогранной патологией, клиническая картина которой зависит от локализации препятствия (правая или левая половина), от выраженности нарушения пассажа (полная или частичная), и что очень важно для выбора лечебной тактики – степени компенсации (присоединение тонкокишечной непроходимости, развитие органных дисфункций). В связи с этим, клиническая классификация ОТКН многократно видоизменялась и дополнялась. В актуальных клинических рекомендациях по колопроктологии, под редакцией Ю.А.Шельгина (2015), рекомендована для клинического применения классификация, основанная на работе проф. Ачкасова Е.Е. (2009), в основу которой положена рентгенологическая семиотика тяжести ОТКН. В этой классификации выделяют два уровня непроходимости (высокая и низкая), две степени нарушения пассажа (полную и частичную), три степени компенсации (компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную). **ЦЕЛЬ.** Оценить уровень ВБГ, как дополнительный простой диагностический критерий определения степени компенсации ОТКН, основанный на непрямом измерении внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) через мочевого пузыря.

Материалы и методы. Методика непрямого измерения ВБГ через мочевого пузыря технически проста и доступна в любом лечебном учреждении. Нами проведено исследование уровня ВБГ при различных степенях тяжести ОТКН. Уровень ОТКН определяли при ирригоскопии. В исследование



включено 60 больных, экстренно госпитализированных с клинической картиной ОТКН и полной обтурацией просвета толстой кишки.

Результаты. У 16 больных диагностирована компенсированная ОТКН, у 24 – субкомпенсированная ОТКН и у 20 декомпенсированная ОТКН. Всем больным при поступлении рутинно, в процессе предоперационной подготовки, выполняли измерение уровня ВБГ. В результате исследования, установлено, что у больных с компенсированной высокой и низкой ОТКН уровень ВБГ не превышал 20 мм.рт.ст. составляя в среднем $16,4 \pm 2,8$ мм.рт.ст. При субкомпенсированной высокой и низкой ОТКН уровень ВБГ составил $22,1 \pm 1,8$ мм.рт.ст., не превышая 25-26 мм.рт.ст. Декомпенсированная ОТКН сопровождалась повышением уровня ВБГ выше 25 мм.рт.ст., составляя в среднем $28,8 \pm 2,7$ мм.рт.ст. Таким образом, компенсированная ОТКН сопровождается ВБГ I-II ст. тяжести по классификации WSACS, субкомпенсированной ОТКН соответствует III ст. тяжести ВБГ, а при декомпенсации ОТКН у всех больных наблюдается IV ст. тяжести ВБГ.

Заключение. Величина ВБГ в предоперационном периоде может служить дополнительным критерием, позволяющим определить степень компенсации ОТКН, независимо от уровня непроходимости. А так же может определить тактику лечения при трудностях постановки диагноза на основании рентгенологической картины или временного фактора.

ний в возрасте от 20 до 68 лет (средний возраст $43,7 \pm 3,9$ лет), составивших контрольную группу. Критериями включения в основную группу являлись тромбоз вен нижних конечностей (поверхностных, глубоких), документально подтвержденные при дуплексном сканировании в В-режиме, а также тромбоэмболия легочной артерии, доказанная с помощью МСКТ, ЭХО-кардиографии, ангиопульмонографии. Критериями исключения из основной группы являлись онкологические заболевания, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, оперативные вмешательства, острые инфекции, возраст пациентов моложе 17 и старше 70 лет. В анализируемых группах по стандартным методикам изучено количественное содержание СРБ в сыворотке крови на автоматическом иммунохимическом анализаторе Immulite 2000 (Siemens) с использованием высокочувствительного твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа «Immulite 2000 hsCRP» (Siemens). У больных контрольной группы среднее содержание СРБ в сыворотке крови составило $0,9 \pm 0,23$ мг/л. Результаты и обсуждение. В основной группе концентрация СРБ более 3,0 мг/л в сыворотке наблюдалась у 74,4% больных, тогда как в контрольной группе - у 2,5% больного ($p < 0.05$) и от 1,01 до 3,0 мг/л [$OR = 0.928$; 95% CI: 0.793-1.085; $p > 0.05$] не сопровождалось увеличением отношения шансов (ОШ) развития ВТЭО. Тогда как, содержание СРБ в сыворотке более 3,0 мг/л было ассоциировано с увеличением ОШ развития ВТЭО в 1,7 раза [$OR = 1.721$; 95% CI: 1.437-2.062].

769. С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЕР ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Петриков А.С. (1,2), Шойхет Я.Н. (1),
Белых В.И. (1)

Барнаул

1) АГМУ, 2) ДЦАК

Цель исследования: изучить количественное содержание СРБ в сыворотке и его ассоциативное влияние в зависимости от концентрации на отношение шансов развития ВТЭО.

Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование были включены 199 больных (105 мужчин и 93 женщины) с документально подтвержденными венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) в возрасте от 17 до 70 лет (средний возраст $42,1 \pm 1,8$ лет), составивших основную группу, и 40 здоровых лиц (19 мужчин и 21 женщина) без признаков каких либо заболева-

770. ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОМ СТЕНОЗЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ересько Ф.А., Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В.,
Карчевский Е.В., Симонян О.А.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Важным прикладным значением интегральных шкал является использование их для выбора объема хирургической тактики при декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе (ДРЯС) и оценки их эффективности. Они весьма значимы в прогнозе исходов и осложнений.

Цель: обосновать хирургическую тактику при декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе (ДРЯС) на основании критериев интегральных шкал APACHEII и SOFA.



Материалы и методы. Материалом настоящего исследования явились результаты лечения 86 больных с суб- и декомпенсированным стенозом, оперированных в 2012- 2016 годы в клинике госпитальной хирургии №2 Первый МГМУ им.И.М. Сеченова (клиническая база ГКБ им. С.С.Юдина (бывшие №7 и ГКБ №79 до 2016). Из них 39 (45,3%) оперированы по поводу декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза (ДРЯС). Больные относились к категории среднетяжелых, тяжелых и крайне тяжелых больных (средняя оценка тяжести состояния по шкале APACHEII $17,56 \pm 5,42$ балла). В соответствии с поставленными задачами программа исследований включала: определение клинико-лабораторных переменных, необходимых для интегральной оценки по шкале APACHEII при поступлении в стационар и ежедневной оценки ;определение клинико-лабораторных параметров, необходимых для ежедневной оценки тяжести состояния по шкалам органной дисфункции SOFA и прогноза вероятности летального исхода.

Результаты и обсуждение. Для оценки клинической эффективности лечения пациентов с ДРЯС определяли тяжесть состояния при поступлении по APACHEII, а также главные предикторы летального исхода – продолжительность операции, степень органной дисфункции по шкале SOFA и исход лечения. По поводу декомпенсированного стеноза ДПК операция выполнена у 39 (%) пациентов. Органосохраняющие операции выполнены 10 (25,6%) больным, различные виды резекции желудка. Операция по Бильрот-1 произведена у 18 (%) больных, по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – 6 больным, резекция желудка по Ру -15 больным. После резекции желудка летальных исходов не было. В отдаленном периоде после резекции желудка наблюдали демпинг-синдром у 2 пациентов. У наиболее тяжелых больных (10) декомпенсированным стенозом с учетом величин APACHEII 20-25 баллов и SOFA (7и более баллов), а также прогноза вероятности летального исхода лечение разделили на 2 этапа. На первом этапе производится баллонная дилатация стеноза, направленная на восстановление пассажа желудочного содержимого; на втором этапе (через 7-10 дней) после коррекции водно-электролитного баланса и метаболических нарушений- оперативное лечение (поперечная пилорoduоденопластика у 5больных и резекция желудка –у 5 пациентов). Интраоперационная оценка риска неблагоприятного исхода, позволяющая во время операции определить ее объем (пилорoduоденопластика или резекция желудка) возможна на основании шкалы органной дисфункции SOFA ($\rho=0,671$).

771. СИСТЕМНЫЕ РЕПЕРФУЗИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ И ДЕКОМПРЕССИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Багдасаров В.В., Басараб Д.А. Багдасарова Е.А, Ярков С.А., Симонян О.А., Гавашелашвили Н.О.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Установлено, что ишемические и реперфузионные повреждения (ИРП) являются главным фактором в патогенезе многих критических состояний. Реперфузия оксигенированной кровью является неотъемлемым условием для предотвращения гибели ишемизированной ткани. Вместе с тем, реперфузия ишемизированной ткани сама по себе может повлечь целый каскад лавинообразных трудноуправляемых и нередко фатальных для клеток постишемических расстройств. Результаты экспериментальных и клинических исследований дали основание выделить реперфузионные повреждения в особую категорию патофизиологических процессов, получивших название "реперфузионный синдром". Цель: привлечь внимание хирургов и врачей intensivистов к проблеме реперфузионных повреждений после рентгенэндоваскулярной реваскуляризации при острой интестинальной ишемии и после декомпрессии брюшной полости у больных с интраабдоминальной гипертензией. Материал и методы исследования .Материалом исследования являются результаты лечения 47 больных с острой интестинальной ишемией (ОИИ) и 138 больных с распространенным перитонитом с интраабдоминальной гипертензией у 32 (23,2%) из них. (кафедра госпитальной хирургии №2 Первый МГМУ им.И.М.Сеченова на базе ГКБ им.С.С.Юдина) в период с 2010 по 2015 г. В работе использовали разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм: пациентам с подозрением на ОИИ после обзорной рентгенографии и УЗИ брюшной полости выполняли СКТ с болюсным контрастированием. При выявлении признаков интестинальной окклюзии проводили аортомезентерикографию. В случаях обнаружения окклюзии ВБА выполняли эндоваскулярные вмешательства (механическая реканализация проводниками, тромбаспирация, катетерный (локальный)тромболизис, ангиопластика, стентирование). Восстановление кровотока контролировали повторной мезентерикографией через 12-24 часа . У 32 больных (23,2%) , поводом к выполнению «релапаротомии по требованию»



у больных с ушитой наглухо брюшной раны, явилось развитие интраабдоминальной гипертензии, которая сопровождалась развитием реперфузионного синдрома после декомпрессивной лапаротомии. РЕЗУЛЬТАТЫ: из 47 больных у 36 (76,6%) - диагностирована окклюзия в системе ВБА; у 11 (23,4%) больных диагностирован критический стеноз ВБА. Больным с острой окклюзией ВБА в 36 наблюдениях проведено эндоваскулярное восстановление кровотока. Антеградная механическая реканализация проводниками выполнена 21 больным с аспирационной эмболтромбэкстракцией – у 12 больных и катетерный тромболитический – у 3 пациентов. Баллонная ангиопластика проведена 18 (41,9%) пациентам, при этом у 5-х (14,7 %) из них с последующей имплантацией стента. У 9 (20,9%) больных с критическим стенозом ВБА выполнена баллонная дилатация с имплантацией стента у 5 с успешным ангиографическим результатом. Технический успех рентгенэндоваскулярных вмешательств у пациентов с нарушением кровотока в ВБА был достигнут в 83,9 % случаев. В 26 (72,2%) случаях наблюдался реперфузионный синдром после эндоваскулярных вмешательств. Реперфузионный синдром (после реваскуляризации при ОИИ и после декомпрессивной релапаротомии) в послеоперационном периоде сопровождался выраженным снижением уровня системного АД, системными проявлениями в виде ацидоза, гиперкалиемии, гипоксии, полиорганной недостаточности. Выявлена взаимосвязь клинической картины реперфузионного повреждения тканей с показателями газового состава крови. Лабораторными проявлениями реперфузионного синдрома являются падение артерио-венозной разности по кислороду. Величина PO_2 и степень насыщения Hb кислородом в смешанной венозной крови, в отличие от артериальной, уменьшаются. Это, в свою очередь, приводит к росту величины А-В разницы по степени насыщения крови кислородом. В экспериментальных наблюдениях было показано, что у животных с острым нарушением мезентериального кровообращения, с началом реперфузии степень деструктивных процессов в кишечной стенке начинала прогрессивно нарастать, затрагивая наиболее активный в функциональном плане слизистый слой. Через 90 мин реперфузии структурные повреждения слизистой оболочки тонкой кишки были более значительны, чем в период ишемии. Реперфузия кишечника приводила к значительному на 46% снижению АДСР по сравнению с его исходным значением. К 90 мин реперфузии АДСР снижалось уже на 62,7%. Таким образом, в динамике ишемии и реперфузии проявлялась отчетливая тенденция к поддержанию более или менее стабильного уровня давления крови во время ишемии и к значительному резкому падению

давления в реперфузионный период. Применение перфторана (ПФ) в практике лечения реперфузионных расстройств кишечника крайне ограничено и механизмы его действия при данной патологии мало изучены. Влияние ПФ выражается в более отчетливой тенденции к регенерации поврежденного слизистого слоя у крыс, которым вводили ПФ, тогда как у контрольных животных при реперфузии отмечается прогрессирование альтеративных расстройств, приводящих к некрозу кишечной стенки. При анализе механизмов защитного действия ПФ на слизистую оболочку кишечника следует иметь в виду, прежде всего, полифункциональные свойства эмульсии. Выводы: ПФ может оказывать мембраностабилизирующее воздействие на энтероциты в первоначальный период реперфузии, тем самым, предотвращая повреждение части из них и способствуя сохранению возможности к регенерации слизистого слоя кишечника в дальнейшем. Результаты проведенного исследования дают веские основания для проведения дальнейших исследований в данном направлении.

772. КОРРЕКЦИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ МЕТОДОМ РЕЗОНАНСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Фомин В.С., Яковенко В.Н., Гудков Д.А., Фомина М.Н., Стручков В.Ю., Тегай Р.А.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

В настоящее время по частоте встречаемости острый панкреатит (ОП) прочно занимает 3 место среди ургентной хирургической патологии, с лидирующими позициями в структуре летальности. ОП тяжелого течения (ТТ) и панкреонекроз составляют в среднем 1/5 от всех госпитализированных пациентов с панкреатитом. Летальность в этой группе не опускается ниже 22%. Ведущее значение в развитии летальных исходов при ОПТТ придается полиорганной недостаточности (ПОН), одним из компонентов которой является энтеральная дисфункция вследствие прогрессии пареза ЖКТ и роста внутрибрюшного давления. Цель: внедрение метода резонансной стимуляции (РС) перистальтической активности ЖКТ в лечении ОПТТ. Материалы. Анализирован исход лечения 47 пациентов, за период с 09.2015 по 12.2016, находившихся в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого по поводу ОПТТ. Все пациенты госпитализированы по каналу СМП. Тяжесть ОП



оценивалась согласно шкале Apache II и критериям Ranson; включенные в исследование пациенты соответствовали среднетяжелой/тяжелой степени тяжести ОП. Половой деморфизм – 80,8% мужчин, основные этиоформы – алкогольный ОП (44,6%), билиарный ОП – (51,1%). Были выделены: основная группа (25 пациентов, проспективно) и группа сравнения (22 пациента – ретроспективный анализ), соизмеримые по возрасту, полу, ТТ. В группе сравнения проводилось лечение ОПТТ согласно приказу №320 и НКР (2015). Пациентам 1 группы в лечении ОП для профилактики прогрессирования внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) проводились ежедневные сеансы РС ЖКТ на протяжении $M_{cp}5,7 \pm 1,7$ суток. Длительность РС варьировала 1,5 час - 6,9 час, $M_{cp}3,8 \pm 1,2$ часа. Интраабдоминальное давление (ИАД) определялось непрямым методом. Градация ВБГ соответствовала решению Конгресса Abdominal-Compartment Syndrome (2007). Результаты. Для определения степени нарушений перистальтической активности исследование в основной группе и группе сравнения началось с анализа моторно-эвакуаторной функции ЖКТ методом селективной полиграфии. Исходно активность возбудимых структур в обеих группах была не выражена, не превышая $9,7 \pm 4,8$ мкВ. В группе сравнения выполнялся лишь мониторинг, а в основной группе проводилась последовательная стимуляция всех структур ЖКТ с экспозицией не менее 1,5 - 2 часов в стандартных режимах (Яковенко В.Н. и соавт., 2000). В ходе исследования и лечения нами получены ответы возбудимых структур всех стимулированных отделов ЖКТ. Амплитуда вызванных сигналов верхних отделов ЖКТ достигала 76 ± 8 мкВ. При этом к 4 сеансу получены ответы всех стимулированных отделов ЖКТ с синхронизацией чувствительности перечисленных отделов и сохранением активности при фоновых режимах стимуляции с ростом максимальной чувствительности до $138 \pm 29,1$ (к исходу 6 сеанса) мкВ. Нами также наблюдались отдельные периоды активности возбуждения всех отделов ЖКТ с увеличивающейся амплитудой регистрируемых сигналов до 200-250 мкВ. В ходе мониторинга ИАД ВБГ 1ст отмечена у 12 пациентов группы 2 и 14 пациентов группы 1, ИАД составляло на начало исследования в 1 группе $14,4 \pm 3,9$ мм.рт.ст., а в группе 2 – $13,9 \pm 3,2$ мм.рт.ст. ($p \geq 0,05$). На момент истечения 1 фазы панкреонекроза (к 6-7 суткам наблюдения и соответственно стимуляции) ВБГ в основной группе на превышала $7,2 \pm 3,1$ мм.рт.ст. (при физиологически допустимых колебания до 7 мм.рт.ст.), в то время как значения ВБГ в группе сравнения составляли $10,9 \pm 4,1$ мм.рт.ст. ($p \leq 0,05$), а у 4 пациентов отмечались признаки ВБГ 1 степени (значения более 12 мм.рт.ст.) и, соответственно, риск развития энтеральной недостаточности и по-

тенцирование «порочного круга» ПОН при ОПТТ. Выводы. Прогностическое значение измерения, стабилизации, а также уменьшения степени ВБГ у больных тяжелым ОП является одним из основополагающих моментов патогенетической терапии, позволяющей минимизировать риск ПОН, в том числе энтеральной недостаточности. Считаем необходимым при выявлении тенденции повышения внутрибрюшного давления применение различных методик стимуляции, в том числе и РС ЖКТ в комплексной терапии ОП.

773. СЕПСИС И СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Совцов С.А., Прибыткова О.В.

Челябинск

ГБОУ ВП ЮУГМУ Минздрава России

По нашим, ранее опубликованным данным, за последние 10 лет количество госпитализированных больных острым панкреатитом увеличилось в 2 раза, из них с панкреонекрозом в 2,5 раза - с 24% до 40%. Около 20 – 25% пациентов с острым панкреатитом имеют тяжелую форму болезни, часто приводящие к полиорганной недостаточности и смерти. Количество субтотальных и тотальных поражений поджелудочной железы при некротических формах острого панкреатита за последние 10 лет так же увеличилось с 43% до 65%. Предпологающими факторами развития сепсиса при панкреонекрозе являются : многофокусность очагов некротического процесса, невозможность их одномоментного удаления или санации в оптимальные для больного сроки; вовлечение в процесс и в очаги гнойной секвестрации стенок сосудов с развитием тромбозов и тромбоваскулитов; близкое соседство резервуаров условно – патогенной инфекции (желчевыделительная система, толстая кишка); благоприятные условия экзогенного инфицирования, в связи с применением дренажей и тампонов; дополнительное инфицирование очагов секвестрации при возникновении дигестивных свищей; высокая протеолитическая активность в очагах гнойной секвестрации, способствующая прорыву в кровь и генерализации инфекта; многократность saniрующих вмешательств, каждое из которых сопровождается разрушением защитных барьеров и генерализацией инфекции (бактериемией). Нами в последние 5 лет наблюдались 1 751 больной острым панкреатитом, из них у 79% была интерстициальная форма заболевания. У остальных пациентов отмечено развитие пан-



креонекроза. У 217 человек (12,4%) развились различные формы гнойных осложнений панкреатита в виде абсцессов поджелудочной железы и окружающей клетчатки, гнойного бурсоомениста, диффузных флегмон забрюшинных клетчаточных пространств. У 68 человек из них (31,3%) диагностировано септическое состояние, которое устанавливали на основании имеющихся нарушений функций органов, гипоперфузии и гипотензии. Нарушение перфузии сопровождалось, как правило, выраженным лактацидозом, олигоурией и острыми нарушениями психического статуса. Основные принципы лечения инфицированного панкреонекроза остаются прежними: ранний своевременный и постоянный контроль инфицированного очага с преимущественно ранними мало- и инвазивными вмешательствами: (деэскалационный - "step-down" и эскалационный "step-up" подходами), системная антибактериальная терапия и поддержка пострадавших функций органов и систем организма. Панкреатогенный сепсис является наглядным примером эндогенной нозокомиальной инфекции у хирургических больных. Бактериальная мозаика панкреатогенного сепсиса состояла из нозокомиальных штаммов возбудителей, отличающиеся высокой и поливалентной резистентностью к антибиотикам: коагулазонегативные стафилококки, гемолитические стрептококки, псевдомонады, а также неспорообразующие анаэробы и дрожжеподобные грибы. Особенности гнойно-септических осложнений при деструктивном панкреатите это: расширение спектра возбудителей; постоянно изменяющийся уровень лекарственной устойчивости микроорганизмов. С одной стороны, всё чаще встречаются штаммы, образующие ферменты, разрушающие антибиотики, а с другой - нередко развивается иммунологическая резистентность организма, которая способствует развитию гнойно-септических осложнений и усугубляет их течение. В своей практике стратегия лечения панкреатогенного сепсиса и септического шока состояла из: 1. Своевременной и полноценной хирургической санации септических очагов (прежде всего, забрюшинных гнойников) и устранением источников генерализации инфекции. Осуществляли назоинтестинальную интубацию и дренирование тонкой кишки, проводили кишечный лаваж корригирующими растворами, энтеросорбцию, терапию энтеральной недостаточности (нутрицевтики, цитопротекторы, антиоксиданты, пребиотики) и селективная деконтаминация кишечника. 2. Рационально спланированная и длительная (многоступенчатая) антибактериальная терапия, направленная на эрадикацию возбудителя из очагов инфекции. Эмпирически использовали антибиотики широкого спектра действия для всех вероятных возбудите-

лей с внутривенным введением препаратов в течение 1 часа, когда идентифицировали панкреатогенный сепсис. Антибиотиками стратегического лечения являлись: карбопенемы 1 и 2 групп (имипенем, меропенем, дорипенем, эртапенем). При подозрении на MRSA использовали ванкомицин, линезолид, цефтолозан + тазобактам. Все пациенты получали полную нагрузочную дозу препаратов в моно варианте или комбинации в случаях у лиц с нейтропенией и *P. Aeruginosa*. Режим антибиотикотерапии оценивали ежедневно для определения возможной деэскалации с целью уменьшения резистентности микробов. После определения возбудителя и его чувствительности к препаратам, проводили деэскалацию через 3-5 дней по результатам бактериологического исследования или наличия клинического улучшения. 3. Комплекс интенсивного лечения перитонита включал базисную и адьювантную терапию. Для оптимизации гемодинамики осуществляли раннее целенаправленное лечение. Протокол инфузионной терапии при наличии сепсис-индуцированной гипоперфузии (когнитивные нарушения, симптом «бледного» пятна либо мраморный цвет кожи нижних конечностей, снижение темпа диуреза менее 0,5 мл/кг/час, повышение уровня лактата до и более 4 ммоль/л) и персистирующей гипотензии после начальной волемической нагрузки - предусматривал внутривенное введение кристаллоидов в объеме 30 мл / кг в течение 3-х часов с дополнительным вливанием жидкости, количество которой было основано на многократной повторной оценке гемодинамики с использованием динамических переменных тестов для оценки отклика на инфузию жидкости. При панкреатогенном шоке, гемодинамику стабилизировали и поддерживали на уровне среднего артериального давления в 65 мм . рт. ст. применением вазопрессоров. В качестве препарата выбора использовали норадреналин. При наличии респираторного дистресс синдрома механическую вентиляцию осуществляли с дыхательным объемом в 6 мл / кг с учетом массы тела больного и с верхней границей давления плато менее 30 см вод. ст. при пассивном раздувании легких. Сатурация крови в верхней полой вене (ScvO₂) или сатурация смешанной венозной крови (SvO₂) при этом должна быть 70% и 65% соответственно. При реализации этого протокола лечения удалось снизить показатель летальности при панкреатогенном сепсисе с 56,1% до 39,6%.



774. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТИСЕПТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Суковатых Б.С. (1), Еленская Е.А. (2),
Итинсон А.И. (2)

Курск

1) ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет 2) ОБУЗ КГКБ СМП

Цель исследования: сравнить эффективность мази «Левомеколь» и иммобилизированной формы гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы при лечении больных инфицированным панкреонекрозом. **Материалы и методы:** проведен анализ результатов диагностики и лечения 94 больных с распространенным инфицированным панкреонекрозом, лечение которых проводилось путем открытых программированных этапных санаций гнойно-некротических очагов. Больные были разделены на две статистические однородные группы по полу, возрасту, причинам развития деструктивного панкреатита, степеням внутрибрюшного давления, эндотоксикоза, полиорганной недостаточности. Первую группу составили 48 пациентов, которым после некрсеквестрэктомии для санации гнойных очагов использовалась мазь «Левомеколь», а вторую – 46 пациентов, лечившихся по той же технологии, с введением в сальниковую сумку раствора гипохлорита натрия в геле полимеров. Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по динамике системного эндотоксикоза, полиорганной недостаточности по шкале SOFA, частоте осложнений и летальности, а в отдаленном периоде по качеству жизни больных. Для оценки выраженности эндотоксикоза определяли динамику лейкоцитоза, ЛИИ в послеоперационном периоде после каждого санационного этапа. **Результаты:** на всех сроках наблюдения показатели системного эндотоксикоза оставались в первой группе выше, чем в основной: после первой санации в 1,2 раза, после второй – в 1,4 раза, после третьей и четвертой – в 1,5 раза. Выраженность полиорганной недостаточности в первой группе была выше, чем во второй: после первой санации – в 1,1, после второй в 1,4, после 3-й и 4-й – в 1,3 и после 5-й – в 1,6 раза. В первой группе ранние осложнения послеоперационного периода развились у 22(45,8%), а во второй группе – у 16(34,8%). Летальность в первой группе составила 39%, а во второй – 30,4%. В отдаленном послеоперационном периоде сахарный диабет развился у 29(47,5%) одинаково часто в обеих группах. Физический компонент

здоровья в первой группе равен $37,86 \pm 1,84$, а во второй $43,63 \pm 2,04$, а психологический соответственно $38,16 \pm 1,26$ и $41,21 \pm 1,25$. **Обсуждение:** иммобилизованная форма гипохлорита натрия превосходит мазь «Левомеколь» по эффективности лечения инфицированного панкреонекроза. **Вывод:** применение иммобилизованных форм гипохлорита натрия в лечение инфицированного панкреонекроза патогенетически обосновано и эффективно.

Рекомендации: иммобилизованная форма гипохлорита натрия может применяться в условиях работы общехирургических стационаров центральных районных, городских и областных больниц.

775. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Рыбачков В.В., Моканов О.А., Быков А.С.,
Афанасов И.В., Маслов Е.В., Аленкин А.Г.

Ярославль

ЯГМУ

Актуальность. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости (ОКН) остается одной из наиболее сложных и далеко не решенных проблем в экстренной абдоминальной хирургии. Частота её в ургентной хирургии достигает 9,4%, а показатели летальности несмотря на интенсивное внедрение в практику новых медицинских технологий остаются стабильно высокими, достигая в ряде случаев 15 – 25 %.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ структуры острой кишечной непроходимости (ОКН) неопухолевого генеза за последние 14 лет. За этот период времени в клинике пролечено 1014 больных с данной патологией.

Результаты. Основной причиной ОКН явилась острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) – 91,1% (924 больных). На долю неспаечной ОКН приходилось 8,9% (90 больных), из них заворот сигмовидной кишки составил 5%, желчнокаменная кишечная непроходимость – 1,6%, узлообразование тонкой и толстой кишки – 0,9%, заворот тонкой кишки – 0,8%, инвагинация тонкой кишки – 0,3%, внутреннее ущемление – 0,2%. Анализ ОКН за последние 14 лет, показал неуклонное увеличение последней. Так, если за первые 7 лет (2003 – 2009 г.г.) было госпитализировано 386 больных, то уже в последующие 7 лет (2010 – 2016 г.г.) – в 1,6 раза больше (628 случаев). Данное



увеличение было за счет ОСКН, уровень которой по сравнению с более ранним периодом времени, вырос в 1,7 раза. Среди неспаечных форм ОКН за исследуемые периоды времени отмечается увеличение в 1,4 раза желчнокаменной кишечной непроходимости. Хирургическая активность при спаечной непроходимости имела тенденцию к уменьшению (с 30,8% за 2003-2009г.г., до 15,7% в последующие семь лет) при общей хирургической активности 23,6%. В течении ОКН нами выделялись три стадии: энтеральной гипертензии, энтеральной недостаточности и перитонита. Соответственно, в I стадии было оперировано 42,5%, во II – 47,1%, в III – 10,4%. Наиболее отчетливые изменения при ОКН в системе гомеостаза наблюдались во II и III стадии. В этот период развивается изотоническая дегидратация. В плазме крови повышаются некротические тела, молекулы средней массы, диеновые конъюгаты и церулоплазмин (в 1,5 – 2,3 раза). Нарушается обмен гистамина, серотонина, катехоламинов и ацетилхолиноподобных веществ в головном мозгу, сердце, легких, почках, печени, приводящей и отводящей тонкой кишке. Общая тенденция сводилась к угнетению симпатико-адреналовой системы в почках, печени и приводящей кишке, и активации последней в головном мозге, миокарде, легких. Лечение больных с ОКН проводилось в зависимости от стадии заболевания. Считаем необходимым, начиная со II стадии заболевания проводить дренирование тонкой кишки. В соответствии с этим в I стадии интубация кишки была выполнена только у 18% больных, во II – у 84%, в III – в 91% случаев. Интубация тонкой кишки в I стадии ОКН была обусловлена обширным спаечным процессом в брюшной полости. Послеоперационная летальность составила 2,5%. Наибольший процент летальных исходов был в пожилом и старческом возрасте (21,4%). В возрасте 31-60 лет летальность составила 9,8%, до 30 лет – 2%. У больных с неспаечной ОКН уровень летальности составил 17,8%. При этом самые высокие показатели были при билиарной непроходимости (22%), что обусловлено атипичной клинической картиной и запоздалым оперативным лечением. В структуре ОСКН, наиболее высокий уровень летальности наблюдался у больных с ранней спаечной послеоперационной механической кишечной непроходимостью (15%), причем первая операция у этих пациентов выполнялась, также по поводу спаечной непроходимости. В зависимости от стадии заболевания летальность заметно изменялась. В I стадии показатель летальности составил 1,6%, во II – 11,3%, в III – 57,8%.

Выводы. При II и III стадии ОКН необходим комплексный подход к лечению. Положительное влияние на выявленные изменения гомеостаза оказывают энтерооксигенация, энтеросорбция,

внутрисосудистое лазерное облучения крови и не-прямая электрохимическая детоксикация. Их применение позволило снизить послеоперационную летальность в 1,5 раза.

776. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ

*Петриков А.С.(1,2,3), Шойхет Я.Н.(1,3),
Карбышев И.А.(2), Дудин Д.В. (1,3)*

Барнаул

1) АГМУ, 2) ДЦАК,
3) КГБУЗ Городская больница №5

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность дабигатрана и варфарина у больных с тромбозом глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) в реальной клинической практике с доказанной тромбофилией в течение года.

Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование были включены 183 пациента с тромбозом глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) в возрасте от 18 до 79 лет с подтвержденной тромбофилией. Основную группу составили 57 больных (33 мужчины и 24 женщины) с ТГВ и ТЭЛА, принимавших дабигатрана этексилат. В группу сравнения включено 126 больных (65 мужчин и 61 женщина), которым назначался в течение года варфарин. Набор и включение больных в исследование осуществлялись последовательно с января 2011 г. по февраль 2016 г. Пациентам, включенным в исследование, до февраля 2014 года назначался варфарин, после - дабигатран. Критериями включения являлись возраст больных от 18 до 79 лет, наличие документально подтвержденный ТГВ и/или ТЭЛА, доказанная тромбофилия. Критериями исключения являлись онкологические заболевания, оперативные вмешательства, острые инфекции, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, авиаперелеты, а также противопоказания к применению препарата дабигатран. После выписки из стационара пациенты наблюдались и обследовались амбулаторно в течение года. Лечение больных с ВТЭО в остром периоде проводилось с учетом утвержденных клинических рекомендаций. Анализировалась эффективность препаратов в отношении развития рецидивов ВТЭО, оценивался профиль безопасности в отношении развития



больших и клинически значимых кровотечений, реканализация венозного русла. Анализируемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру поражения, видам тромбофилии. Диагностика тромбофилий и клинико-лабораторная диагностика проведены по стандартным методикам. Лабораторная диагностика включала определение основных клинических, биохимических показателей периферической крови и системы гемостаза, маркеров воспаления и содержания гомоцистеина, аллельного полиморфизма 12-и генов, кодирующих компоненты плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза; генов, вовлеченных патогенез эндотелиальной дисфункции.

Результаты и обсуждение. Впервые возникший венозный тромбоз в основной группе наблюдался у 45 больных (78,9%), а в группе сравнения - у 87 больных (69,0%); ($p>0,05$). Рецидивирующий характер заболевания в основной группе установлен у 12 больных (21,1%), а в группе сравнения - у 39 больных (31,0%); ($p>0,05$). В группе дабигатрана изолированный тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) наблюдался у 49 больных (86,0%), а в группе варфарина - у 111 больных (88,1%); ($p>0,05$). Сочетание ТГВ и ТЭЛА в группе дабигатрана отмечено у 8 больных (14,0%), а в группе варфарина - у 15 больных (11,9%), ($p>0,05$). Комбинированные формы тромбофилий (сочетание двух факторов и более) в основной группе наблюдались у 89,5% больных, в группе сравнения - 87,3% ($p>0,05$). У всех больных основной группы прием дабигатрана в течение года не сопровождался развитием нежелательных и побочных реакций. Переносимость препарата, как по оценке самих больных, так и врачей была отличной и хорошей. Летальных исходов в анализируемой группе установлено не было. Применение дабигатрана в течение 6 месяцев в основной группе у 37 больных сопровождалось развитием одного клинически значимого кровотечения (2,7%), тогда как в группе сравнения на фоне применения варфарина развитие клинически значимого геморрагического синдрома установлено у 10 больных (7,9%), [OR=0,48; OR= [0,07-3,08; $p>0,05$]. Терапия дабигатраном в течение 6 месяцев у 37 больных основной группы сопровождалась развитием одного случая рецидива тромбоза в поверхностных венах на бедре и голени в бассейне БПВ (2,7%). В группе сравнения у 6 больных установлено развитие рецидива тромбоза в глубоких венах, а у двух - в поверхностных венах нижних конечностей (всего 6,3%); [OR=0,38; OR= [0,06-2,54; $p>0,05$]. По данным УЗАС на фоне лечения через 6 месяцев установлено, что полная и частичная ре-канализация подвздошных вен в группе варфарина наблюдалась у 18 пациентов (69,2%), а в группе дабигатрана - у 11 пациентов (84,6%), ($p>0,05$). Полная или частичная рекана-

лизация бедренного сегмента в группе варфарина установлена у 46 пациентов (95,8%), а в группе дабигатрана - у 25 пациентов (96,2%); ($p>0,05$). Применение варфарина у больных в течение 6 месяцев сопровождалось полной реканализацией подколенной вены у 16 больных (36,4%), а в группе дабигатрана - у 18 больных (56,2%); ($p>0,05$). Полная реканализация берцовых вен в группе варфарина через 6 месяцев наблюдалась у 10 больных (38,5%), а в группе дабигатрана - у 18 пациентов (58,1%); ($p>0,05$). Оклюзионные формы в подколенном и берцовом сегменте на фоне лечения ни у одного больного через 6 месяцев не наблюдались. Таким образом, дабигатрана этексилат, применяемый в фиксированной дозе 150 мг 2 раза в сутки на небольшой группе больных с ТГВ/ТЭЛА и доказанной тромбофилией в течение в течение 6-12 месяцев продемонстрировал сопоставимый благоприятный про-филь безопасности и эффективности в отношении развития рецидивов ВТЭО и может являться адекватной альтернативой варфарину при пролонгированном лечении этой категории больных.

777. РОЛЬ АНГИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ СТОП ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*Бабушкина Ю.В. (1), Фоминых А.Н. (1),
Галимзянов Ф.В. (1,2), Бурлева Е.П. (2)*

Екатеринбург

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая
больница № 1», (1)
ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет» (2)

Цель – изучить непосредственные результаты ангиопластики у пациентов с трофическими язвами (ТЯ) стоп, связанными с нейроишемическим типом синдрома диабетической стопы (СДС).

Материал и методы. В течение 2016 года 30 пациентов с ТЯ нижних конечностей на фоне нейроишемического типа СДС были направлены подиатром кабинета «Диабетическая стопа» ОКБ № 1 г. Екатеринбурга для реваскуляризации конечностей в условиях стационара. Сахарный диабет 2 типа зарегистрирован у 26 (86,7%), стаж диабета от 0 до 24 лет ($M=12,2$ года), $m\backslash j=1\backslash 1$, средний возраст = 67,5лет. Сахарный диабет 1 типа установлен у 4 пациентов (13,3%), стаж диабета от 21 до 46 лет ($M=34,0$ года), $m\backslash j=3\backslash 1$, средний возраст = 56,0 лет. Предоперационное обследование включало определение уровня периферической чувствительности



стоп, показателей гликированного гемоглобина, липидного спектра и креатинина, уточнение наличия ретинопатии, выполнение ФГС, УЗИ сердца и брахиоцефальных артерий, КТ-ангиографии артерий нижних конечностей. Уровень гликированного гемоглобина составлял 6 % -12,2% (M= 8, 49%) (n=22). 13 пациентов из 30 (43,3%) имели мультифокальный характер поражения с перенесенными в анамнезе острыми сердечно-сосудистыми событиями (ОНМК, ПИКС). Тяжелая (пролиферативная, непролиферативная) диабетическая ретинопатия диагностирована у 1/3 пациентов, диабетическая нефропатия (ХБП 3 -5) зарегистрирована также у 1/3 пациентов. Высокая ампутация контрлатеральной нижней конечности в анамнезе - у 1 пациента. Для оценки тяжести ишемии и инфекции все поражения стоп были ранжированы по классификации Техасского университета. Стадии C0-CIII - 10 пациентов (33,3%), DI - 2 (6,7%), DIII - 18 (60,0%). Всем пациентам произведены реваскуляризирующие эндоваскулярные вмешательства (баллонная ангиопластика): бедренной артерии - 19, подколенной - 3, артерий голени - 3, бедренной артерии + артерий голени - 5. Результаты лечения. С 0: (n=2) - купирование критической ишемии конечности. С I: (n=4) - эпителизация ТЯ -2, сохранение ТЯ - 2. С II: (n=2) - малая ампутация-1 (без полного заживления), сохранение ТЯ -1. С III: (n=2) - малая ампутация (первичное заживление) -2. D I: (n=2) - сохранение ТЯ. DIII: (n=18) - малая ампутация - 14 (первичное заживление - 13), некрэктомия - 2 (сохранение ТЯ), сохранение ТЯ - 2. Летальный исход в течение 1 года - 3 (10,0%). Реокклюзии в течение 1 года - 11 (40,7%). Повторные операции в течение 1 года: ангиопластика - 1, бедренно-подколенное шунтирование - 2 (тромбоз шунта - 1), бедренно-тибиальное шунтирование -1 (тромбоз шунта). Таким образом, выполнение ангиопластики пациентам с ТЯ на фоне нейроишемической формы СДС позволило сохранить опорную конечность в течение 1 года во всех случаях, при этом, малые ампутации выполнены в 17 случаях (63,0%), полное заживление ТЯ стопы достигнуто в 70,3% случаев. Пациенты с ТЯ на фоне сахарного диабета, перенесшие эндоваскулярные вмешательства, требуют динамического наблюдения для контроля адекватности послеоперационной терапии и своевременного выявления реокклюзий артериального русла конечностей.

778. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДЬЕЛАФУА

*Дряженков И.Г.(1), Парунов С.И.(1),
Першакова А.С.(1), Щетко В.И.(1),
Завьялова Н.И. (1), Уткина А.А.(1)*

Ярославль

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

Актуальность: Среди причин желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) выделяют две большие группы - кровотечения язвенной (44-49 % больных) и неязвенной (51-56 % пациентов) природы. К последней относится синдром Дьелафуа, являющийся причиной желудочно-кишечных кровотечений в 0,9 % - 5,9 % случаях.

Материалы и методы: За период 2006 по 2016 гг. в клинике госпитальной хирургии ЯГМУ на базе ГАУЗ ЯО КБ №9 6013 пациентам с клинической картиной кровотечения из верхних отделов ЖКТ была выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с диагностической и лечебной целью. Из поступивших, число больных с неязвенными ЖКК составило - 1802 (29,9 %). Пациентов с варикозно расширенными венами пищевода и желудка было 250 (13,9 %), больных с синдромом Меллори-Вейса - 454 (25,2 %). Фибринозно-геморрагический эзофагит, а также эрозивный эзофагит с признаками кровотечения был выявлен у 494 (27,4 %) человек, геморрагический гастрит - у 334 (18,5 %) пациентов. Опухолевые заболевания, явившиеся причиной кровотечения из верхних отделов ЖКТ были у 238 (13,2 %) больных. Синдром Дьелафуа был диагностирован у 32 (1,8 %) человек. Всем больным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия. У пациентов с синдромом Дьелафуа была выявлена клиническая картина: бледность кожных покровов - 93,8%, тахикардия - 87,5%, гипотония - 37,5%, тошнота и сухость во рту - 12,5%, рвота по типу «кофейной гущи» - 25%, черный стул - 87,5%. Поступившие больные были в возрасте от 22 лет до 82 лет (средний возраст - 41год), из них мужчин - 62,3%, а женщин - 37,5%. Легкая степень кровопотери была выявлена у 37,5%, средняя - у 53,1%, тяжелая - у 9,4%. Результаты и обсуждение: Из 32 больных с синдромом Дьелафуа во время выполнения первичной экстренной эзофагогастродуоденоскопии данная патология была обнаружена в 75% случаях, а 25% пациентам потребовалось повторное исследование для вы-



явления источника кровотечения. Проблемность визуализации заключалась в том, что синдром Дъелафуа имеет малую площадь поражения на фоне интактной слизистой и может скрываться за тромбом-сгустком либо промывными водами. Во время выполнения первичной эзофагогастро-дуоденоскопии было диагностировано наличие свежей крови в желудке в 46,9% случаях, в 31,2% - старой крови. Отсутствие крови отмечено у 21,9% пациентов. Критериями выставления заключения синдрома Дъелафуа явилась эрозия округлой или овальной формы с кровоточащим или тромбированным сосудом. Слизистая оболочка в области сосуда была несколько приподнята в виде полипа или «пенька». В 30 случаях источник кровотечения находился на малой кривизне желудка в верхней трети тела ближе к задней стенке, в 1 случае - в пищеводе перед кардией и у одного пациента - на передней стенке тела желудка. Продолжающееся кровотечение диагностировали в 15 наблюдениях (46,9 %), остановившееся – в 17 (53,1 %). Всем больным выполнялся эндоскопический гемостаз. С этой целью использовались следующие эндоскопические методы: моноэлектрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, клипирование сосуда. Все способы гемостаза являлись комбинированными, дополняемые инъекцией раствора адреналина в слизистую вокруг сосуда. Предпочтения при эндоскопическом гемостазе отдавали аргоноплазменной коагуляции и эндоклипированию. Пациенты госпитализировались в хирургическое отделение или в отделение реанимации с проведением гемостатической, инфузионной и противоязвенной терапии. Первичная остановка кровотечения путем эндоскопического гемостаза была эффективна у 29 (90,6%) больных. Хирургическое вмешательство (гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда) было выполнено 3 (9,4%) больным при рецидивном кровотечении. Из них, у 1 (3,1 %) больного наступил летальный исход. Выводы: Частота синдрома Дъелафуа среди больных с желудочным кровотечением неязвенной этиологии составила 1,8 % случаев. Применение эндоскопического гемостаза, позволяет сократить число открытых оперативных вмешательств. Эффективность эндоскопического гемостаза достигает 90,6%.

779. ТРАВМА ГРУДИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Зайцев Д.А. (1,2), Лишенко В.В. (1,2), Хохлов А.В. (1), Козюра О.В. (1), Гневашева Н.А.(1)

Санкт-Петербург

1) ФГБУ ВЦЭРМ МЧС России 2) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

До настоящего времени, четко не определены роль и место т.н. новых технологий, широко внедряющихся в повседневную клиническую практику. До сих пор, как бы это ни казалось парадоксальным, обсуждаются показания и противопоказания к таким манипуляциям, как торакоскопия (видеоторакоскопия), миниторакотомия и пр., даются рекомендации о «тщательном отборе пациентов», к примеру, для видеоторакоскопии (ВТС) и т.п. Необходимо подчеркнуть, что указанные манипуляции – всего лишь доступ, а обсуждать стоит объем дальнейших действий в зависимости от «находок» и возможность выполнения тех или иных видов оперативного пособия, привязываясь к наличию тех или иных материально-технических средств. Иными словами, следует говорить об идеальном (оптимальном) объеме и характере помощи, в зависимости от наличествующих сил и средств. Это должно побуждать совершенствовать оснащение стационаров и квалификацию сотрудников. В основу алгоритма «фасттрек» для травмы груди должны быть поставлены все современные методы диагностики: компьютерная томография, торако- и лапароскопия, УЗИ – исследование грудной и брюшной полости. Если компьютерная томография и УЗИ брюшной полости стали рутинными методами обследования, то по поводу роли и месту торакоскопии (ТС) при травме груди, как указывалось выше, продолжаются дискуссии. Мы считаем, что ТС, в том или ином виде, должна выполняться всем пациентам с травматическим пневмо-, гемотораксом, как элемент дренирования плевральной полости (ПП) в условиях местной анестезии. По существу – это предпосылание дренажной трубке «глаза» в ПП в виде любого оптического инструмента (лапароскоп, бронхоскоп, холедохоскоп). Осмотр ПП во время ее дренирования по «штатным» показаниям – при пневмотораксе, гемотораксе, гемопневмотораксе, позволяет получить очень ценную информацию: имеется ли продолжающееся внутриплевральное кровотечение, величина гемоторакса, наличие свернувшегося гемоторакса и его объем, наличие поврежденных диафрагмы. Эта информация, естественно, может коренным образом повлиять на алгоритм лечеб-



но-диагностических мероприятий. Такую ТС, во время дренирования ПП, мы называем первичной или обзорной. Если обстановка не позволяет выполнить первичную ТС (необходимость выполнения экстренной операции при сочетанной травме) при дренировании ПП, мы прибегаем к методике т.н. отсроченной ТС. Она заключается в том, что при необходимом дренировании ПП, гильза троакара оставляется в межреберье и фиксируется при помощи специального приспособления (патент № 209127592/22; Заявл. 10.07.2009; Опубл.10.11.2009), а в качестве дренажа используется катетер Фолея – при раздувании его манжеты предотвращается миграция его из ПП. После окончания экстренной операции другой локализации (брюшной полости, черепа, костях), катетер Фолея извлекается и проводится окончательный осмотр ПП. Такая методика была выполнена у 19 пациентов с сочетанной травмой. У 12 из них такая ТС была завершена обычным дренированием, поскольку целесообразности в дальнейших манипуляциях не было (отсутствие продолжающегося кровотечения, значимого повреждения диафрагмы, легкого). У 7 пострадавших были выполнены операции: ВТС под наркозом с ушиванием раны легкого и остановкой продолжающегося кровотечения у 3 пострадавших, диатермокоагуляция поверхностных ран легкого с остановкой кровотечения – в 2 случаях, диатермокоагуляция сосудов межреберья и мягких тканей у 1 пациента; торакотомия и ушивание диафрагмы – выполнена у 1 пострадавшего. В последующем, после стабилизации состояния по другим органам и системам у 4 из 12 пострадавших (у которых ТС заканчивалась дренированием), была выполнена санация плевральной полости, в связи с наличием верифицированного свернувшегося гемоторакса, при помощи ферментного лизиса террилитином и в 1 случае плановая ВТС под наркозом с репозицией отломка ребра, выступающего в ПП острым краем. Имеется также и опыт сомнительной целесообразности применения ТС. Он касается выполнения ВТС как самостоятельного вмешательства при травме груди под наркозом и инсуффляции газа в ПП у 4 пострадавших с сочетанной травмой. При этом у 3 из них ВТС оказалась напрасной и только усугубила тяжесть состояния, обусловленную травмой других органов, и у 1 пострадавшего произошла остановка сердца, которую можно связать с воздушной эмболией. Таким образом, применение т.н. первичной ТС при дренировании ПП у пострадавших с травмой груди, в т.ч. с сочетанной, позволяет оптимизировать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, а также своевременно диагностировать такие сложные для верификации осложнения травм, как разрывы диафрагмы.

780. К ВОПРОСУ ВЫБОРА СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

*Тарбаев С.Д., Седов В.М., Рутенбург Г.М.,
Гостевской А.А., Тарбаев И.С.*

Санкт-Петербург.

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова,
кафедра факультетской хирургии, зав. кафедрой
– проф. В.М.Седов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных путем подбора наиболее адекватного варианта герниопластики.

Материалы и методы: Клиника факультетской хирургии обладает 25 летним опытом более чем трех тысяч герниопластик по модифицированной нами пластике по Nyhus, общая частота рецидивов не превышает 1,2 %; на базе кафедры в городском центре эндовидеохирургии выполнено более 5 тысяч герниопластик по методике TAPP, защищены 3 докторских и 5 кандидатских диссертации; мы имеем опыт более 800 операций по Лихтенштейну, более 700 операций многослойной глубокой пластики и более 200 – по Шоулдайсу. Все пациенты находятся под контролем членами СНО кафедры. Невозможность устранить производящие причины формирования грыж в виде колебаний внутрибрюшного давления вынуждают направлять усилия на максимально возможно надежное укрепление слабых мест брюшной стенки в области пахово-бедренного сгиба, отдавая предпочтение универсальным методикам герниопластик. Основными факторами, определяющими выбор варианта герниопластики мы считаем: местные анатомические особенности (размеры грыжевых ворот, предполагаемые изменения мышечно-апоневротических структур, первичная или рецидивная грыжа, в последнем случае - виды предыдущих герниопластик), возможность использование общей анестезии, индивидуальные пожелания пациента (согласие на применение сетчатых протезов, желание не ограничивать физические и спортивные нагрузки и т.п.). Грыжевые выпячивания «малых» и «средних» размеров могут быть устранены несколькими способами. Паховые грыжи больших и гигантских размеров не могут быть надежно устранены из традиционного пахового доступа. Высота пахового промежутка более 4 см, либо размеры внутреннего кольца пахового канала более 3 - 4 см, диктуют необходимость преперитонеальной герниопластики с ушиванием имеющихся дефектов и протезированием брюшной стенки. Рецидивы грыж после пластики по Лихтенштейну, а также после пластики местными тканями из пахового доступа – являются показанием



к использованию доступа минуя паховый канал. При рецидиве после лапароскопических способов герниопластики целесообразны вмешательства из пахового доступа. При врожденных паховых грыжах, вероятно, имеются ограничения для применения эндовидеохирургического варианта пластики, в виду сложностей, связанных с полноценным удалением грыжевого мешка. У пациентов пожилого возраста при отсутствии противопоказаний к общей анестезии, и выраженной сопутствующей патологии – наиболее оправданы преперитонеальные способы пластики с протезированием брюшной стенки без и с использованием эндовидеохирургической технологии. При высоком риске общей анестезии показаны: многослойная глубокая герниопластика по методике клиники, пластика по Шоулдайсу, модифицированная пластика по Лихтенштейну. Необходимость модифицировать классическую безнатяжную пластику по Лихтенштейну обусловлена целесообразностью восстановить нормальные размеры внутреннего кольца пахового канала (по Иоффе, по Н.Н.Каншину, по методике клиники), укрепить проекцию бедренного канала.

Выводы: Универсальными способами паховой герниопластики мы считаем методики, предполагающие укрепление обеих паховых ямок и проекции бедренного канала, а, по-возможности, и надпузырной ямки. Наиболее предпочтительными являются преперитонеальные способы пластики с протезированием брюшной стенки без и с использованием эндовидеохирургической технологии.

781. МЕТОД СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ СТРИКТУР В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

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

Москва

ГБУЗ ГКБ №52 ДЗМ

Наибольший опыт применения стентов накоплен при стриктурах различных органов опухолевого генеза и является стандартом лечения ряда патологий. Существуют положительные и отрицательные стороны стентирования: положительными являются минимальная травма, немедленное раскрытие просвета, быстрое восстановление естественного питания. Отрицательной стороной является то, что стент растягивает стенку органа; покрытие стента не всегда надежно; стент, как правило отсутствует в нужный момент и стоимость его достаточно вы-

сока. Нами было проведено 191 стентирование, из них 139 (73%) в плановом порядке и 52 (27%) в экстренном порядке. Все пациенты были доставлены к нам в клинику по наряду скорой помощи с жалобами на невозможность принятия пищи и воды, боли за грудиной. При обследовании на гастроскопии была выявлена раковая опухоль пищевода у 94 пациентов, кардио-эзофагеальная опухоль-56, рецидив опухоли гастроэнтероанастомоза-5, сдавление извне опухолью средостения-3, бронхо-пищеводный свищ-5, несостоятельность анастомоза-2, рубцовое сужение анастомоза-1, прорастание стента-стент в стент-11, стенозирующая опухоль выходного отдела желудка-11. У одного больного – это был прогрессирующий рост опухоли культи желудка одним стентом мы восстановили проходимость сразу в 2 отделах и в кардиоэзофагеальном переходе и в гастроэнтероанастомозе. Прежде чем установить стент наряду ЭГДС проводили КТ, рентгеноскопию с водорастворимым контрастом. В большинстве случаев применяли стенты как частично покрытые так и полностью покрытые. После установки стентов всем пациентам удалось наладить питание без дополнительной гастростомии, уменьшить вводно-электролитные потери, значительно улучшить качество жизни. После стентирования во всех случаях устранялась дисфагия. Больные получали возможность приема через рот сбалансированного полноценного питания. Боли в грудной клетке возникали у 100% больных в ближайшем послеоперационном периоде, у 98% больных болевой синдром незначительным, в остальных случаях потребовалось использование наркотических анальгетиков - из 193 больных только у 2 пациентов наблюдалась миграция стента, была проведена успешная репозиция стента во всех случаях - после стентирования больные нуждаются в регулярном динамическом контроле, так как изменение характера жалоб может указывать на развитие поздних осложнений. По нашему мнению применение пищеводных стентов в условиях ургентной хирургической клиники может помочь в безвыходной ситуации и является спасительной процедурой.



782. РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСПАПИЛЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АЛИМЕНТАРНОГО ПАНКРЕАТИТА И ОСТРОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Дибиров М.Д.(1), Домарев Л.В.(2), Ивлев В.П.(2),
Шитиков Е.А.(2)

Москва

1) ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
МЗ РФ 2) ГБУЗ г. Москвы «ГКБ имени С.И.
Спасокукоцкого» ДЗ г. Москвы

Актуальность темы: Острый алкогольный (алиментарный) панкреатит занимает 2-е место в статистике госпитализации острой хирургической патологии, что обуславливает высокую социальную значимость указанного заболевания. Частота острого алиментарного панкреонекроза и смертность от него остается высокой. Пусковым механизмом развития острого алиментарного панкреатита и панкреонекроза является токсическое воздействие метаболитов этанола на ацинарные клетки поджелудочной железы и эпителий панкреатического протока, рост панкреатической гипертензии, активация механизмов протеолиза. Эндоскопическая декомпрессия главного панкреатического протока (ГПП), выполненная в срочном порядке, путем вирсунготомии и/или стентирования ГПП при остром алиментарном панкреатите ведёт к ликвидации панкреатической гипертензии, обрыву активного воспалительного процесса, снижению риска инфицирования парапанкреатической клетчатки. Стентирование при панкреонекрозе по данным отдельных авторов (Дюжева Т.Г., Джус Е.В. и др.) способствует сохранению каркасности панкреатического протока, снижает риск формирования внутреннего панкреатического свища.

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопического транспапиллярного лечения при остром алиментарном панкреатите и остром панкреонекрозе в условиях стационара экстренной медицинской помощи. **Материалы и методы.** С ноября 2013 г. по январь 2017 г. в эндоскопическом отделении ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого у 65 больных с клинико-инструментальной картиной острого алиментарного панкреатита и панкреонекроза по срочным показаниям были выполнены эндоскопические вмешательства с целью декомпрессии ГПП. Показаниями у указанных больных явились: клиническая картина, данные инструментальных методов (УЗИ, КТ с в/в контрастированием), лабораторные изменения (гиперамилаземия более 500 ЕД, гиперлипаземия более 200

ЕД). Вмешательство было выполнено у 42 мужчин (64,6%) и у 23 женщин (35,4%). Противопоказаниями к вмешательству явились отдельные тяжелые формы острого алиментарного панкреонекроза с явлениями ферментативного перитонита, панкреатогенного шока, инфицированные скопления, абсцедирования и органные дисфункции (сердечно-сосудистая, почечная недостаточность) и минимальная степень тяжести острого панкреатита (гиперамилаземия менее 450 ЕД, УЗ-картина отечной формы острого панкреатита, положительный эффект от консервативной терапии в течение 6-8ч с момента поступления). Эндоскопическое пособие при противопоказаниях ограничивалось установкой назоэнтерального зонда. У 65 больных по срочным показаниям в течение 24-48 часов с момента поступления выполнялась видеодуоденоскопия с попыткой канюляции БДС. У 56 больных (86,2%) канюляция БДС оказалась успешной, у 9 больных (13,8%) (I группа) визуализация или канюляция БДС на фоне выраженного отека продольной складки вертикальной ветви 12ПК после многократных попыток была безуспешной, всем 9 больным был установлен назоэнтеральный зонд. У 8 пациентов из 65 (12,3%) (II группа) удалось канюлировать общий желчный проток, была выполнена холангиография, при которой диагностировано отсутствие билиарной гипертензии, но канюляция ГПП струной-проводником или выполнение стентирования ГПП не представлялись возможным (стриктуры ГПП, аномалии развития, сдавление отечной головкой ПЖ), эндоскопическая декомпрессионная папиллотомия (ЭДПТ) в этой группе не выполнялась, всем больным был установлен назоэнтеральный зонд. У 11 больных из 65 (16,9%) (III группа) был канюлирован общий желчный проток, выполнена холангиография, при которой диагностировано отсутствие билиарной гипертензии, канюляция или стентирование ГПП также технически не выполнены, но всем больным выполнена ЭДПТ до 1,0см и также установлен назоэнтеральный зонд. У 27 пациентов из 65 (41,6%) (IV группа) после видеодуоденоскопии канюлирован струной-проводником главный панкреатический проток на протяжении головки, тела железы и выполнена декомпрессия путем установки полностью перфорированного полипропиленового или тефлонового стента длиной от 3,0см до 7,0см (протекция перешейка ПЖ) диаметром 5-7Fr, канюляция общего желчного протока и ЭДПТ/вирсунготомия в этой группе не проводились. У 10 больных из 65 (15,4%) (V группа) была выполнена отдельная канюляция общего желчного и главного панкреатического протоков, холангиография для подтверждения отсутствия билиарной гипертензии, ЭДПТ/вирсунготомия и стентирование ГПП пластиковым стентом.



Результаты. В I группе у 5 больных (55,6%) исход ограничился острым панкреатитом с выздоровлением, у 4 (44,4%) был диагностирован панкреонекроз, проводились санационные хирургические вмешательства (лапароскопия, лапаротомия, холецистостомия, санация сальниковой сумки и брюшной полости), 2 (22,2%) умерло. Во II группе процесс завершился на стадии острого панкреатита у 7 (87,5%), у 1 (12,5%) диагностирован очаговый панкреонекроз перешейка, не потребовавший санационного хирургического вмешательства, все 8 пациентов выписаны. У пациентов III группы исход в виде купирования острого панкреатита достигнут у 8 (72,7%), все больные выписаны, панкреонекроз диагностирован у 3 (27,3%). Из них у 2 (18,2%) – прогрессирующее течение, проводились программные санационные вмешательства с летальным исходом, у 1 (0,09%) – ограниченный панкреонекроз головки, купированный консервативной терапией, больная выписана. В IV группе стент ГПП был установлен у 12 пациентов (44,4%) с острым панкреатитом с исходом в выздоровление, у 15 – с панкреонекрозом (55,6%) (на ранней стадии панкреонекроз был выявлен у 10 со степенью по Араче-II более 20 баллов) проводились программные санационные хирургические вмешательства, умерло 7 (26%), выписано 7 (26%), 1 пациент продолжает лечение (парапанкреатическая флегмона с некрозом поперечно-ободочной кишки). В группе летальных исходов 2 с фульминантным панкреонекрозом со смертью в течение 48 часов после стентирования, у 1 – прогрессирование некроза на фоне раннего удаления стента ГПП, у 1 – дислокация стента ГПП с пролежнем латеральной стенки 12ПК. В V группе ЭДПТ/вирсунготомия и стентирование ГПП было выполнено у 7 пациентов (70 %) с острым панкреатитом (исход – выздоровление), и у 3 (30%) – с панкреонекрозом (2 с мелкоочаговым панкреонекрозом на фоне проведенной консервативной терапии выписаны, 1 пациентка, которой в течение суток выполнены эндоскопическая декомпрессия ГПП и лапароскопическая санация сальниковой сумки, скончалась на 3-и сутки на фоне острой почечной недостаточности). Суммарно по всем группам: эндоскопические вмешательства были выполнены у 39 поступивших с острым алиментарным панкреатитом (60%) (все больные выписаны) и у 26 пациентов с панкреонекрозом (40%) (в результате этапного лечения выписаны 14 больных – 21,5%, умерло – 12 больных – 18,5%). Панкреатический стент удалялся у больных в разные сроки (от 5 до 29 дней) перед выпиской при повторной ЭГДС (дуоденоскопии). Осложнения эндоскопических вмешательств: 2 кровотечения при выполнении ЭДПТ/вирсунготомии купированы эндоскопически, 1 дистальная дислокация стента ГПП с пролежнем латеральной стенки 12ПК в течение

9 дней с момента стентирования – стент удален, на фоне прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной флегмоны больной умер. Случаев ретродуоденальной перфорации не было. Выводы. Эндоскопическая ретроградная декомпрессия ГПП различными методами при остром алиментарном панкреатите легкой степени тяжести, выполненная в ранние сроки заболевания (24-72 часа), вероятно, способствует обрыву каскада патологических реакций и процесса мелкоочагового некроза на стадии отека паренхимы и формирования острых ограниченных жидкостных скоплений. Одновременно с этим, проведенный выше анализ указывает на сомнительность высокой значимости предложенных методов декомпрессии при начальной тяжелой форме острого алиментарного панкреатита (диффузном панкреонекрозе) в прогрессировании активности некроза, снижении риска инфекционных отсроченных осложнений (панкреатический абсцесс, нагноившаяся киста ПЖ, парапанкреатическая флегмона, абдоминальный сепсис), снижения риска органных дисфункций (острая сердечно-сосудистая и почечная недостаточности). Считаем принципиальным диагностическим шагом разделение этих двух патологий и подходы к лечению, и продолжение накопления клинического опыта для окончательной оценки роли и возможностей эндоскопического транспиллярного лечения у этой категории больных.

783. ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ВНУТРИБРЮШНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАРЦИНОМАТОЗОМ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И.

Москва

ФГБУ "ГНЦК им. А.Н.Рыжих" Минздрава РФ

Актуальность. ПК развивается примерно у 15% больных РТК и характеризуется плохим прогнозом для жизни. Так, медиана выживаемости пациентов, оперированных по поводу колоректального рака с ПК на фоне послеоперационной химиотерапии (ХТ), не превышает 2 лет. За последние четверть века произошло качественное улучшение ситуации в лечении больных с перитонеальным карциноматозом. Если ранее больным выполнялись только эксплоративная лапаротомия или симптоматическая операция, то разработка и внедрение в клиническую практику комбинированного подхода, включающего агрессивную ци-



торедуктивную операцию и интраоперационную внутрибрюшную химиотерапию с последующей системной химиотерапией, позволили не только продлить сроки жизни считающейся ранее безнадёжной категории больных, но и в ряде случаев добиться пятилетней выживаемости. Целью исследования стала оценка непосредственных результатов лечения и выживаемости пациентов, оперированных по поводу РТК с ПК. Материалы и методы. С декабря 2009 по январь 2017 года в ГНЦК в проспективное обсервационное исследование включен 91 больной, оперированный по поводу РТК с ПК. Вследствие интра- или экстраабдоминальной распространенности опухолевого процесса у 15(16,5%) больных оперативные вмешательства носили симптоматический характер или были ограничены эксплоративной лапаротомией. В анализ включено 76 больных, которым выполнены циторедуктивные операции (ЦО) и ВБХТ по поводу ПК. Потенциально резектабельные метастазы в печень и легкие имели 15(20%) пациентов. ПК был синхронным у 57 (75%), а метасинхронным у 19(25%) оперированных больных. Первичная опухоль локализовалась в левой и правой половине ободочной кишки в 43(57%) и 24(32%) случаях, соответственно, а также в 9(11%) наблюдениях - в прямой кишке. рТ4-стадия первичной опухоли была диагностирована в 57 (75%) наблюдениях, а метастазы в лимфатические узлы обнаружены в 61 (80%) макропрепарате. Значение перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) у оперированных больных колебалось от 1 до 23. Медиана составила 3 (2;6). Результаты. Смертность и частота развития послеоперационных осложнений в 30-дневный период после операции составили 0% и 25%, соответственно. У 13(17%) больных развилось 19 осложнений, 4 из которых потребовали выполнения релапаротомии. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) составила 20(10;н/д), а общей выживаемости – 36(22;54) месяцев. Одно- и трехлетняя безрецидивная выживаемость оказалась равна - 64% и 31%, соответственно. Одно-, трех- и пятилетняя общая выживаемость составила - 86%, 48% и 24%, соответственно. При многофакторном анализе выявлено, что уровень ПКИ ($p=0,0007$) и наличие внебрюшинных метастазов ($p=0,0097$) являются независимыми прогностическими факторами БВ. При эмпирическом анализе пограничное значение ПКИ, при котором выявились достоверные различия ($p=0,044$) во времени возникновения рецидива, оказался равен 8. Медиана БВ при уровне ПКИ менее 8 составила 24(11;н/д) месяцев, а более 8 - 10(7;17) месяцев. У 34(45%) из 76 пациентов, перенесших циторедуктивные операции, возник рецидив карциноматоза. 19(56%) из 34 были оперированы по поводу возникшего рецидива ПК. При этом у 18 удалось

добиться полной циторедукции. 8 из 18 пациентов были оперированы по поводу второго рецидива карциноматоза. Полная циторедукция достигнута у 6 больных.

Выводы. ЦО вместе с ВБХТ у больных РТК с ПК при приемлемом для циторедуктивных операций уровне послеоперационных осложнений и нулевой летальности позволяют достичь у ряда больных пятилетней выживаемости. Кроме того, отмечено увеличение БВ у пациентов с ПКИ менее 8 более чем в 2 раза, по сравнению с пациентами, у которых ПКИ был выше этого значения.

784. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

*Алиев М.А., Магомедов Р.З.,
Мухтаров Г.Г., Курбанов Б.М.*

Махачкала

Городская клиническая больница № 1

Актуальность проблемы. Хирургическое лечение паховых грыж является одной из актуальных проблем современной медицины. Актуальность проблемы обусловлено с одной стороны, с их чрезвычайной распространенностью, с другой, с частыми рецидивами заболевания. По данным различных авторов рецидивы паховых грыж составляют от 2 до 10%. Поэтому поиски эффективных методов хирургического лечения не теряет смысла и по настоящее время. В связи с этим мы проанализированы в сравнительном аспекте, результаты хирургического лечения паховых грыж с использованием полипропиленовой сетки (Лихтенштейну), модифицированным методом Трабукко и ненатяжной фасцио-апоневротической пластики пахового канала местными тканями.

Целью исследования явилось оценка эффективности различных способов пластики паховых грыж. Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 128 больных, из которых по Лихтенштейну прооперированы 64 больных, комбинированным способом по Трабукко-24 больных и ненатяжной фасцио-апоневротической пластикой -40 больных. Техника операции по Лихтенштейну : выделяли грыжевой мешок. При прямой – вместе с содержимым вправлялась в брюшную полость, без вскрытия грыжевого мешка, при косой- грыжевой мешок вскрывался, содержимое вправлялась в брюшную полость, у шейки мешок прошивали, излишки иссекали. Полипропиленовую сетку устанавливали над мышцами и фиксировали непрерывным швом по периметру пахового



промежутка, с обязательной фиксацией к лонному бугорку. Апоневроз ушивали над семенным канатиком. При операции по Трабуко после удаления или вправления в брюшную полость грыжевого мешка формировали ложе между задней стенкой и апоневрозом наружной косой мышцы живота. Сетка Hertra, помещалась в это ложе, без подшивании к окружающим тканям. Сетка обладает идеальной жесткостью и памятью формы к плоскому положению, поэтому она не сворачивается и не сморщивается. Сверху ее укрывали апоневрозом косой мышцы живота. В послеоперационном периоде она легко прорастает соединительной тканью и представляет собой однородный барьер. Следует подчеркнуть, что при операции по Трабуко семенной канатик располагается под кожей, поверх апоневроза наружной косой мышцы живота, что обеспечивает минимальный контакт имплантата с семявыносящим протоком. Мы несколько изменили технику операции по Трабуко, укрепив дополнительно паховый канал полипропиленовой сеткой. Техника ненатяжной фасцио-апоневротической пластики пахового канала заключалась в том, что после грыжесечения проводилось ушивание поперечной фасции узловыми швами в виде дубликатуры. Мышца, поднимающее яичко рассекалась. Пластику пахового канала позади семенного канатика, что позволяет ликвидировать наружное паховое кольцо.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали следующие послеоперационные осложнения: гематома - у 2-х больных после операции по Лихтенштейну и 1 больного после фасцио-пластической пластики пахового канала. Боли в паховой области и дискомфорт ощущали более 1 недели 3 больных после операции по Лихтенштейну и 2-х больных после операции модифицированным способом по Трабуко. Серозные выделения из раны сохранялись более 2-х недель у 4-х больных после операции по Лихтенштейну и 1 больного по Трабуко. Отдаленные результаты изучены у 44 больных. Рецидив грыжи возник у 1 через 3 года больного после операции по Лихтенштейну и 1 больного через год после ненатяжной фасцио-пластической операции.

Выводы. Данные исследования показывают, что применение вышеназванных методик вызывают минимальное количество послеоперационных осложнений и рецидивов грыж.

785. ДИНАМИКА УРОВНЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Тургунов Е.М., Мугазов М.М., Матюшко Д.Н., Кенесаров А.С., Ералиева У.Н.

Караганда, Казахстан

Карагандинский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. У пациентов с острой абдоминальной патологией в 30% значительно повышение внутрибрюшное давление, при этом у 5,5% таких пациентов развивается крайний вариант в виде компартмент синдрома, являющегося тяжелым осложнением с высоким уровнем летальности.

Цель: Оценить динамику интраабдоминального давления (ИАД) в до- и послеоперационном периоде у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы исследования. В исследование включены 78 пациентов, из них мужчин – 43 (55,1%), средний возраст составил 43,6 (SD=12,7) лет. Пациенты с острым аппендицитом, осложненным перитонитом – 9(11,5%), острым холециститом - 46 (59,0%), перфоративной язвой – 7 (9,0%), острой кишечной непроходимостью - 16 (20,5%). Измерение ИАД проводилось с помощью прибора, разработанного совместно с сотрудниками Института ионно-плазменных технологий и современного приборостроения при Карагандинском государственном университете им. Е.А.Букетова. Всем пациентам ИАД измеряли до операции, через 6 и 24 ч после операции непрямым методом в мочевом пузыре через уретральный катетер. Для оценки степени интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) использовалась классификация M.L.Cheatham (2006): I степень - 12–15 мм рт. ст.; II - 16–20 мм рт. ст.; III - 21–25 мм рт. ст.; IV – более 25 мм рт. ст. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics 20.0 с вычислением средней величины, стандартного отклонения (SD) и 95% доверительного интервала (CI), достоверность различий в независимых группах определяли с помощью однофакторного дисперсионного анализа, а в парных исследованиях - с помощью непараметрического критерия Фридмана для нескольких зависимых групп. Различия считали значимыми при уровне р



786. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Иванов С.В., Лазаренко В.А., Иванов И.С.

Курск

ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет

Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки - актуальная проблема абдоминальной, реконструктивной и косметической хирургии. Количество больных с грыжами передней брюшной стенки не имеет тенденции к снижению. Основным принципом хирургического лечения вентральных грыж (ВГ) является пластика без натяжения тканей с применением эндопротеза. Очень важным направлением в герниологии является предупреждение возникновения и развития заболевания. В этом контексте, необходимы методики для раннего обнаружения «скрытых» признаков, указывающих на дисплазию соединительной ткани и опасность возникновения рецидивов. Поэтому исследования соотношения основных типов коллагена при помощи поляризационной микроскопии представляются важными и перспективными, позволяющими улучшить результаты лечения больных с ВГ. Целью исследования стала разработка методики прогнозирования риска возникновения ВГ и профилактики их развития после «открытых» операций на органах брюшной полости, основанной на сравнительном анализе закономерностей соотношения коллагенов I/III типов, определяемых при помощи поляризационной микроскопии в коже и апоневрозе у пациентов с ВГ и у людей без признаков патологии соединительной ткани. Гистологическое исследование и определение соотношения коллагена (исследование кожи и апоневроза) выполнено у 95 пациентов. Группа 1 - 46 пациентов с ВГ, материал эндопротезирования полипропилен, у 32 выполнена пластика типа Onlay, у 14 больных - по методике Sublay. Группа 2 - 49 пациентов, не являющихся грыженосителями (выполнялись полостные операции, не связанные с лечением абдоминальных грыж). Всем больным интраоперационно производилась биопсия кожи из области операционного доступа. Скальпелем иссекали фрагмент кожи и апоневроза размерами 4,0 X 4,0 мм. У больных без грыж применялась аналогичная методика. Из получаемых блоков изготавливали срезы толщиной 4-5 мкм, окрашивали пикросириусом красным (Sirius Red) по стандартной методике. Поляризационный микроскоп Altami Polar 2. Применение поляризационной микроскопии и окраски препаратов по методике

Sirius Red позволяет достоверно определять соотношение I/III типов коллагена (ТК). В ходе проведенного нами исследования с использованием поляризационной микроскопии получены результаты соотношения содержания коллагенов I/III типов в образцах кожи и апоневроза у больных с ВГ и без таковых. Нами установлено отсутствие достоверных отличий ($p > 0,05$) процентного содержания коллагена I типа в коже и апоневрозе у пациентов с ВГ ($51,48 \pm 1,83\%$ и $52,35 \pm 2,97\%$ соответственно). Исследование процентного содержания коллагена III типа в коже и апоневрозе у пациентов с ВГ ($48,52 \pm 1,83\%$ и $47,65 \pm 2,97\%$) привело к такому же результату - ($p > 0,05$). Аналогичная ситуация, естественно, складывается при вычислении соотношения коллагенов I/III типов у данной группы больных ($1,06 \pm 0,11$ и $1,11 \pm 0,15$). Из этого вытекает возможность определять «дефекты» структуры апоневроза, анализируя соединительнотканную структуру только кожи. Это важно, так как исследование апоневроза возможно только при условии проведения лапаротомии или лапароскопии, а определение соотношения ТК в коже возможно в амбулаторных условиях, что значительно упрощает использование данного метода в клинической практике. Учитывая наличие межгрупповых достоверных отличий ($p \leq 0,05$) процентного содержания коллагенов I/III типов, а также их соотношений в коже и апоневрозе ($1,06 \pm 0,1 - 2,26 \pm 0,29$ и $1,11 \pm 0,15 - 2,27 \pm 0,3$ соответственно), нами предложен метод выявления степени риска развития послеоперационной ВГ, позволяющий определять целесообразность превентивного протезирования передней брюшной стенки у пациентов, которым предстоит лапаротомная операция. Снижение соотношения I/III ТК в коже и апоневрозе ниже 2,1, по данным нашего исследования, является критерием риска развития ВГ, а также показанием к превентивному эндопротезированию.



787. ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ FAST TRACK

Крикунов Д. Ю. (1), Тоидзе В.В. (2), Сенько В.В. (2), Чургулиа М.З. (2), Акимов В.П. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», 2) Клиническая больница №122 имени Л.Г.Соколова ФМБА России

Одним из условий соблюдения принципов Fast Track при ведении больных, перенесших операции на органах брюшной полости является ранее восстановление моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). По данным литературы одними из наиболее эффективных методов стимуляции функции ЖКТ являются - применение жевательной резинки, а так же электростимуляция. Цель: изучить возможности различных методов стимуляции моторной функции ЖКТ (электростимуляция, жевательная резинка, медикаментозная терапия) для профилактики послеоперационных осложнений. В исследование включено 457 пациентов перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости (из них 137(30%)-герниопластика, 82(17,9%)- аппендэктомия, 82(17,9%)-оперативные вмешательства по поводу перфорации язв желудка и ДПК, 91(19,9%)-холецистэктомия, 65(14,3%)—оперативные вмешательства на толстой кишке с формированием анастомозов). Пациенты были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, полу, характеру оперативных вмешательств. I группа—160 пациентов (35% от общего количества)-которым после оперативного вмешательства проводилась электростимуляция, II группа—170 пациентов (37%)-стимуляция проводилась с использованием жевательной резинки, III-контрольная группа- стимуляция не проводилась. Средний возраст составил 58 лет. Мужчин было 140(30,6%), женщин 317(69,4%). Из них 197(43,1%) пациентам проведено плановое оперативное вмешательство. Для электростимуляции мы использовали аппарат «Эндотон—ОИБ», в режиме 50 Гц с силой напряжения прямоугольной формы от 10 до 20 мА в непрерывном режиме в течение 20-30 минут 4 раза в день, начиная с первых суток послеоперационного периода. При оценке эффективности методов профилактики параеза кишечника учитывались: клинические при-

знаки, данные электрогастромиографии желудка (ЭГС-4М), монографические потенциалы (электромиограф ЭМГСТ-01), внутрижелудочное давление (ВЖД)(аппарата Вальдмана, присоединенный к эндогастральному зонду), рентгенологическое исследование скорости прохождения контрастной бариевой смеси по ЖКТ. Результаты: В ранний послеоперационный период у больных первой группы получены следующие результаты: у 90,6 % больных перистальтика восстановилась после 2-3 сеансов(12-18 часов) электростимуляции. По данным электромиографии определяется полное восстановление электрической возбудимости мышц желудочной стенки. На электрогастрограммах был отмечен нормокинетический тип перистальтики. У 9,4% понадобилось от 4 до 5 (от 24-30 часов) у них на электрогастромах отмечался гипокинетический тип перистальтики, ВЖД нормализовалось параллельно с восстановлением моторно-эвакуационной функции кишечника. У больных второй группы: 93,6 %-перистальтика восстановилась через 24-48 часов с нормокинетическим типом перистальтики, у 6,4 % - через 48-60 часов. В контрольной группе желудочно-кишечная моторика восстановилась через 54-84 часа после операции. Функциональная кишечная непроходимость была отмечена у 7,5 % больных, что требовало проведения более долгосрочной медикаментозной стимулирующей терапии. Выводы: В ходе исследования экспериментальным методом было доказано, что электростимуляция является наиболее высокоэффективным способом профилактики моторно-эвакуационных расстройств (из рассмотренных нами) в раннем после операционном периоде. Метод электростимуляции ЖКТ является довольно простым в использовании, не требует объемных финансовых инвестиций и уменьшает срок госпитализации пациента (к-во к/д.), что способствует реализации принципов FastTrack. При этом метод является довольно трудоемким, так что не может быть применен для каждого пациента. Рекомендации: проанализировав полученные результаты, мы составили алгоритм действий, которых желательно придерживаться в послеоперационном ведении больных: 1-е сутки- стимуляцию проводить не стоит; на 2-ые в случае отсутствия признаков активизации ЖКТ - необходимо применить жевательную резинку; на 3-и в случае отсутствия признаков активизации ЖКТ - необходимо применить электростимуляцию по предложенной выше методике.



788. ОПТИМИЗАЦИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО И РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Гарипов Р.М., Нажипов Р.Д., Сагитов Р.Б.,
Загидуллин Р.А.

Уфа

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарозамещающих технологий ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Актуальность. Лечение больных с холедохолитиазом остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии, а в условиях обтурации желчных путей развитие холангита и печеночной недостаточности оперативное лечение является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью. К большому сожалению, несмотря на широкое внедрение современных технологий в хирургию, число ошибок даже в крупных специализированных клиниках, допускаемых при лечении больных желчнокаменной болезнью, сократилось незначительно. Поэтому, исследования в области оптимизации организации медицинской помощи и тактических подходов в хирургическом лечении данной категории больных являются актуальными, востребованными.

Материалы и методы. В период 2002-2017 гг. в клинике хирургии с курсами эндоскопии и стационарозамещающих технологий на базе Республиканской больницы Скорой медицинской помощи пролечено 157 больных рецидивным и резидуальным холедохолитиазом (возраст больных варьировал с 24 до 78 лет). Диагностическая программа представляла собой комплекс общеклинических и специальных инструментальных методов обследования (УЗИ, ФЭГДС, КТ, МРТ, ЭРПХГ, ЧЧХ, гастродуоденография, фистулохолангиография, фистулохоледохоскопия). Общеклинические данные позволили предположить лишь у части больных наличие механической желтухи, холангита, что не могло быть основополагающим в установлении показаний к хирургическому лечению. Поэтому решающее значение приобретали данные специальных инструментальных методов обследования состояния желчных путей, большого дуоденального соска и поджелудочной железы. При определении объема необходимых диагностических исследований мы исходили из следующих требований: 1) до операции – правильное установление показаний хирургическому лечению, определения возможности использования технологий (лароскопической, минидоступом) миниинвазивного оперативного вмешательства, выявление со-

путствующих заболеваний; 2) во время операции – окончательная верификация диагноза и выбор адекватной коррекции патологических изменений как со стороны желчных путей и большого дуоденального соска, так и со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной области.

Результаты и обсуждение. Внедрение в нашу практику оперативных вмешательств из минилапаротомного доступа при помощи специального набора инструментов, разработанного профессором Прудковым М.И. позволило значительно расширить показания к выполнению операций на внепеченочных желчных протоках миниинвазивным способом. Сочетание оперативных вмешательств из минидоступа с эндоскопическими методами также существенно изменило хирургическую тактику при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе. Применявшаяся ранее одномоментная коррекция всей патологии желчных путей из широкого лапаротомного доступа мы выполняем миниинвазивными методами в несколько этапов: 1). одноэтапная коррекция заключалась в эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), которая выполнена у 73 (46,5%) больных. Из них, как самостоятельный метод лечения ЭПСТ оказалась эффективной у 32 (43,8%) пациентов; 2). двухэтапная коррекция патологии желчных путей осуществлена у 64 (40,8%) больного – сначала выполнялась ЭПСТ, и при неэффективности через 2-5 суток холедохолитотомия через минидоступ; 3) трехэтапное хирургическое пособие при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе было проведено тяжелым больным при длительной механической желтухе, наличии клиники выраженной печеночно-почечной недостаточности, с нарушениями гомеостаза, связанные с длительной холемией – 20(12,7%) больным. Первым этапом выполняли минимальное вмешательство, направленное на уменьшение холемии – назобилиарное дренирование, чрескожночреспеченочная холангиостомия, холецистостомия. После стихания клинических проявлений (по общим показателям гомеостаза, лабораторных данных) осуществляли второй этап – ЭПСТ с удалением конкрементов и при ее неэффективности производили коррекцию патологии внепеченочных желчевыводящих путей через минилапаротомный доступ. Таким образом, внедрение в повседневную практику методов миниинвазивной технологии и появление возможности оказывать хирургическое пособие щадящим путем при различных формах течения рецидивного и резидуального холедохолитиаза потребовало существенным образом изменить тактику в выборе показаний к тому или иному оперативному лечению.



789. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» В РАМКАХ ПРОГРАММЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ХИРУРГИИ

Нуждихин А.В., Гаврилов В.В., Андросов С.М., Сёмушкин С.Л.

Тула

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»

Актуальность: В настоящее время все большее значение в хирургии приобретает быстрое освоение новых хирургических технологий, особенно эндохирургических вмешательств. Одним из способов достижения этой цели стали прямые видеотрансляции операций, выполняемые опытными хирургами.

Цель исследования: Оценить возможность системы «Телемедицина» в системе непрерывного профессионального образования врачей-хирургов региона с целью выработки единых тактико-технических подходов при выполнении стандартных операций.

Материалы и методы: В рамках программы развития здравоохранения и модернизации многие ЛПУ были оснащены комплексами «Телемедицина», предназначенными для проведения видеоконференций. В тульской области все ЛПУ, в составе которых есть хирургические отделения, оснащены подобными системами. Проведенный анализ выполненных хирургических операций показывает, что при их проведении хирургами используются различные технические подходы и методики. Очевидная необходимость стандартизации выполнения хирургических пособий сталкивается с невозможностью регулярного обучения хирургов из отдаленных районов в ведущих клиниках региона. Интеграция системы «Телемедицина» с видеоэндоскопическим комплексом или внешней камерой операционной, позволяет решать вопрос одновременного он-лайн обучения значительного числа хирургов, путем видеотрансляции без отрыва от производства и в заранее определенное время. Подобные трансляции из операционных ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» проводятся с 2016 года. Для этого был использован видеосервер DLINK DVS-301-1/B 1A и радиосистема AGK PERCEPTIN WIRELESS 4 SPRES BD U2 с петличным микрофоном СЛ 99. Это позволило обеспечить бесперебойную двустороннюю аудиосвязь с исключением посторонних звуков от операционного оборудования.

Результаты и обсуждение: Видотрансляции про-

водились в 16 ЛПУ области. Одновременно зарегистрированное количество слушателей от 23 до 48 участников. В среднем за одну трансляцию было задано 12 вопросов хирургу-эксперту. Всего было проведено 6 операций. По итогам трансляции в 6 районах были внедрены новые методики хирургических вмешательств.

Выводы: 1. Система «Телемедицина» технически позволяет проводить он-лайн видеотрансляции в рамках непрерывно профессионального образования хирургов. 2. Первый опыт применения этой обучающей технологии вызвал большой интерес среди врачей-хирургов. 3. Трансляция стандартизованных операций позволяет улучшить качество хирургической помощи в Тульской области путем внедрения новых операций, ранее не выполнявшихся в районных ЛПУ.

790. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ЖЕЛУДКА

Чайка А.В., Рябов А.Б., Хомяков В.М., Колобаев И.В., Черемисов В.В., Вашакмадзе Л.А., Соболев Д.Д., Ермошина А.Д., Уткина А.Б.

Москва

Московский научно-исследовательский онкологический институт им.П.А.Герцена - филиал ФГБУ "НМИРЦ" Минздрава России

Актуальность: Согласно современным принципам лечебной тактики при раке желудка, основным методом радикального лечения является хирургический. Нео- и адьювантная химиотерапия увеличивает безрецидивный период, но не предотвращает его развитие. Несмотря на расширенно-комбинированный характер операций при данной патологии, результаты лечения рака желудка (РЖ) по-прежнему остаются неудовлетворительными вследствие рецидивирования опухолевого процесса. Частота развития локо-регионарных рецидивов зависит от распространенности первичной опухоли и ее биологических свойств, а также от радикальности проведенного хирургического лечения, и по данным разных авторов составляет от 6 до 40%. При отсутствии отдаленных метастазов и сохранном функциональном состоянии пациента с локо-регионарным рецидивом рака желудка возможно проведение хирургического лечения. По данным литературы, резектабельность у таких больных составляет 3,7-40%. Двухлетняя выживаемость составляет 20-40%, 5-летняя – единичные наблюдения. Цель исследования – улучшение вы-



живаемости больных РЖ посредством хирургического лечения его рецидивов.

Материалы и методы: В условиях торакоабдоминального отделения МНИОИ им. П.А.Герцена за период 2000-2015гг проведено хирургическое лечение 38 больным с РРЖ. У 8 из них при первичном РЖ операция проведена в МНИОИ, у 30 - в других лечебных учреждениях РФ. При этом у 50% больных был диагностирован РЖ IIIA-B и IV стадии (IV стадия установлена у 1 больного при выявлении метастатически измененного лимфоузла брыжейки тонкой кишки; у другого – в лимфоузле основания а.colica media). Рецидив РЖ после проксимальной субтотальной резекции желудка диагностирован у 7 пациентов, после дистальной – 19, после гастрэктомии – 12. Средний безрецидивный период в группе - $23,1 \pm 3,5$ мес. РРЖ у 23 больных локализовался в анастомозе, 5 – в желудке, 7 экстраорганно в ложе, 3 –отдаленные олигометастазы. У 3 больных отмечались повторные рецидивы. В ходе лечения местный характер рецидива подтвержден у 32 больных, и им проведено хирургическое лечение, тогда как сочетание местного рецидива с генерализацией диагностировано у 6 больных, проведено симптоматическое лечение. Результаты: Всего выполнено 36 операций: 15 больным - экстирпация оперированного желудка, 8 - резекция пищевода-кишечного анастомоза (после гастрэктомии); 2 - ререзекция желудка после ДСРЖ; 8 - удаление экстраорганных рецидива; 3 - удаление солитарных олигометастазов. Хирургическое лечение в объеме R0 проведено 25 больным, в объеме R1 – 7, R2 - одному больному. Общая частота осложнений составила 44,5% (15 больных): 3 - Grade I по Clavien-Dindo, 5 - II, 2 - IIIA и 2 - IIIB; 2 - IV ; 1 больной (смерть от послеоперационных осложнений) - Grade V. Послеоперационная летальность – 2,8%. Выживаемость прослежена у 91% больных; годовая выживаемость оперированных больных - 45%, 3-х летняя – 25%; 5 летняя 2,6% (1 больной), $p=0,08$.

Вывод: хирургическое лечение рецидивов РЖ оправдано при локо-регионарном распространении процесса, непосредственные результаты лечения сопоставимы с таковыми при хирургическом лечении первичного рака. При отсутствии альтернативного эффективного метода лечения хирургический метод можно считать методом выбора при локо-регионарных рецидивах РЖ.

791. РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО И ПНЕВМОЭКТОМИЯ В ХИРУРГИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ

Федосеев В.Ф., А.П. Коробицын, К.О. Павлов

Архангельск

ГБОУ ВПО Северный государственный
медицинский университет Минздрава РФ

Актуальность темы. Закрытые повреждения груди среди пострадавших занимают третье место после травм конечностей и головы. Более чем у половины госпитализированных пациентов с закрытой травмой груди диагностируются повреждения легких: ушибы, гематомы, разрывы, гемопневмоторакс и др.

Цель исследования: изучить показания к резекционным способам лечения закрытых повреждений легких и клинические исходы операций.

Материалы исследования. Причины закрытых травм груди: дорожно-транспортные происшествия – 305 (33,7%), падение на плоскости – 246 (27,2%), кататравма – 177 (19,6%), избиение – 141 (15,6%), удары тупым предметом и сдавление груди – 35 (3,9%). Оперированы 24 (2,65%) пациента, один из них оперирован повторно. Виды операций на легком: пневмонэктомия (плевропневмонэктомия) – 8 (32,0%), нижняя билобэктомия – 1 (4,0%), лобэктомия – 11 (44,0%), атипичная резекция – 5 (20,0%). Показанием к атипичной резекции легкого (3), лобэктомии (7) и пневмонэктомии (1) в остром периоде в срок от трёх часов до десяти суток после травмы явились тяжелая контузия и разрыв легкого с внутрилегочной гематомой у 7, разрыв поверхностного слоя легкого и гемопневмоторакс у 4, легочное кровотечение у 6 пациентов. В этой группе умерли двое от массивной кровопотери и тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы. В срок от 4 до 10 недель после травмы легкого выполнены 7 плевропневмонэктомий, 4 лобэктомии и 1 атипичная резекция по поводу гнойной и гангренозной деструкции у больных, переведенных из других больниц. В 11 наблюдениях имелись эмпиема плевры и фиброторакс, в 3 – легочное кровотечение. Основные причины инфекционных осложнений: бронхиальная обструкция, не устраненная в первые 7-10 дней, аспирация желудочного содержимого в момент травмы, неудаленный свернувшийся гемоторакс. Летальных исходов в данной группе не было. Двое больных оперированы по поводу центрального рака легкого и разрыва бронхиальной кисты, диагностированных при травме груди. Таким образом, основанием для резекции легкого и пневмонэктомии при закрытых повреждениях могут явиться тяжелые контузии и



разрывы легочной ткани, инфекционные легочно-плевральные осложнения и в единичных случаях другие нозологические формы, диагностированные у пациентов с травмой груди.

792. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ СОСУДОВ В СТРАНЕ И ЯРОСЛАВСКОМ РЕГИОНЕ

Новиков Ю.В., Староверов И.Н., Лончакова О.М.

Ярославль

ФГБОУ ВО ЯГМУ

В 60-е годы очень интенсивно стала развиваться помощь больным и пострадавшим с сосудистой патологией. В стране имелись организационные сложности ввиду отсутствия сети специализированных отделений. Использовался различный опыт организации данной службы, не было выработано единых подходов к тактике ведения и маршрутизации потоков. В Ярославской области начиная с 1962 года начали активно внедряться методы восстановительной хирургии и операций при сосудистой и сочетанной травме. Впервые в стране была создана сосудистая хирургическая бригада, получившая известность в стране и переросшая затем в межобластную. В состав бригады входили сосудистые хирурги, микрохирурги, травматологи и анестезиологи. Было создано новое направление в экстренной хирургии - ангиотравматология. В 1964 году на базе НЦХ им. Б.В.Петровского прошёл Пленум, где представители сосудистой бригады выступили с сообщением об опыте оказания помощи пострадавшим с сосудистой травмой. Опыт оказался востребованным. В результате чего была создана комиссия по экстренной хирургии сосудов при Совете по хирургии РАМН, председателем которой стал М.Д.Князев, а заместителем Ю.В.Новиков. Проведена большая организационно-методическая работа. Была создана коллегия Минздрава СССР, состоялись заседания ряда Пленумов в разных городах СССР по данной проблеме. Результатом проведённой колоссальной работы стало создание подобных сосудистых бригад по всей стране, открытие многочисленных специализированных отделений по оказанию как плановой, так и экстренной помощи больным с заболеваниями и травмами магистральных сосудов.

793. О ПЕРВЫХ ОПЕРАЦИЯХ ШВА СЕРДЦА В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ (1897 – 1903)

Глянцев С.П.

Москва

ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева

Первые операции шва сердца в Российской империи провели: А. Подрез (1897; операция выполнена не была), В. Хородыньский (1898; раненый погиб), В. Малишевский (1899; оба раненых скончались), И. Ваттен (1900; раненый выжил), Я. Боржимовский (1902; раненый выжил), П. Герцен (1902; оба раненых умерли) и Н. Шаховской (1903; раненый выжил). Однако, после того, как в 1918 г. Польша вышла из состава Российской империи и стала самостоятельным государством, приоритеты разделились. Пионерами кардиорафии в России остались А. Подрез, П. Герцен и Н. Шаховской, а в Польше – В. Хородыньский, В. Малишевский, И. Ваттен и Я. Боржимовский. Указанный в книге Ю. Джанелидзе «Раны сердца и их хирургическое лечение» (1927) как пионер операции шва сердца в Польше Ю. Косинский на самом деле таковым не является. Однако Ю. Косинский был выдающимся хирургом, одним из пионеров антисептики, абдоминальной хирургии, урологии и онкологии, поэтому не случайно три из четырех перечисленных выше польских хирургов (кроме И. Ваттена) были его учениками. И только благодаря случайному стечению обстоятельств Ю. Косинский не стал пионером кардиохирургии в Польше и России.

794. ВЛИЯНИЕ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА НА СОДЕРЖАНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Петриков А.С.(1,2), Шойхет Я.Н.(1), Белых В.И.(1)

Барнаул

1)АГМУ, 2)ДЦАК

Цель исследования: изучить взаимосвязь и особенности распределения аллельного полиморфизма генов фолатного цикла с содержанием гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у больных с тромбозом глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Материал и методы. В проспективное сравнительное исследование были включены 214 больных с подтвержденным ТГВ и/



или ТЭЛА (107 мужчин и 107 женщин) в возрасте от 17 до 79 лет (средний возраст $45,2 \pm 1,8$ лет). С ТГВ было включено 165 больных (77,1%), а с ТГВ и ТЭЛА – 49 больных (22,9%).

Критерии включения: наличие документально подтвержденного ТГВ и/или ТЭЛА.

Критерии исключения: возраст моложе 19 лет и старше 79 лет, онкологические заболевания, скелетная травма и переломы, длительная иммобилизация, операции. Контрольную группу составили 156 относительно здоровых лиц и доноров (120 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 18 до 70 лет. У больных в основной группе и у лиц контрольной группы в остром периоде были изучены содержание ГЦ в сыворотке крови и аллельный полиморфизм трех генов фолатной группы (MTHFR 677 C→T, MTR 2756 A→G, MTRR 66 A→G), участвующих в его метаболизме. Генетическое тестирование метаболизма фолатов из выделенных лейкоцитов цельной крови геномной ДНК человека с помощью реагента “ДНК-экспресс” (ДНК-технология) проведено методом ПЦР на Real-time амплификаторе DT-Prime (ДНК-технология). Количественная оценка ГЦ выполнена на автоматическом иммунохимическом анализаторе Immulite 2000 (Siemens) с использованием высокочувствительного твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа «Immulite 2000 HCY» (Siemens). Результаты и обсуждение. Среднее содержание ГЦ в сыворотке у больных с ВТЭО составило $13,8 \pm 0,9$ мкмоль/л, а в контрольной группе - $9,9 \pm 0,47$ мкмоль/л.

795. РОЛЬ И МЕСТО МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Базаров Д.В., Григорчук А.Ю., Шарипжанова Р.Д.,
Выжигина М.А., Еременко А.А., Бабаев М.А.,
Никола В.В., Кавочкин А.А., Кабаков Д.Г.

Москва

ФГБНУ "Российский научный центр хирургии
им.акад. Б.В.Петровского"

Актуальность: Объемы и травматичность операций на органах грудной клетке возрастают. Одновременно наблюдаем увеличение числа и частоты послеоперационных осложнений, требующих хирургического лечения. Осложнения существенно ухудшают течение послеоперационного периода, увеличивают продолжительность госпитали-

зации, ложатся тяжелым бременем на персонал отделений интенсивной терапии, анестезиологии, хирургии и всех смежных служб, существенно увеличивая стоимость лечения. Учитывая тот факт, что большинство пациентов кардиоторакального профиля – это отягощенные больные нередко с мультиорганным поражением, нередко возникает дилемма: какой избрать доступ для хирургии осложнений, какой вид вентиляции использовать, как безопаснее и эффективнее лечить таких пациентов после операции, выполненной по поводу осложнений?

Цель работы: изучить результаты миниинвазивных вмешательств в лечении кардиоторакальных осложнений в многопрофильном хирургическом центре.

Материалы и методы: С 2013 по 2017 гг в РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского с использованием минимально инвазивных технологий выполнено лечение осложнений у 47 пациентов, перенесших различные кардиоторакальные и абдоминальные вмешательства. Спектр операций включал следующие операции: протезирование клапанов сердца – 9, реваскуляризация миокарда – 9, вмешательства на аорте и ее ветвях – 14, имплантация ЭКС – 1, операции на легких и средостении – 9, абдоминальные операции – 3, симультанные и комбинированные операции – 4. Средний возраст пациентов был 62 ± 7 лет. Мужчин было 31, женщин – 16. У данных больных наблюдали следующие послеоперационные осложнения: гемоторакс – 9, гемоперикард – 1, хилоторакс – 3, эмпиема плевры – 5, пневмоторакс и альвеолярная фистула – 3, разрыв трахеи – 1, свищ культи правого главного бронха – 1, дыхательная недостаточность – 31. У всех пациентов осложнения были диагностированы в сроки от 1 дня до 7 дней после основного вмешательства, показания к операции по поводу осложнений выставляли в сроки от 2 дней до 9 суток. Выполнены следующие вмешательства: торакоскопическая ревизия плевральной полости и удаление гемоторакса – 9, торакоскопическая фенестрация перикарда и устранение гемоперикарда – 1, торакоскопическое клипирование грудного лимфатического протока – 3, торакоскопическое иссечение мешка эмпиемы и декорткация легкого – 5, торакоскопическое сублобарная резекция легкого и ликвидация альвеолярной фистулы, плевродез – 2, установка эндобронхиального клапана – 1, устранение свища культи бронха с помощью Амплатц оклюдера – 1, пункционная трахеостомия – 31, устранение разрыва трахеи – 1. В периоперационном периоде использовали органосберегающие технологии, включая ЭКМО в 1 случае, ВЧ ИВЛ « TweenStream» у 5 пациентов. В 5 случаях с целью ликвидации осложнения выполнили от 2 до 3 вмешательств.



Результаты: В этой группе умерло 10 пациентов, что составило 21%. Летальность была связана с прогрессированием полиорганной недостаточности у 10 больных. В большинстве случаев экзубация была либо в операционной, либо через 4-5 часов после перевода в отделение реанимации. У одного пациента после пункционной трахеостомии развился рубцовый стеноз трахеи, который был устранен после ряда реконструктивных трахеопластических операций через 7 мес после основной операции. У одного пациента во время пункционной трахеостомии возникло кровотечение из патологически расширенных вены шеи, что потребовало выполнения открытой трахеостомии. Больной, которому выполнено закрытие свища правого главного бронха Амплатц оклюдером, продолжает этапное лечение по поводу остаточной плевральной полости. У остальных 34 пациентов наблюдали быстрое купирование осложнений в сроки от 2 до 11 дней. Все эти больные были выписаны в сроки от 5 до 29 дней после операции. **Выводы:** Считаем абсолютно оправданным применение минимально инвазивных технологий в лечении кардиоторакальных осложнений. Важным предиктором благоприятного результата лечения является раннее выявление осложнений и время принятия решения о выполнении операции по поводу осложнения. Использование торакоскопических технологий, протективных режимов ИВЛ во время операции и в послеоперационном периоде, а также использование современных органосберегающих технологий, включая ЭКМО, позволяет существенно снизить травматичность вмешательства и повысить его безопасность для отягощенных пациентов, имеющих мультиорганную патологию.

796. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

Базаров Д.В., Чарчян Э.Р., Локшин Л.С., Аксельрод Б.А., Выжигина М.А., Еременко А.А., Григорчук А.Ю., Волков А.А. и Белов Ю.В.

Москва

ФГБНУ "Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В.Петровского"

Актуальность. Лечение местно распространенных опухолей легких и средостения остается трудной и до конца не решенной задачей современной торакальной хирургии. Не хирургические методы лечения являются паллиативными, в то время как у

некоторых пациентов в этой группе есть шансы на радикальное хирургическое лечение и хороший прогноз. Радикальность операций у таких больных можно повысить, применяя искусственное кровообращение с целью резекции жизненно важных структур средостения. Проблема использования искусственного кровообращения у онкологических больных до сих пор остается дискуссионной. Другой тяжелой группой больных являются пациенты с сочетанной сердечно-сосудистой патологией и опухолями внутригрудной локализации. У этих пациентов использование кардиохирургических технологий позволяет значительно повысить функциональную операбельность и таким образом существенно увеличить количество пациентов, которым можно выполнить радикальную операцию.

Цель. Изучить результаты торакальных операции с искусственным кровообращением.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 31 пациента, которым выполнены операции с искусственным кровообращением по поводу злокачественных и доброкачественных заболеваний легких и средостения с 2005 по 2017 гг. Всего было 4 группы больных. В I группе у 11 пациентов были опухоли легких с распространением на аорту, легочный ствол, предсердия, что соответствует индексу T4 по TNM или IIIA стадии опухолевого процесса. Во II группу включили 5 больных с опухолями легких и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. В этой группе преобладали ранние стадии рака легкого – IIA-IIВ. В III группу объединили 5 больных с опухолями средостения с прорастанием в аорту, легочный ствол, камеры сердца, верхнюю полую вену. IV группа включала 10 пациентов с доброкачественными заболеваниями легких и средостения и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Результаты. В I группе выполнены расширенные комбинированные операции с резекцией и реконструкцией аорты, легочного ствола, предсердий сердца. Радикальное удаление опухоли достигнуто у 90% больных. Осложнения наблюдали у 40% больных. Госпитальная летальность составила 36%. Во II группе 5 пациентам выполнены симультанные операции, направленные на удаление опухоли и устранение патологии сосудов и сердца. Радикальность вмешательств – 100%. Осложнение наблюдали у 1 пациента этой группы. Летальность в этой группе составила 20%. В III группе выполнены расширенные комбинированные операции, включавшие удаление опухоли средостения с резекцией структур средостения, реконструкцией магистральных сосудов. R0 резекция была у 80%. Госпитальная летальность – 20%. Осложнения наблюдали у всех 5 больных. В IV группе произведено



удаление патологического образования из легкого или средостения с одномоментной коррекцией сердечно-сосудистой патологии. У этой категории больных не было летальных исходов. Осложнения наблюдали у 2 пациентов. Общая летальность после операций с искусственным кровообращением составила – 19%. Осложнения возникли у 35% больных.

Выводы. Применение искусственного кровообращения при торакальных операциях позволяет производить радикальные операции у пациентов далеко зашедшими стадиями опухолей легких и средостения, которые ранее считались неоперабельными. У больных с сочетанной легочно-сердечной патологией выполнение операции в условиях искусственного кровообращения позволяет одновременно излечивать несколько конкурирующих заболеваний. Полагаем, что применение искусственного кровообращения во время симультанных и комбинированных торакальных операций сопровождается удовлетворительными непосредственными результатами.

797. РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ТРАДИЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОРГАНИЧЕСКОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА

*Семёнов Д.Ю.(1), Османов З.Х.(1,2),
Чекмасов Ю. С.(1,2), Лазарева И. Д.(1),
Богданова Т.С.(2), Полиглоттов О. В.(1),
Барышникова В.В.(1), Мамсуров М.Э.(2)*

Санкт-Петербург

1) ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова

2) ФГБУ СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова

Актуальность. В современных условиях распространены эндовидеохирургические методы лечения органического гиперинсулинизма. У взрослых причина данного синдрома чаще всего нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы - инсулиномы. При применении эндовидеохирургических методик актуальна проблема топической интраоперационной локализации инсулиномы даже в случае информативной дооперационной диагностики: при расположении в толще железы обнаружение инсулиномы на операции может оказаться затруднительным и потребовать конверсии на лапаротомию. Вторая проблема - частое развитие осложнений: послеоперационного панкреатита, возникающего в 20-40% случаев, часто с исходом в наружные панкреатические свищи. Объем оперативного вмешательства зависит от локализации образования. При поверхностном

расположении производится энуклеация, при локализации в толще железы – резекция. С учетом доброкачественного характера процесса в большинстве случаев (90%), при дистальных резекциях поджелудочной железы актуальна проблема сохранения селезенки и селезеночных артерии и вены.

Материалы и методы. Проведен анализ 59 хирургических вмешательств. (традиционных, лапароскопических и робот-ассистированных) по поводу органического гиперинсулинизма на базе ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова и ФГБУ СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова. 21 пациенту проведены традиционные вмешательства (оперированные до внедрения малоинвазивных технологий и пациенты, у которых инсулиномы располагались в области головки поджелудочной железы), 18 – лапароскопические, 20 – робот-ассистированные. Во всех группах произведены энуклеации и дистальные резекции поджелудочной железы в сравнимых процентных соотношениях. Применяется разработанная нами трансабдоминальная методика эндовидеохирургического вмешательства в положении пациента на правом боку. Окончательный объем операции определяют данные интраоперационного лапароскопического УЗИ. При поверхностном расположении образований, не связанных с крупными протоками железы, проводится энуклеация. При размерах образований более 2 см, интрапанкреатической локализации, выполняется дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки и селективным клипированием главного панкреатического протока. Оптимальные условия для применения методики создаются при робот-ассистированном вмешательстве за счет прецизионной работы с тканями, угла движения инструментов и трехмерной визуализации. Результаты. Интраоперационных осложнений не было, опухоли удалены в пределах здоровых тканей. Во всех случаях оперативное лечение эффективно: гипогликемический синдром купирован. При иммуногистохимическом исследовании диагноз инсулиномы подтвержден у 57 пациентов, в 2 случаях - гиперплазия островков Лангерганса. Имеются различия в структуре и количестве послеоперационных осложнений в зависимости от способа вмешательства. Традиционным способом оперирован 21 пациент, из них осложнения отмечались у 13(62 %). Среди 18 пациентов, оперированных лапароскопически, послеоперационные осложнения возникли в 6 случаях (33%). В группе пациентов, перенесшим робот-ассистированные операции, послеоперационный период осложнился в 5 случаях из 20 (20%). Во всех группах структура осложнений представлена различными формами послеоперационного панкреатита. У пациентов, оперированных эндо-



видеохирургическими методами, отмечается преобладание острого панкреатита легкого течения и более благоприятное течение заболевания.

Обсуждение. Наиболее благоприятное течение послеоперационного периода отмечено в группе пациентов, оперированных с помощью робот-ассистированной методики. Значима разница в количестве и тяжести послеоперационных осложнений, свидетельствующая о преимуществе эндовидеохирургических методик перед традиционными.

Выводы. Роботизированные операции в сочетании с УЗИ являются методом выбора при лечении органического гиперинсулинизма у взрослых. Рекомендации. Продолжение внедрения методов эндовидеохирургического лечения органического гиперинсулинизма у взрослых в широкую практику.

798. СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Юдин В.А., Зорова И.В.

Рязань
ГБУ РО "ОКБ"

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 59 пациентов с различными формами инфицированного панкреонекроза. Мужчин было 39, женщин – 20. 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: клинически и лабораторных, инструментальные исследования.

Результаты и их обсуждение. Основная часть пациентов острым панкреатитом поступала в среднем на 6,1 сутки заболевания (32 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 септиче-

ско 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 35,6%. 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 1. 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.



799. СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПАЦИЕНТОВ

*Рыбачков В.В., Кабанов Е.Н., Шубин Л.Б.,
Шемякина Е.Н.*

Ярославль

ЯГМУ

Актуальность. В настоящее время существует множество методов прогнозирования клинического течения и эффективности хирургического лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, однако способ, учитывающий кроме клинических данных еще и полиморфизм генов, отсутствует.

Материал и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 72 пациентов с атеросклеротическими заболеваниями артерий нижних конечностей. Среди них мужчин было 62 (86%), женщин 10 (14%). Средний возраст составил 64,5 года. По классификации Фонтейна-Покровского IIA стадия определена у 4 (5,5%) больных, II Б стадия - у 18 (25%), III стадия - у 21 (29,2%), IV стадия - у 29 (40,3%). Уровень окклюзионно-стенотического процесса определялся по клиническим данным и ультразвуковой доплерографии. Аорто-подвздошный уровень поражения выявлен у 20 (28%) больных, бедренно-подколенный - у 43 (60%), подколенно-берцовый у 9 (12%) пациентов. Учитывая особенности поставленных целей, все больные были разделены на две группы. Первая включала пациентов, перенесших ампутацию конечности - 40 (55,6%) человек. Пациентам второй группы была выполнена реконструктивная операция на сосудах нижней конечности - 32 человека (44,4%). Методом полимеразной цепной реакции в сыворотке крови были определены 9 генов: ген рецептора к ангиотензину II 2 типа (AGTR2:1675); ген, определяющий структуру эндотелиальной NO синтазы (NOS3:894); гены гемостаза (F5 фактор Лейдена, протромбин F2, ингибитор активатора плазминогена PAI-1, тромбоцитарный рецептор фибриногена GPIIIA, фибриногена FGB); гены цитохрома P-450 CYP2D6, CYP2C9. Применялся нелинейный регрессионный анализ, а на его основе были описаны характеристические кривые с вычислением соответствующих операционных характеристик процедурой ROC-анализа. Полученные результаты. Выделены наиболее значимые переменные, отличающие группы друг от друга. Для построения прогностической модели в

отношении эффективности оперативных методов лечения (ЭОМЛ) облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей были использованы ROC-анализ и построение логистической регрессии. В эту модель оказались включенными следующие переменные: полиморфизм гена эндотелиальной синтазы оксида азота (NOS3:894) и гена рецептора ангиотензина II второго типа (AGTR2:1675), возраст пациентов (B3P), уровень окклюзионно-стенотического поражения (УР), показатели липидограммы (уровень триглицеридов (ТГ) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП)). Прогностическая мощность составила 90,28%. Обсуждение. С целью выявления возможной комбинации выделенных переменных построено регрессионное уравнение: Коэф. ЭОМЛ = $313,6572 + 1,67772 * AGTR2:1675 - 3,16337 * УР + 1,67003 * ТГ - 0,057423 * B3P - 1,59131 * NOS3:894 + 0,27886 * ЛПНП$. По результатам решения данного уравнения выверена одиночная аналитическая шкала прогностических значений с оптимальной комбинацией между чувствительностью и специфичностью, определенных по последующей процедуре ROC-анализа. Точка отсечения при данной модели находилась на уровне -0,4511. При решении уравнения регрессии для каждого конкретного пациента могут быть получены оценочные значения, которые при сопоставлении с аналитической шкалой позволяют прогнозировать эффективность реконструктивных операций, направленных на восстановление магистрального кровотока.

Выводы и рекомендации: Применение методов многомерной статистики позволяет с позиций доказательной медицины прогнозировать вероятность ампутаций нижних конечностей после реконструктивных операций на сосудах на основании не только клинических и лабораторных данных, но и данных о полиморфизме генов AGTR2:1675 и NOS3:894.

800. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

*Старцев Ю.М., Черкасов М.Ф., Черкасов Д.М.,
Дмитриев А.В., Галашолян К.М*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Актуальность. Ахалазия пищевода занимает второе место среди всех доброкачественных заболе-



ваний пищевода, встречается в 3,1 – 20%.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных ахалазией и диффузным спазмом пищевода путем разработки и клинического использования видеоэндохирургической методики.

Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 96 видеоэндохирургических вмешательств по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода: у 92 пациентов имела место ахалазия (в 85 наблюдениях применялся лапароскопический доступ, в 7 – левосторонний торакоскопический), у 4 больных показанием к операции являлся диффузный спазм пищевода. Произведена оценка интраоперационных осложнений, а также сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным методом.

Результаты. Выполнение эзофагокардиомиотомии при ахалазии возможно, как из лапароскопического, так и из торакоскопического подходов. В последние годы все операции производятся из лапароскопического доступа в связи с меньшей его травматичностью. Во время оперативного вмешательства мы рассекаем как продольные, так и циркулярные мышечные волокна, что является профилактикой рецидива заболевания, по передне-левой стенке пищевода на протяжении 6 – 7 см, с переходом на кардиальный отдел желудка на 1,5 – 2 см. Использование передней фундопликации по Дору позволяет не выполнять мобилизацию желудка в области его дна и по задней его стенке. Во время видеоэндоскопических вмешательств у 12 пациентов (13,0%) интраоперационно возникли повреждения слизистой оболочки пищевода, которые в 4 наблюдениях потребовали выполнения конверсии (4,3%), у остальных 8 больных дефекты слизистой оболочки пищевода были ушиты видеоэндоскопически. Других причин для выполнения конверсии не было, осложнений, связанных с выполнением конверсии, также не отмечалось. Средняя продолжительность операции составила 107,5±35,4 минут, средний послеоперационный койко-день – 4,2±0,8. Нами изучены отдаленные результаты лечения в сроки до 20 лет у 81 из 92 больных ахалазией пищевода, оперированных видеоэндоскопически (88,0%). Преходящая дисфагия отмечена у 2 пациентов (2,5%), симптомы купировались назначением прокинетики (мотилиум, координакс). Изжога наблюдалась у 4 пациентов (4,9%), которые ранее страдали хроническим гастритом или язвенной болезнью, и поддавалась лечению антисекреторными и антацидными средствами. В отдаленные сроки у 1 оперированного нами больного (1,1%) отмечен рецидив заболевания. Операции при диффузном спазме пищевода

(экстрамукозная эзофагомиотомия на протяжении от дуги непарной вены до уровня пищеводно-желудочного перехода – операция Биокка) выполняется из правостороннего торакоскопического доступа. Конверсий при выполнении операций у больных диффузным спазмом пищевода не было.

Выводы. Таким образом, видеоэндохирургические вмешательства являются операциями выбора при лечении больных нервно-мышечными заболеваниями пищевода, лапароскопические вмешательства при ахалазии пищевода являются более предпочтительными, чем торакоскопические. При выполнении эзофагокардиомиотомии длина мышечного разреза должна составлять 6 – 7 см по пищеводу с переходом на 1,5 – 2 см на кардиальный отдел желудка. При повреждении стенки пищевода не всегда необходимо выполнение конверсии, возможно ушивание дефекта видеоэндоскопически. Операции при диффузном спазме пищевода целесообразно выполнять из правостороннего торакоскопического доступа.

801. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

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

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных доброкачественными новообразованиями пищевода и желудка путем разработки и клинического использования видеоэндохирургической методики.

Материалы и методы. В хирургических отделениях клиники Ростовского государственного медицинского университета выполнено 28 видеоэндохирургических вмешательств по поводу доброкачественных новообразований пищевода и желудка. У 20 больных произведены лапароскопические и торакоскопические оперативные вмешательства в связи с доброкачественными новообразованиями пищевода (у 13 пациентов имели место лейомиомы, у 2 - фибромы, у 1 - липома, у 1 - рабдомиома, у 3 - кисты). В 8 наблюдениях произведены лапароскопические операции по поводу доброкачественных новообразований желудка (6 гастроинтестинальных стромальных опухолей, 1 липома, 1 лейомиома). Произведена сравнительная оценка



результатов лечения больных, оперированных видеоэндоскопически и традиционным способом. Нами определены критерии доступа к пищеводу в зависимости от локализации патологического процесса и типа телосложения человека.

Результаты. При проведенных исследованиях выявлено, что наилучшие критерии оперативного доступа при операциях по поводу доброкачественных новообразований грудного отдела пищевода обеспечиваются у пациентов брахиморфного типа телосложения, наихудшие — при долихоморфном типе. Наиболее адекватные параметры критериев доступа наблюдаются при локализации новообразования на уровне средней трети пищевода, наименее — в верхнегрудном отделе. У пациентов, оперированных видеоэндоскопически, наблюдается более быстрая нормализация показателей анализов крови, меньшее количество отделяемого по дренажам, меньшее количество необходимых в послеоперационном периоде анальгетиков, снижение числа послеоперационных осложнений, уменьшение сроков пребывания в стационаре. У пациентов с доброкачественными новообразованиями пищевода дренажные трубки удалялись в основном на следующие сутки после операции. Интраоперационных и послеоперационных осложнений отмечено не было. Послеоперационный койко-день составил $4,9 \pm 0,5$.

Выводы. Таким образом, видеоэндоскопические вмешательства являются операциями выбора у пациентов с доброкачественными новообразованиями пищевода и желудка. Торакоскопические и лапароскопические операции в лечении доброкачественных новообразований пищевода и желудка применимы вне зависимости от типа телосложения и локализации патологического процесса и являются менее травматичными, чем открытые вмешательства.

802. ПРИМЕНЕНИЕ VAC-ТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

*Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М.,
Черкасов Д.М.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) составляет 1 – 2% от количества всех хирургических заболеваний, встречается преимущественно

у лиц трудоспособного возраста от 15 до 30 лет с преобладанием мужского пола над женским. Радикальным способом лечения ЭКХ является только хирургический – удаление всех элементов хода. Для ускорения процессов заживления открытых ран при лечении ЭКХ, используются различные физические факторы воздействия: CO₂-лазер, ультразвук, ультрафиолет, инфракрасный лазер, электростимуляция. В настоящее время все чаще для лечения ран промежности и крестцово-копчиковой области применяется метод вакуум-терапии (NPWT, VAC). Целью исследования является улучшение результатов лечения больных ЭКХ путем разработки эффективного способа лечения с применением вакуум-терапии, который позволяет сократить сроки полного заживления раны, период временной нетрудоспособности, а также предупредить рецидивы заболевания и развитие послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 124 пациентов с ЭКХ, которым с января 2013 по август 2016 года выполнялась радикальная операция – иссечение ЭКХ по стандартной методике. Мужчин было 105 (84,7%), женщин – 19 (15,3%). Больные распределены на I и II группы клинических наблюдений. I группа в зависимости от метода традиционного лечения была разделена на 3 подгруппы: Ia – иссечение ЭКХ с оставлением раны открытой и последующим лечением мазевыми повязками (n=29), Ib – иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну (n=31) и Ic – иссечение хода с ушиванием раны наглухо швами Донати (n=32). II группа клинических наблюдений включала больных (n=32), которым выполнялось иссечение ЭКХ с оставлением раны открытой и последующей вакуум-терапией по разработанному способу (Патент РФ на изобретение № 2559936/20.07.2015. Бюл. №23. Черкасов М.Ф., Старцев Ю.М., Глуценков В.А., Галашокян К.М.). **Результаты.** Среди пациентов с вакуум-терапией гнойно-воспалительные осложнения не отмечены, однако при применении традиционных методик, количество данных осложнений достигает 25%. Так, например, в Ia подгруппе количество данных осложнений составило 4 (13,8%), Ib – 4 (12,9%), а в Ic – 8 (25%) случаев (p<0,05). Средний период заживления ран во II группе был достоверно короче по сравнению с пациентами Ia подгруппы, которым для лечения открытой раны использовались мазевые повязки ($27,6 \pm 5,47$ и $69,4 \pm 10,5$ соответственно), в подгруппах Ib и Ic сроки заживления ран в среднем составили $37 \pm 2,18$ и $14 \pm 1,87$ дней, соответственно (p>0,05). У пациентов II группы период восстановления трудоспособности был статистически достоверно меньше ($21,3 \pm 5,51$) по сравнению с Ia подгруппой наблюдения ($29,5 \pm 10$), а у пациентов в подгруппах Ib и Ic сроки нетрудо-



способности составили $20,5 \pm 7$ и $17,6 \pm 5,01$ дней соответственно ($p > 0,05$). Рецидив заболевания в группе с вакуум-терапией отмечен в 1 (3,4%) случае, в то время как в подгруппах с традиционным лечением рецидив заболевания достигал 28%. При сравнении групп наблюдения значимые различий выявлены между группой лечения с разработанным способом и подгруппами (Ib, Ic) – 4 (16,7%) и 7 (28%) случаев рецидива заболевания. **Выводы.** Предложенный оригинальный способ вакуум-терапии в лечении ЭКХ является эффективным, так как позволяет сократить сроки полного заживления ран крестцово-копчиковой области, сроки временной нетрудоспособности больных, а также способствует уменьшению количества рецидива заболевания и гнойно-воспалительных осложнений.

803. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО СПОСОБА РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТЫХ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Черкасов М.Ф. (1), Абоян И.А. (2), Ханамирова Е.Н. (2), Маликов Л.Л. (2), Бухарбаев Р.М. (2), Рошак Б.В. (2), Меликова С.Г. (1)

Ростов-на-Дону

1) ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС,
2) МБУЗ КДЦ "Здоровье" г. Ростова-на-Дону

Актуальность. Уровень современного развития медицины, характеризующийся широким применением ультразвуковых методов исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, привел к увеличению выявления пациентов с кистами печени с 2,5 до 5 %. Для больных с симптомами кистами предусмотрен широкий спектр лечебных вмешательств - открытая операция, лапароскопические вмешательства и чрескожные пунктирно-дренирующие методы склерозирующего лечения под ультразвуковым и КТ-контролем. Радиочастотная абляция (РЧА) – это прямое направленное разрушение тканей с помощью термического воздействия. В основном, данный способ применяется для лечения метастатических поражений печени. РЧА может выполняться лапаротомным, лапароскопическим либо чрескожным доступами. Методика предусматривает введение игольчатого электрода в опухоль и воздействие током частотой 450-500 КГц. Способ основывается на возможности переменного тока высокой частоты

индуцировать ионную стимуляцию ткани, осуществляя ее постепенный фракционный нагрев до температуры 80–110 °С и вызывая гибель клеток. С течением времени вокруг электрода формируется зона коагуляционного некроза. Зарубежными авторами используется традиционный способ РЧА кист печени с удовлетворительными результатами лечения. Выбор предполагаемой траектории хода и позиционирование РЧ-электрода в опухоли могут быть выполнены при помощи УЗИ или КТ. Для оценки эффективности РЧА применяются УЗИ (контрастное цветное доплеровское сканирование), КТ и МРТ. Отечественными авторами (Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С., Остроушко А.П.) был разработан способ лечения непаразитарных кист печени (патент РФ № 2 485 907, 27.06.2013) путем пункции полости, аспирации содержимого кисты, обработки полости кисты при помощи радиочастотной деструкции с использованием генератора токов высокой частоты в минимальном режиме с прогреванием эпителиальной выстилки полости кисты до 45°-55°С. В 2015 году внедрен и модернизирован способ лечения непаразитарных кист печени с использованием РЧА (приоритетная заявка № 2016120264 от 24.05.2016). Задачей исследования является разработка способа лечения непаразитарных кист печени, позволяющего предупредить геморрагические осложнения и рецидивы кисты после пункционного лечения. Данная задача решается за счет того, что в разработанном нами методе лечения используется РЧА без стандартного водоохлаждения рабочего электрода путем создания в полости кисты среды 10% NaCl, что позволяет достигать в оперируемой области максимально необходимую температуру (вплоть до 90° С) в зависимости от показаний и топографо-анатомических особенностей кисты (размеры, объем, локализация, близость крупных сосудистых структур и желчных протоков). Способ предполагает осуществление полной абляции всех стенок кисты для исключения рецидива.

Материалы и методы. Заявленным способом в период 2015-2017 гг. прооперировано 10 пациентов, среди которых 9 женщин и 1 мужчина. Возраст пациентов от 47 до 78 лет. Вмешательство проводилось с применением генератора токов высокой частоты Cool-tip RF Radionics с одиночным игольчатым электродом с длиной активной части 3 см, под внутривенной седацией под УЗИ-контролем (сканер ProFokus с датчиком 2,5-6 МГц). Размер пролеченных простых кист составлял от 44x35 мм до 105x95 мм. Группе пациентов (5 человек) с крупными кистами в области ворот печени, а также прилегающими к крупным сосудистым структурам и желчным протокам, выполнялась РЧА в стандартном варианте без применения 10% рас-



творения NaCl во избежание термического повреждения данных структур. Остальным пациентам (5 человек) выполнены операции с использованием 10% раствора NaCl. Результаты. Все пациенты перенесли вмешательства удовлетворительно, интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 3 дня. Всем пациентам выполнялись контрольное УЗИ через 1 месяц, контрольное КТ через 3 и 6 месяцев после операции. Через 1 месяц уменьшение размера кист составляло от 17 до 32%. Через 6 месяцев на контрольном КТ выявлено уменьшение размеров кист от 36 до 79%. Одной пациентке выполнена повторная пункция в связи с неудовлетворительной динамикой уменьшения объема кисты. В динамике спустя 3 месяца на КТ отмечено уменьшение размеров кисты на 48%. Заключение. Предлагаемая методика позволяет оператору выбрать индивидуальный режим термического воздействия РЧА в каждом случае. При локализации кисты вблизи крупных сосудов и протоков достижение слишком высоких температур опасно, поэтому, в зависимости от расстояния до подобных структур, оцениваемого с помощью УЗ-мониторинга, оператор в состоянии выбрать оптимальный температурный режим и время воздействия. Это позволяет уменьшить возможность осложнений и одновременно полноценно обработать полость кисты. Преимуществами данной методики являются малая инвазивность, удовлетворительный терапевтический эффект, возможность применения у пациентов с выраженной соматической патологией, что позволяет рекомендовать ее к выполнению в стационаре краткосрочного пребывания.

804. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТО И АЛЛОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Павлюк Г.В., Бужор П.В., Морару В.А., Дану М.И., Бужор С.П

Кишинёв, Республика Молдова

Государственный Медицинский Университет
«Н. Тестемицану»

Актуальность: Рецидивные грыжи до сих пор являются сложной хирургической проблемой, процент рецидивов по данным А.И. Барышникова, Ю.А. Нестеренко, колеблется от 6,8 до 9,7%. Создание пахового канала повышенной надёжности с восстановлением его анатомических и физио-

логических функций, невозможно без использования пластических материалов, которые стали использоваться в последние десятилетия. Задачи: Провести анализ причин рецидивов после герниопластики и оценить эффективность использования ауто и аллопластики. Материал и методы, в течение 1996-2006 гг. в клинике оперировано 3472 больных с паховыми грыжами. Из них – 233 (6,7%) с рецидивными и мультирецидивными формами. По возрастным категориям больные распределялись следующим образом – 30-39 лет – 10 (13%), 40-49 лет – 37 (16%), 50-59 – 42 (18%), 60 – 69 – 89 (38%), 70-79 – 26 (11%), 80-89 – 9 (4%). Основную массу составили пациенты после 40 лет. После urgentных оперативных вмешательств рецидив возник у 38 – 16,1%. Билатеральные грыжи были у 21 (8,9%). Объёмные у 33 (14,3%). У 167 – 72% рецидив был после первой операции, у 15,5% - 36 после второй, 20 (12,5 %) после третьей. Основную массу составили мужчины – 96,4%. Период рецидивирования варьировал от 7 дней до 20 лет. Результаты: Чаще рецидивировали грыжи после пластики по Мартынову, Жирару и Постемскому на фоне рубцово-атрофических процессов возникали грубые анатомо-морфологические изменения, затрудняющие последующие герниопластики. Дефицит тканей и грубые рубцовые изменения требовали использования новых методик с использованием пластических материалов. До 2003 г. при рецидивных грыжах для усиления задней стенки чаще всего использовали дезэпителизированный аутодермальный лоскут, по методике нашего соотечественника В.Н. Янова. Методика состояла в следующем – в области кожного разреза выкраивался кожный лоскут 3x7 см, который обрабатывался по специальной методике. После мобилизации и ликвидации грыжевого мешка восстанавливали заднюю стенку пахового канала из резидуальных тканей, затем укрепляли её аутодермальным лоскутом. Осложнения в раннем послеоперационном периоде, также, как и рецидивы в отдалённом периоде, не наблюдались. Используем эту методику в отдельных случаях и в настоящее время у пациентов с объёмными грыжами и сопутствующей патологией – сахарным диабетом, аллергией, циррозом печени, когда есть опасность отторжения аллотрансплантата. Из 233 больных аутодермальная пластика была выполнена у 153 – 65,6%. Безусловно, качественно новым этапом в лечении грыж явилось использование аллотрансплантатов – полипропиленовой сетки, что было выполнено у 80 больных (34%). Послеоперационный период составил в среднем 3 дня, болевой синдром был менее выраженным. В 1 (1,25%) случае инфицирование полипропиленовой сетки потребовало её – удаления и пластику собственными тканями. Местная реактивная воспалительная



реакция, сопровождающаяся скоплением в субпоневротическом пространстве экссудата, была у 5 (4%) больных. Пункция под контролем УЗИ с эвакуацией экссудата, нестероидная противовоспалительная терапия и физиолечение позволили избежать более серьезных осложнений.

Обсуждение: Рецидивные паховые грыжи чаще встречаются у пациентов старшей возрастной группы. Реконструктивные вмешательства, как правило являются более травматичными и технически сложными. Дефицит собственных тканей требует использования ненатяжных технологий герниопластики с использованием ауто и аллотрансплантатов. Мы получили в одинаковой степени хорошие результаты как при использовании деэпителизованного кожного лоскута, так и полипропиленовой сетки. Аутодермальный лоскут не имеет противопоказаний к применению, не склонен к отторжению и может быть использован практически у всех пациентов. Выводы: 1. В реконструктивных вмешательствах должны использоваться ненатяжные технологии с ауто и алло трансплантатами. 2. Преимуществом аутодермальной пластики является отсутствие противопоказаний к применению, а аллопластики – простота использования.

805. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Страдымов Е.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Перфорация язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки является одной из ведущих причин перитонита и осложненной абдоминальной инфекции. Согласно мировым данным смертность при перфоративных пилорoduоденальных язвах колеблется от 6 до 28%. В Москве этот показатель находится в диапазоне 4,5 — 5,6%. Доля лапароскопических операций при данной патологии составила 31,2% по Москве за 2015 год, что почти в два раза больше, чем двумя годами ранее. Однако этот показатель достигает 92% в отдельно взятых клиниках. Это указывает на необходимость улучшения способов оперативного лечения перфоративных язв желудка и 12 п.к.

Цель исследования: Оценить эффективность лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях

распространенного перитонита.

Материалы и методы: На клинических базах кафедры факультетской хирургии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова (ГКБ № 1 и ГКБ № 4) в 2014 - 2016 гг. прооперирован 171 пациент, из них лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны выполнено 127 пациентам (74,2%). Среди оперированных было 123 (71,9%) мужчин и 48 (28,1%) женщин в возрасте от 17 до 94 лет. Перфоративная язва гастродуоденальной зоны с распространенным перитонитом выявлена у 158 пациентов. Прободная язва желудка совместно с распространенным перитонитом выявлена у 59 (37,3%) больных, двенадцатиперстной кишки – у 99 (62,7%). Средний возраст больных составил 51,5 лет (от 17 до 94 лет).

Результаты: Среди 158 больных лапароскопическое ушивание в условиях распространенного перитонита выполнено 114 (72,1%) больным, из них у 81 (71%) пациентов имел место диффузный перитонит, у 33 (29%) — разлитой перитонит. Мангеймский индекс перитонита у больных с диффузным перитонитом составил от 10 до 31 баллов (в среднем 16,8), с разлитым перитонитом - от 16 до 33 баллов (в среднем 18,3). 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). Конверсия потребовалась в 25 случаях (16,7%). Анализ конверсий показал, что наиболее частыми причинами перехода на лапаротомию являются: большой диаметр перфорации (9 случаев), разлитой характер перитонита (8 случаев), нестабильность гемодинамики, кардиотропная поддержка (4 случая), прорезывание швов (2 случая). Другие причины были связаны с трудностью визуализации, пенетрацией в малый сальник, с сопутствующим язвенным кровотечением, пилорoduоденальным стенозом, каллезным характером язвы. Смертность в лапароскопической группе составила 3,1%. Все осложнения разделены в соответствие с классификацией Clavien-Dindo. Частота осложнений среди всех оперированных — 10, 5%. У 10 (7,9%) пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание перфораций, отмечены следующие осложнения: II (0,7%), IIIA (0,7%), IIIB (3,9%), IV (2,4%) классы по Clavien-Dindo соответственно.

Заключение: Лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны выполнимо более чем в 70 % случаев, в том числе и в условиях распространенного перитонита и сопровождается низким уровнем послеоперационных осложнений и летальности.



806. РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ШКАЛ В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ВЫБОРЕ МЕТОДИКИ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Страдымов Е.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цели исследования: лапароскопические вмешательства по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки стали широко применяться в случаях местного перитонита и у пациентов без тяжелой сопутствующей патологии. Однако ряд клиник успешно применяют малоинвазивные методики в случаях распространенных форм перитонита, что наиболее актуально для данного заболевания. Оценка шкалы Voeu является главным предиктором безопасности лапароскопических ушиваний у этой группы больных. Всем пациентам с Voeu 0 рекомендовано применение лапароскопии. Применение новых прогностических шкал может позволить повысить безопасность и эффективность лапароскопии при распространенных формах перитонита. Цель данного сообщения проанализировать результаты лапароскопических ушиваний перфоративных язв, используя шкалы Voeu, PULP (Peptic Ulcer Perforation), WSES Severity Sepsis Score (WSES Sepsis Score). Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ лапароскопического лечения пациентов с перфоративными язвами гастродуоденальной зоны на клинических базах кафедры факультетской хирургии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова (ГКБ № 1, ГКБ № 4) за период 2014-2016 гг. Результаты: за 2014 - 2016 гг. прооперирован 171 пациент, из них лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны выполнено 127 пациентам (74,2%). Перфоративная язва гастродуоденальной зоны с распространенным перитонитом выявлена у 158 пациентов. Среди них лапароскопическое ушивание в условиях распространенного перитонита выполнено 114 (72,1%) больным, из них у 81 (71%) пациентов имел место диффузный перитонит, у 33 (29%) — разлитой перитонит. Местный перитонит выявлен у 13 (10,2%) пациентов. Мангеймский индекс перитонита (МИП) у больных с диффузным перитонитом составил от 10 до 31 баллов (в среднем 16,8), с разлитым перитонитом - от 16 до 33 баллов (в среднем 18,3). Так же был оценен индекс Voeu, PULP, WSES у пациентов, перенесших лапароскопическое вмешательство. У 67 пациентов с диффузным перитонитом (среднее значение МИП – 15,4) и у 25 пациентов с разлитым перитонитом

(среднее значение МИП – 16) индекс Voeu был равен 0. У 12 больных с диффузным перитонитом (среднее значение МИП – 23,6) и у 7 пациентов с разлитым перитонитом (среднее значение МИП – 26,8) и у 1 пациента с местным перитонитом индекс Voeu = 1. 19 пациентов с распространенным перитонитом имели Voeu =1 (ASA III-IV – 16 (84,2%) пациентов, длительность перфорации > 24 часов – 2 (10,5%), АД < 90 мм. рт. ст. – 1 (5,3%)). Смертельных исходов в группе Voeu =1 отмечено у 2 (10,5%) пациентов (среднее значение МИП – 26, среднее значение WSES Sepsis Score – 5, среднее значение PULP – 5,5, средний возраст – 74 года). Всего больных с Voeu =1 было 31, следовательно, 64,5% операций выполняется лапароскопически. 3 пациента с Voeu =2 так же перенесли лапароскопическое вмешательство, 2 из них скончались (среднее значение МИП – 32,5, среднее значение WSES Sepsis Score – 10, среднее значение PULP – 7,5, средний возраст – 86,5 лет). Заключение: прогностические шкалы, используемые для оценки тяжести пациентов с перитонитом на фоне перфорации язв гастродуоденальной зоны, позволяют четко стратифицировать группу пациентов для безопасного выполнения лапароскопического вмешательства (Voeu =0-1). Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы противопоказано при Voeu =2. Необходимо дальнейшее исследование прогностической значимости современных шкал PULP и WSES Sepsis Score.

807. ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРОВ В ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Кириенко А.И., Андрияшкин В.В., Иванов В.В.

Москва

РНИМУ

Актуальность: Среди методов хирургической профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий широкое распространение получила имплантация кава-фильтров (КФ) в инфраренальный отдел нижней полой вены (НПВ). Имплантированные КФ успешно решают первоочередную задачу по предотвращению лёгочной эмболии, однако в посттромботическом периоде инородное тело в НПВ способно стать причиной опасных осложнений, при которых консервативные либо эндоваскулярные методы лечения неэффективны. В таких случаях только в ходе открытого вмешательства на НПВ можно устранить осложнения имплантации,



угрожающие жизни больного.

Материал и методы: За период с 1990 по 2016 гг. в клинике факультетской хирургии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова оперировано 37 больных в возрасте от 18 до 62 лет с выявленными в посттромботическом периоде осложнениями имплантации КФ, представляющими реальную угрозу жизни и здоровью пациентов. Длительность нахождения фильтрующего устройства в НПВ составляла до 30 лет. Оптимальный диагностический алгоритм включал мультиспиральную компьютерную томографию брюшной полости с контрастным усилением и ультразвуковое исследование магистральных вен нижних конечностей и забрюшинного пространства. К открытым оперативным вмешательствам прибегали в случае технической невозможности выполнения или неэффективности эндоваскулярных методов либо при наличии urgentных показаний.

Результаты: Ведущими показаниями к открытым оперативным вмешательствам на НПВ на основании результатов обследования выступали: некорректная позиция КФ, создающая угрозу витальных осложнений – 11 больных; пенетрация «ножек» КФ в паракавалыные ткани, 12-перстную кишку, аорту, ткань печени – 11; эмболоопасный тромб на краниальной поверхности КФ – 8; разрушение КФ и миграция его фрагментов – 3; неудача попыток удаления «съёмной» модели КФ эндоваскулярными методами, наличие которого создавала угрозу осложнений либо значительно снижало уровень качества жизни больного – 4 пациентов. Некорректная позиция КФ была обусловлена как техническими ошибками имплантации, так и рубцовой трансформацией эндотелия, что вело к деформации устройства и его дислокации, в том числе в притоки НПВ. Формирование флотирующих тромбов проксимальнее КФ чаще всего связано с низкой его имплантацией по отношению к почечным венам и прекращением приёма антикоагулянтов. Неудачи попыток эндоваскулярного удаления фильтров через 4 недели и более после имплантации были обусловлены плотной фиксацией элементов конструкции к интимае. В ходе операций пенетрация «ножек» КФ за пределы НПВ (от одной до 12) были обнаружены у 21 больного (56,8%). Длина их экстравазальной части составляла 5–25 мм. При этом только в одном наблюдении это сопровождалось формированием обширной забрюшинной гематомы. Больным с эмболоопасными тромбами первым этапом выполняли флеботомию и удаляли флотирующий тромб, затем – КФ, окутанный тромботическими массами. Частично освобождали от тромбов инфраренальный отдел и после ушивания флеботомии выполняли пликацию НПВ механическим швом. При отсутствии острого тромбоза в бассейне НПВ от пликации воз-

держивались. В результате оперативных вмешательств были удалены 9 кава-фильтров «Зонтик», 8 – РЭПТЭЛА, 6 – OptEase, 5 – «Ёлочка», 2 – ALN, 2 – «Осот» и по одному – «Корона», Gunther Tulip и Bird's Nest. В двух наблюдениях от удаления КФ воздержались. Из осложнений отмечено формирование забрюшинной гематомы у двух больных. Ещё у двух пациентов развился пристеночный тромбоз НПВ. Консервативное лечение осложнений было успешным. Летальных исходов не было. **Выводы.** Открытые оперативные вмешательства на НПВ позволяют эффективно устранять жизнеугрожающие осложнения имплантации КФ, развивающиеся в посттромботическом периоде.

808. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНЫХ ТРОМБОВ СУПРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Кириенко А.И., Андрияшкин В.В., Иванов В.В.

Москва

РНИМУ

Актуальность: Наиболее сложен выбор оптимальной тактики лечения у больных с локализацией эмболоопасных (флотирующих) тромбов в супраренальном отделе нижней полой вены (НПВ). Антикоагулянтная либо тромболитическая терапия не способны в данной ситуации надёжно предотвратить эмболизацию лёгочного артериального русла, а эндоваскулярная тромбэктомия при локализации верхушки тромба проксимальнее печёночных вен рискованна либо технически невыполнима. В таких случаях надёжно предотвратить тромбоэмболию лёгочных артерий (ТЭЛА) возможно только путём открытого хирургического вмешательства на нижней полой вене. **Материал и методы:** За период с 1990 по 2016 гг. в клинике факультетской хирургии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова оперировано 19 больных в возрасте от 27 до 60 лет с эмболоопасными тромбами супраренального отдела НПВ. В 7 наблюдениях тромб сформировался на краниальной поверхности ранее имплантированного кава-фильтра (КФ). Причиной тромбоза послужили низкая его по отношению к почечным венам имплантация с формированием «слепого мешка», миграция и деформация КФ, неадекватная антикоагулянтная терапия. Опухоль почки стала причиной тромбообразования у 6 больных, лейомиома матки – у 5, желудка – у одной пациентки. Протяжённость флотирующей части тромбов составляла 7-20 см при диаметре 0,9-1,5 см. В двух наблюде-



ниях тромб пролабировал в правое предсердие и в одном – в правый желудочек.

Результаты: Тромбэктомия из правых отделов сердца выполняли из правостороннего передне-бокового торакотомного доступа, через ушко правого предсердия в условиях временной окклюзии полых вен. Из супраренального отдела НПВ тромбэктомия выполняли из лапаротомного доступа. Обязательным условием успешной тромбэктомии выступает адекватная продольная флеботомия. Для удаления тромбированного КФ выполняли предварительное отсечение его «ножек», располагающихся вне просвета сосуда, и прецизионное освобождение элементов конструкции от неointимы. Больным с тромбозом в инфраренальном отделе НПВ сосудистый этап заканчивали пликацией полых вен тот час дистальнее устьев почечных вен. При отсутствии тромботического процесса в дистальном венозном русле ограничивались ушиванием флеботомии. Следующим этапом выполняли удаление опухоли. Эпизодов ТЭЛА в послеоперационном периоде не было. Был отмечен один летальный исход у больного с тяжёлыми нарушениями гемостаза. Причиной смерти стала острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Выводы: Открытые хирургические вмешательства у больных с эмболоопасными тромбами супраренального отдела НПВ позволяют надёжно предотвратить массивную тромбоземболию лёгочных артерий.

809. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РЕДУКЦИИ КРОВОТОКА В МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ МАЛО ТАЗА ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Рымашевский А.Н., Волков А.Е., Карнушин Т.Е.

Ростов-на-Дону

Кафедра акушерства и гинекологии №1 РостГМУ

Цель исследования: оценка репродуктивного здоровья женщин после редукции кровотока (перевязки магистральных сосудов малого таза) при акушерских кровотечениях.

Материалы и методы: обследовано 64 женщины. 1-ю группу составили 23 женщины, роды у которых осложнились кровотечением, с последующей перевязкой а. iliaca interna, а. uterina и а. ovarica («магистральных сосудов») с обеих сторон. 2-я группа - 21 женщина с сопоставимым объёмом кровопотери во время оперативных родов, без перевязки «магистральных сосудов». 3-я группа - 35 пациенток, после физиологических родов

или неосложненного оперативного родоразрешения. При эхографии оценивали размеры матки, яичников, проводили фолликулометрию по традиционным методикам. Гемодинамика в сосудах малого таза оценивалась при доплерометрии (ДПМ) с использованием режима ЦДК, сравнивали показатели артериального и венозного кровотока. Сканирование проводилось на 5-7, 30, 60, 90 сутки послеоперационного периода. Результаты: после перевязки «магистральных сосудов» на 5 сутки послеоперационного периода в 100% случаев отмечалось восстановление кровотока в а. uterine с обеих сторон. Кровоток в а. iliaca interna и а. ovarica восстанавливался на 30 сутки у 15% женщин, на 60 сутки – у 100% обследованных. Скоростные параметры кровотока в а. et v. iliaca interna, а. et v. uterina и а. et v. ovarica не отличались от таковых у здоровых женщин репродуктивного возраста. Темпы инволюции матки были одинаковыми у пациенток всех изучаемых групп. Частота субинволюции матки в группах также была сопоставима. На 30 сутки послеродового периода у пациенток всех групп размеры яичников не отличались от нормативных величин, характерных для женщин репродуктивного возраста. Динамика размеров фолликулярного аппарата зависела от того, восстановилась менструальная функция или нет, а не от принадлежности пациенток к той или иной изучаемой группе.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют об отсутствии отрицательного влияния перевязки магистральных сосудов на восстановление репродуктивной функции женщин. Это позволяет рекомендовать внедрение органосберегающих операций при акушерских кровотечениях для сохранения детородной функции у женщин.

810. ПРОВЕДЕНИЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Тян Л.В., Каукеев А.С., Сулейменов А.С.,
Рамазанова Л.Р.*

Астана

ГКПнаПХВ«Городская больница№1»

Актуальность: Последние годы имеют тенденцию к внедрению высокотехнологичных методов хирургического лечения для раннего восстановления больных. Центр амбулаторной колопроктологии, широко внедряет стационарозамещающие технологии в лечении профильных больных. Основную проблему представляет хирургическое лечение геморроя. Буквально несколько лет назад гемор-



роидэктомия проводилась только в стационарных условиях, так как осложнялась выраженным болевым синдромом, послеоперационным кровотечением, развитием парапроктита, рефлекторной задержкой мочеиспускания. С применением высокотехнологичного оборудования изменился подход к хирургическому лечению геморроя. В амбулаторных условиях широко используются малоинвазивные методы лечения (лигирование, склерозирование) в I-II стадиях геморроя, в III, IV стадиях вышеуказанные методы практически не эффективны. Из всех существующих в мире модификаций геморроидэктомии, мы остановили свой выбор на методе разработанном в ГНЦК МЗ РФ, применяя открытую геморроидэктомию ультразвуковым диссектором. Анализируя работу за 3,5 года деятельности нашего Центра можно с уверенностью говорить о реальности выполнения геморроидэктомий в амбулаторных условиях, до минимума снижая риск развития осложнений.

Цель: Доказать возможность и эффективность геморроидэктомии в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Центр амбулаторной колопроктологии имеет 4 койки дневного стационара в двух двухместных палатах, смотровой, перевязочный, продурный кабинеты, санитарных помещения. Кадровый состав: заведующий Центром, 3 врача-ординатора, 3 медсестры, 1 санитарка. Геморроидэктомии проводились в условиях операционного блока стационара. За период с 10.04.2013 г. по 31.01.2017 года в Центре амбулаторной колопроктологии было произведено 1255 проктологических операций, из них 452 геморроидэктомии ультразвуковым диссектором произведены у больных с III и IV стадиями; 253 мужчины и 199 женщин. Возраст прооперированных больных составляет от 20 до 80 лет. До 20 лет – пациентов (1,32%), 21-35 лет – 122 пациента (26,99%), 36-65 лет – 310 пациентов (68,58%), 66-75 лет – 13 пациентов (2,87%), 76-90 лет – 1 пациент (0,22%). Все пациенты первые 7-10 суток находились на амбулаторном наблюдении, мониторинг состояния, локального статуса проводился по мобильной связи. В послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: кровотечения 5 случаев (1,1%). Послеоперационные кровотечения наблюдались у пациентов нарушивших режим питания, в результате чего возникали запоры или диарея. Кровотечения были купированы в перевязочном кабинете путем лигирования кровоточащих сосудов в условиях параректальной блокады. Развитие парапроктита – 2 случая, у первого пациента на седьмые сутки после геморроидэктомии развился подкожный парапроктит, у второго на пятнадцатые сутки (0,44%) сформировался интрасфинктерный свищ, который был иссечен по Габриелю.

Выводы: 1. Физические свойства воздействия ультра-

звука на ткани позволяют в разы снизить болевой синдром, который проявляется в первые сутки послеоперационного периода и при первом акте дефекации после геморроидэктомии. Обезболивание в первые сутки после геморроидэктомии, производится наркотическими анальгетиками, далее болевой синдром купируется приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. 2. Для успешной геморроидэктомии необходимо: наличие высококвалифицированного медицинского персонала, очень тщательный подбор пациентов (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, бытовые условия и место проживания, желание пациента), отработанная логистика движения пациентов (обязательная возможность госпитализации пациентов в экстренном порядке в круглосуточном режиме), амбулаторный мониторинг состояния пациентов с помощью постоянной мобильной связи. 3. Анализ работы ЦАК, позволяет с уверенностью проводить хирургическое лечение поздних стадий геморроя в амбулаторных условиях, что дает раннюю реабилитацию, комфортно для пациентов, значимый экономический эффект.

811. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Алиев М.А., Магомедов М.С., Сафаров С.Ю., Амирханов А.А., Алиев Ш.А., Нурмагомедов М.С.

Махачкала

Каф. хирургических болезней
стоматологического, педиатрического, и
медико-проф. факультетов ДГМУ, городская
клиническая больница № 1

Введение. Полипатология у одного индивидуума имеет целый ряд негативных последствий: утяжеление течения болезни, значительное удорожание и удлинение лечения, ухудшение качества жизни, возрастание риска смертности в популяции и многое другое. Ведь до сих пор нет солидных научных исследований, где рассмотрены множественные патологии на индивидуальном или популяционном уровне. Не освещены вопросы взаимоотношений нескольких заболеваний, имеющих у пациента, оценку их симулирующего эффекта, скудно представлен генез множества недугов у одного индивидуума, их лечение, осложнений, профилактики и прогноз и т.д.

Цель работы: изучить результаты ампутаций нижних конечностей у диабетиков в зависимости от



количества и тяжести сопутствующих заболеваний. Наше наблюдение показывает: при «стаже» диабета 10-15 лет поражения нижних конечностей имеют место у 80 пациентов из 100. Объясняется это постоянными ортостатическими нагрузками и неадекватным кровоснабжением из-за их удаленности от сердца. Поэтому ампутации и реампутации конечностей по поводу диабетической гангрены в нашем центре производятся в 20-40 раз чаще, нежели у людей, не страдающих «сладкой болезнью». С учетом вышеизложенного мы решили изучить результаты ампутации нижних конечностей, когда сахарный диабет является монопатологией для пациента и когда диабет сочетается с мультинологией (болезнями кровообращения, ХОБЛ, ожирения и пр.). Выявить зависимость прогрессирования гнойных осложнений диабетической ангиопатии, исходов ампутации, сроков пребывания в стационаре от количества и тяжести сопутствующих заболеваний пациента.

Материал. Наш анализ основан на 320 пациентах с синдромом диабетической стопы, находившихся в 2010-2013 годах в Республиканском отделении хирургической инфекции и подвергшихся ампутациям нижних конечностей на различных уровнях. Мужчин было 211, женщин – 109. Из них лица пожилого и старческого возраста составили 80%. Больные разбиты на две группы. В первую вошло 119 человек с синдромом диабетической стопы без сопутствующих заболеваний. Во вторую, - 201 больных, наряду с синдромом диабетической стопы выявлены от одного до шести сопутствующих заболеваний - ИБС, гипертоническая болезнь, атеросклероз нижних конечностей, заболевания почек, ожирение, ХОБЛ. Результаты. Всего ампутации на различных уровнях выполнено 320 больным. В первой группе ампутации на пальцах выполнены 84(70,5%) больным, на уровне стопы 16(13,4%), на голени-11(9%) и на бедре -8(7%) больным. Во второй группе ампутации на пальцах выполнены у 88(44%) больных, на стопе 54(27%) , на голени -28 (14%) и на бедре 29(14%) больным. Таким образом, низкие операции, с сохранением опорной функции стопы, выполнены у 84% больных в первой группы и у 72 % больных второй группы. Высокие ампутации выполнены у 16% больных первой группы и 28 % больных второй группы. Чтобы скорректировать сахар и функциональные сдвиги жизненно важных органов второй группе больных требовалось значительно больше времени, средств и сил медперсонала, ускоренного перевода на инсулин. Сроки коррекции сахара первой группы составило около трех суток, тогда как у второй группы -от 5 до 7суток. Среднее пребывание больных первой группы, после высокой ампутации конечности, составили 18 к\ дней, у больных второй группы -29. Летальных случаев в первой группе не было, во

второй-1 больной после высокой ампутации.

Выводы. Наличие сопутствующих заболеваний у больных с синдромом диабетической стопы намного ухудшает течение основного заболевания и требует намного больше сил и средств.

812. «ДУОДЕНАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ», «ПАРАДУОДЕНАЛЬНЫЙ ПАНКРЕАТИТ», «GROOVE PANCREATITIS». ПОЧЕМУ НАЗВАНИЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ 74 ПАЦИЕНТОВ

Егоров В.И.(1), Ванькович А.Н. (2), Петров Р.В. (1), Старостина Н.С.(2)

Москва

- 1)Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗ Москвы
- 2) Московский клинический научный центр.

Введение. Все вышеприведенные названия описывают однотипный патологический процесс в поджелудочной железе (ПЖ) и 12-перстной кишке (ДПК). Это заболевание распознается в настоящее время все чаще. Как выбор названия болезни, так и оптимальный способ лечения ее остается объектом дискуссии.

Цель. Оценить результаты различных методов лечения ДД. Методы. Проспективный анализ 74 наблюдений ПП (2004 – 2016) гг для сравнения предоперационных и гистопатологических данных. Все больные были обследованы с использованием трансабдоминального и эндоУЗИ, контрастной многофазной КТ и МРТ. Основным критерием заболевания были гистологические признаки неизменной или измененной эктопической ПЖ в стенке ДПК, изолированной от ортотопической железы.

Результаты. У всех больных диагноз поставлен до операции, кроме одного случая, когда была заподозрена опухоль ПЖ. Наиболее точными диагностическими методами были КТ и эндоУЗИ. Поводом для оперативного лечения были болевой синдром и рвота (дуоденальная непроходимость). В 16 случаях ДД сопровождалась выраженным хроническим калькулезным панкреатитом в ортотопической ПЖ. Тридцати одному больному была выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР), в 7 случаях – пилоросохраняющая ПДР, в пяти – дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ. Четырнадцати пациентам произведена панкреассохраняющая резекция ДПК (ПСРДПК). Одно осложнение ПДР, термокоагуляционная травма извитого мочеточника на фоне ретроперитонеального фиброза, потребовало пиелоретеропла-



тики. Летальности не было. За время наблюдения отмечено исчезновение болевого синдрома у 87% больных после ПДР и у 96% - после резекции ДПК, набор веса – у 92% больных. Не выявлены новые случаи диабета или признаки утяжеления существующего после резекции ДПК.

Заключение. 1. ДД может и должна диагностироваться до операции. 2. Оптимальным методом оперативного вмешательства при ДД с сопутствующим панкреатитом в ортотопической железе является ПДР. 3. При изолированных формах ДД оптимальна панкреосохраняющая резекция ДПК. 4. Эффективность ПСРДПК – убедительное доказательство локализации патологического процесса в 12-перстной кишке. 5. Ранняя диагностика и правильный выбор названия болезни сохраняет поджелудочную железу.

813. РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ - ТЕНДЕНЦИЯ, НЕ ИМЕЮЩАЯ ОБРАТНОГО ПУТИ

Уханов А.П., Захаров Д.В., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.Л., Амбарцумян В.М., Шахабутдинов М.Ш.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных острым аппендицитом за счет приоритетного использования лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы: В отделении неотложной хирургии городской многопрофильной больницы за период с 2007 года по январь 2017 года оперировано 1783 больных острым аппендицитом, из них простой аппендицит наблюдался у 181 (10,1%), флегмонозный у 1137 (63,7%) и гангренозный аппендицит у 465 (26,1%) больных. Из общего количества у 1027 больных (57,6%) предпринята лапароскопическая аппендэктомия и 756 пациентов (43,4%) больных оперированы открытым методом. Достаточно большой процент больных с простым или катаральным аппендицитом объясняется тем, что в период начального использования эндовидеохирургической технологии показания к лапароскопической аппендэктомии были ограничены и ее выполняли у больных со сроком заболевания не более суток, при отсутствии признаков периаппендикулярного инфильтрата, абсцесса

и распространенного перитонита. Доля лапароскопических операций в первые два года исследования составила 30,9%. Естественно, что при преобладающей тогда тенденции использования лапаротомного доступа хирург, вскрыв брюшную полость, удалял червеобразный отросток, даже при наличии минимальных воспалительных изменений в нем и количество так называемых напрасных аппендэктомий составляло в это период 14,9%. Увеличение количества лапароскопических операций шло параллельно с увеличением числа хирургов и операционных сестер, владеющих методом выполнения эндовидеохирургических вмешательств, оснащением операционных современных лапароскопическими стойками и эндохирургическим инструментарием. По мере набора опыта и совершенствования техники, показатель частоты использования лапароскопии значительно повысился, при этом количество аппендэктомий по поводу простого аппендицита стало минимально. Так в 2016 году эндовидеохирургические операции при остром аппендиците выполнены у 226 из 230 больных (98,3%), при этом только у 2 больных (0,9%) по поводу простого аппендицита. Эндохирургическое лечение больных с четко установленным диагнозом острого аппендицита или вескими подозрениями на его наличие используем при всех формах воспаления червеобразного отростка, в том числе и осложненных периаппендикулярным инфильтратом, абсцессом, диффузным и разлитым перитонитом. Единственным противопоказанием как к лапароскопической, так и открытой операции считаем наличие плотного пальпируемого многосуточного аппендикулярного инфильтрата. Операцию начинали с диагностической видеолапароскопии, которая в подавляющем числе, переходила в лечебную. Преобладали деструктивные формы воспаления, в частности флегмонозный аппендицит отмечен у 639 больных (62,2%), гангренозный – у 217 (21,1%) и у 102 пациентов (9,9%) наблюдался гангренозный перфоративный аппендицит. Практически у трети оперированных (332 больных) деструктивный аппендицит было осложнено местным или диффузным перитонитом. 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. При выполнении лапароскопической аппендэктомии главными условиями считали надежную герметизацию культи червеобразного отростка, как правило, наложением интракорпорального шва, либо петли Редера, хороший гемостаз брыжеечки червеобразного отростка, для чего в ряде случаев



использовали гармонический скальпель, тщательную санацию брюшной полости, особенно при наличии перитонита и дренирование брюшной полости при гангренозных формах аппендицита, вскрытии просвета аппендикса в процессе мобилизации или удалении его по частям, наличии периаппендикулярного абсцесса, местного или диффузного перитонита. Предпочитаем активные формы дренирования зоны операции с помощью полиэтиленовых контейнеров-гармошек.

Результаты: Среди 1027 больных, которым принята лапароскопическая аппендэктомия, в 36 (3,5 %) случаях осуществлен переход на лапаротомный доступ. Осложнения в послеоперационном периоде встретились у 40 больных (3,9 %), в том числе кровотечение в брюшную полость у 2, разлитой перитонит у 2, абсцесс брюшной полости у 22, нагноение троакарных ран – у 8 (1,1 %), ранняя спаечная кишечная непроходимость у 6. Среди 32 больных с внутрибрюшными послеоперационными осложнениями у 28 больных они были устранены малоинвазивными методами с использованием релапароскопии. У 20-ти больных острым осложненным аппендицитом, когда во время выполнения лапароскопической аппендэктомии выявлены выраженные воспалительно-деструктивные изменения в брюшной полости использовали методику программируемой релапароскопии. У 18 больных был гангренозный и у 2 больных флегмонозный аппендицит, осложненный перитонитом, периаппендикулярным инфильтратом либо абсцессом. Показанием к проведению программируемой релапароскопии считаем наличие неблагоприятных факторов, которые выявляются в процессе лапароскопической аппендэктомии, когда при видеондоскопической операции невозможно полное, одномоментное удаление инфицированного содержимого из брюшной полости, сюда относятся случаи перфоративного аппендицита с большим количеством калового содержимого, излившегося из просвета червеобразного отростка. Распространенный гнойный перитонит с большим количеством фибринозных напластований на петлях кишечника и париетальной брюшине также опасен в плане развития послеоперационных осложнений. Среди 20 больных, которым выполнена программируемая релапароскопия, в 16 случаях достаточным оказалось проведение одной повторной эндовидеохирургической санации брюшной полости. У четырех пациентов потребовалось проведение 2-х сеансов санационной релапароскопии. После проведения процедуры у больных отмечалась нормализация самочувствия в течении первых 2-х суток. 16 больных выписаны в срок до 10 суток после релапароскопии, за счет быстрого купирования воспалительной реакции со стороны брюшной полости. У 4 больных период госпитализации составил

более 14 дней. Выводы: таким образом, использование видеолапароскопии в лечении больных острым аппендицитом в условиях отделения неотложной хирургии городской многопрофильной больницы, показывает, что при наличии должного оснащения и хорошей подготовки хирургического персонала эндовидеоскопическая технология стала методом выбора по удалению червеобразного отростка и тенденция к ее использованию не имеет обратного пути.

814. КСЕНОПЕРИКАРДИАЛЬНЫЕ ТКАНИ В РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА

Шинкарев С. А., Латышев Ю. П., Клычева О. Н.

Липецк

Областной онкологический диспансер

Актуальность: проблема лечения больных раком прямой кишки при локализации процесса в нижеампулярном отделе является актуальной. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполняется у 70-80% пациентов, а частота возникновения местного рецидива достигает 26,5%, что вдвое превышает аналогичный показатель при колоректальном раке в целом. Для решения данной проблемы получила распространение методика экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (ЭлБПЭ). Основным недостатком выполнения ЭлБПЭ является образование обширного дефекта мягких тканей тазового дна, для закрытия которого предложено множество различных способов. Используемые в настоящее время различные методики закрытия дефекта тазового дна при ЭлБПЭ прямой кишки обладают как положительными, так и отрицательными аспектами. В последние годы значительное число публикаций посвящено применению бесклеточных биологических хирургических материалов. По данным литературы, биологические ткани не уступают синтетическим в прочности, хорошо адаптируются, отмечается невысокая частота инфекционных осложнений. Нами использована ксеноперикардальная пластина «Кардиоплант». Уникальный химико-ферментативный метод обработки ксеноперикарда позволяет полностью разрушить и удалить клеточные элементы и гликозаминогликаны межклеточного вещества как основных носителей антигенности.

Цель исследования: сравнить результаты применения различных способов пластики тазового дна; оценить возможность использования ксеноперикардальных тканей.



Материал и методы: в хирургическом отделении №1 ГУЗ «ЛООД» за 3 года выполнена ЭлБПЭ 48 больным, из них 16 операций выполнено лапароскопически. 26 женщин, 22 мужчины. Возраст пациентов – от 47 до 75 лет. Стадия – Т3N0M0-T4N2M0. Предоперационная лучевая (химиолучевая) терапия была проведена 46 пациентам. Для пластики дефекта тазового дна были применены следующие виды пластики: 1. «простая пластика» (ушивание промежностной раны местными тканями) 18 пациентов; 2. пластика ягодичным лоскутом - 10; 3. биологический имплант "Пермакол" - 1 пациент; 4. пластика полипропиленовым трансплантатом 4 пациента; 5. 15 - пациентов для пластики промежностной раны использовалась ксеноперикардальная пластина "Кардиоплант".

Результаты: Инфекционные осложнения (ИО) со стороны промежностной раны встречались у 8 (44,4%) больных в группе после «простой пластики». В группе после пластики ягодичным лоскутом ИО наблюдались у 3 (33,3%) больных. Нагноение промежностной раны выявлено у 1 пациента из группы с пластикой полипропиленовой сеткой. У 2 (16,6%) больных с пластикой ксеноперикардальной пластиной "Кардиоплант" наблюдались серомы промежностной раны. У пациента с пластикой промежностной раны биологическим имплантом "Пермакол" ИО не отмечено.

Выводы: 1. Ксеноперикардальную пластину "Кардиоплант" можно использовать для пластики промежностной раны после ЭлБПЭ прямой кишки как при выполнении открытой, так и лапароскопической операции. 2. Материал доступен по цене и является отечественной продукцией. 3. «Кардиоплант» обладает необходимыми физико-механическими характеристиками, позволяет выполнять пластику дефекта промежности различных размеров, не вызывает образования свищей при контакте с петлями тонкой кишки. 4. Использование данного способа пластики позволяет уменьшить время пребывания больного в стационаре, время нетрудоспособности, улучшить качество жизни оперированных больных, позволяет начать проведение необходимого специального лечения (химиотерапии, лучевой терапии) в оптимальные сроки.

815. О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ ГАРНИЗОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ В СИСТЕМУ ТРАВМОЦЕНТРОВ МИНЗДРАВА РФ

Касимов Р.Р., Логинов В.И., Хугаев Л.А., Исинов А.Э., Зубов О.А., Буев. Г.В., Лисовский А.В., Дубинина Е.П.

Нижний Новгород

ФГКУ "422 ВГ" МО РФ

(Нижегородский военный госпиталь)

Введение. К счастью, в последние годы тяжелая сочетанная травма (ТСТ) в вооруженных силах РФ (ВС РФ) встречается редко. Но в этом случае имеется и «обратная сторона медали». Для ВС РФ проблема постоянного совершенствования практических навыков специалистов в вопросах диагностики и лечения боевой хирургической травмы (ТСТ мирного времени) предопределена специфическим предназначением военных хирургов, новыми военно-политическими угрозами, возросшим числом локальных и региональных вооруженных конфликтов, террористических актов. Военно-медицинские организации (ВМО) базового и гарнизонного уровней по различным причинам, а в своем большинстве объективным, лишены такой возможности, в том числе и из-за того, что не допущены в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) региональными Минздравами. Одним из путей решения данной проблемы является интегрирование ВМО гарнизонного уровня в структуру региональных травмоцентров Минздрава РФ. **Материал и методы.** Проведено анкетирование гарнизонных хирургов (n=20). Вопросы исследования относились к изучению наличия практического (количественного) опыта выполнения основных операций (манипуляций) при ТСТ за последние 5 лет. Аналогичное анкетирование по вопросам наличия практического опыта за последние 5 лет при оказании первой помощи и доврачебной помощи в экстренной форме проведено у среднего (n=82) и младшего (n=39) персонала медицинских подразделений воинских частей. Средний возраст гарнизонных хирургов составил 46,8±10,5 лет; среднего медицинского персонала - 36,4±9,3 лет, младшего - 33,9±8,2 лет. Изучены ведомственные (Минздрава и Минобороны РФ), федеральные и региональные нормативно-правовые акты, определяющие оказание скорой медицинской помощи при ТСТ. Распределения признаков ненормальные, средние данные представлены в виде M±Me.

Результаты и обсуждение. Готовность к оказанию медицинской помощи при современной боевой



травме хирургов гарнизонных и базовых госпиталей следует признать недостаточной. Так, практический опыт за последние 5 лет в плане количества выполненных операций (манипуляций) в среднем составил: трахеостомия (коникотомия) - $1,2 \pm 0$; венесекция - $0,7 \pm 0$; торакоцентез (дренирование плевральной полости) - $9,1 \pm 7,5$; торакотомия - $0,8 \pm 0$; лапароцентез - $3,35 \pm 3$; срединная лапаротомия - $12,9 \pm 7$; диагностическая лапароскопия - $16,6 \pm 0$; спленэктомия - $1,25 \pm 1$; ушивание ран печени - $0,7 \pm 0$; резекция кишки - $3,5 \pm 3$; катетеризация периферической артерии - $0,25 \pm 0$; сосудистый шов - $0,9 \pm 0$; пункция мочевого пузыря (эпицистостома) - $2,7 \pm 2$; лечебно-транспортная иммобилизация при переломах длинных трубчатых костей - $2,5 \pm 0$; лечебно-транспортная иммобилизация при переломах костей таза - $0,9 \pm 0$; применение в практике протокола FAST-УЗИ - $3,1 \pm 0$; применение в практике концепции "Damage control" - $0,7 \pm 0$. Одну и более операцию (манипуляцию) за последние 5 лет выполнили: трахеостомия (коникотомия) - 8 (40%); венесекция - 5 (25%); торакоцентез (дренирование плевральной полости) - 20 (100%); лапароцентез и срединная лапаротомия 15 (75%); диагностическая лапароскопия - 8 (40%); спленэктомия - 10 (50%); ушивание ран печени - 9 (45%); резекция кишки - 13 (65%); катетеризация периферической артерии - 3 (15%); сосудистый шов - 9 (45%); пункция мочевого пузыря (эпицистостома) - 15 (75%); лечебно-транспортная иммобилизация при переломах длинных трубчатых костей - 9 (45%); лечебно-транспортная иммобилизация при переломах костей таза - 4 (20%); применение в практике протокола FAST-УЗИ - 6 (30%); применение в практике концепции "Damage control" - 10 хирургов (50%). Очевидно, что в некоторых госпиталях хирургическая активность при ТСТ практически нулевая. По наличию врачебной категории хирургов данные распределились следующим образом: нет категории - 7 (35%); II категория - 1 (5%); I категория - 6 (30%); высшая категория - 6 хирургов (30%). Одну и более смежные специальности имеют 7 хирургов (35%). В основном это - лучевая диагностика, колопроктология. При анкетировании фельдшеров, медсестер медицинских подразделений воинских частей получены средние данные (по количеству выполненных манипуляций): мероприятия СЛР - $1,0 \pm 0$; использование устройства внутрикостного инфузионного доступа - $0,14 \pm 0$; транспортная иммобилизация - $6,3 \pm 2$; остановка продолжающегося наружного кровотечения - $5,8 \pm 2$; пункция напряженного пневмоторакса - $0,1 \pm 0$; устранение асфиксии - $0,7 \pm 0$; участие в мероприятиях медицинской эвакуации пострадавшего с ТСТ - $0,6 \pm 0$. При этом, среднее число участия в учебно-методических сборах, учениях с развертыванием этапов медицинской эвакуации за последние 5 лет у этой

категории составило $2,9 \pm 0$ случаев. Ознакомлены с принципом применения современных средств для оказания медицинской помощи (жгуты, шины, устройства для инфузионного костного доступа, игла для декомпрессии плевральной полости и т.п.) 55 человек (67%). Средний стаж составил 16,3 года. Санинструкторы медицинских подразделений воинских частей: СЛР - $1,0 \pm 0$; транспортная иммобилизация - $2,3 \pm 1$; остановка продолжающегося наружного кровотечения - $3,7 \pm 1$. Средний стаж - 14,1 лет. Заключение. У подавляющего большинства военных медиков нет постоянного практического опыта по военно-полевой хирургии. Кроме того, условия военной службы ограничивают возможность реализации мероприятий непрерывного медицинского образования (НМО) по индивидуальным планам, особенно в отдаленных гарнизонах. Вопросам НМО медицинского персонала ВС РФ, в том числе симуляционного обучения, должно уделяться больше внимания. Необходимость создания травмоцентров II уровня в базовых ВМО тем более очевидна и, не вызывает сомнений. Функции травмоцентров, помимо основных, целесообразно дополнить и учебно-методическими с целью постоянной практики в виде рабочего прикомандирования хирургов, травматологов, анестезиологов и реаниматологов, врачей, среднего и младшего медицинского персонала войскового звена зоны территориальной системы медицинского обеспечения. Для рационального функционирования травмоцентров необходима интеграция ВМО в региональные системы ОМС.

816. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ PRP В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сухоруков Е.А., Лизанец Ю.М., Богомазов А.М., Копылов Б.Э.

Москва

Медицинский центр Южный

Консервативное лечение трофических язв нижних конечностей, как правило, применяется на подготовительном этапе перед операцией. А при наличии противопоказаний к операции или отказа от операции консервативное лечение язв становится единственным методом. В настоящее время существует множество лекарственных и перевязочных средств и для местного лечения язв, но, к сожалению, не всегда удается достигнуть заживления язв. Длительность проводимой терапии составляет иногда многие месяцы. ЦЕЛЬ: Оценить результаты применения обогащенной тромбоци-



тами плазмы (PRP) в лечении трофических язв.

Материалы и методы: PRP (Platelet Rich Plasma)— это плазма крови пациента с повышенным содержанием тромбоцитов. В настоящий момент обогащенной тромбоцитами плазмой называют аутоплазму содержание тромбоцитов, в которой не менее 1.000.000 с/mcl. PRP получали путем центрифугирования цельной крови пациента в пробирках YcellBio. В период с марта 2015 г. по ноябрь 2016г, нами пролечено 17 пациентов с варикозной болезнью в стадии трофических нарушений, по классификации CEAP- С6. К проведению PRP-терапии отбирались пациенты с язвенным дефектом размерами до 10 см.кв., без признаков инфицирования Градация по возрасту и полу не проводилась. Все пациенты получали антиагреганты, флеботоники, применяли компрессионный трикотаж 3 класса компрессии или бандажи. Для лечения трофических язв мы использовали инъекционный метод введения - инфильтрация края кожного дефекта. Интервалы между применением PRP составляли 7-10 дней в количестве от 5 до 7 сеансов. Тактика в определении количества сеансов зависела от размера язвенного дефекта. Проводился мониторинг состояния язв по системе MEASURE, принятой клиницистами в 2004г., включающей в себя основные параметры: M (measure)- измерение раны; E (exudates)- количество экссудата; A (appearance)- внешний вид; S (suffering) – болевой синдром; U (undermining)- деструкция; R (reevaluate)- наблюдение; E (edge)- состояние краев раны.

Результаты и обсуждение: В первые сутки 15 (88%) пациентов отмечали снижение болевого синдрома в области язвы. Через 7-10 дней уменьшение размеров язвенного дефекта на 5-10% у 3-х пациентов. После третьего сеанса прослеживалось уменьшение дефекта на 50-70%. В течение 2 месяцев у 14-х пациентов отметили заживление язвы в полном объеме, а у 3-х закрытие дефекта в течение последующего месяца. Известна роль тромбоцитов в гемостазе, но они также играют важную роль в виде промежуточного звена в процессе регенерации поврежденной ткани за счёт способности выделять из своих α -гранул факторы роста (ФР): фактор роста тромбоцитов (PDGF, изоформы AA, AB, BB); трансформирующий фактор β (TGF β); васкулоэндотелиальный фактор (VEGF); инсулиноподобный ростовой фактор (IGF); основной фактор роста фибробластов (bFGF); эпидермальный фактор роста (EGF). Данные активные вещества вступают во взаимодействие с клетками раневой поверхности, что запускает механизм восстановительных реакций, в частности пролиферацию эпителия, привлечение в зону повреждения резидентных стволовых клеток и стимуляцию их органоспецифической дифференцировки. **ВЫВОДЫ:**

1. Данный метод демонстрирует хорошие результаты клинической эффективности и отсутствие осложнений у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в стадии трофических язв. 2. Данный метод можно использовать в комплексной терапии варикозных язв в амбулаторных условиях.

817. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Тарасенко С.В., Куликова И.В.,
Зайцев О.В., Богомолов А.Ю.*

Рязань

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный
медицинский университет имени академика
И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

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 60 пациентов с верифицированным диагнозом «послеоперационная вентральная грыжа». В первую группу вошло 32 обследуемых, которым была выполнена открытая герниопластика сетчатым эндопротезом Sublay (сетчатый эндопротез установлен под апоневроз и фиксирован транспоневротическими швами), во вторую группу - 28 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 (50-60лет), пол (в первой группе 5 мужчин, 27 женщин; во второй - 3 мужчины и 25 женщин). Послеоперационные вентральные грыжи были срединными, размеры грыж: в первой группе 7 больших, 1 гигантская, 24 средних, во второй группе - 6 больших, 1 гигантская, 21 средних размеров. Результаты: Уровень послеоперационной боли у пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику



IPOM, оказался существенно ниже в сравнении с первой группой пациентов. Первая группа $5,32 \pm 2,02$, вторая группа $3,12 \pm 1,84$. 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 5 пациентов вскрыты серомы послеоперационного рубца, инфильтрат послеоперационного рубца определялся в 4 случаях. Осложнений после лапароскопической герниопластики IPOM не было получено. Выписка из стационара пациентов первой группы происходила, в среднем, через $7,32 \pm 1,84$ дня с момента операции, второй группы – через $5,23 \pm 1,34$ дня.

Заключение: Лечение послеоперационных ventральных 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.

818. РЕЗУЛЬТАТЫ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МНОГОЭТАЖНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Папоян С.А.¹, Щеголев А.А.², Митичкин А.Е.¹, Мутаев М.М.², Красников А.П.¹, Сазонов М.Ю.¹, Радченко А.Н.¹, Сыромятников Д.Д.¹

Москва

¹ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» ДЗМ, Москва, Россия, 105187, ул. Фортунатовская, 1²
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия, 105187, ул. Фортунатовская, 1

Цель: улучшение качества хирургического лечения больных с многоэтажными поражениями артерий нижних конечностей

Материалы и методы: С марта 2013 года по настоящее время в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева 36 пациентам с хронической ишемией нижних конечностей при сочетанном поражении аорто-бедренного и бедренно-подколенно-тибиального сегментов выполнены гибридные вмешательства. Большинство больных были мужчины-26(72%). Этиологическим фактором во всех случаях был атеросклероз. С клинической картиной хронической ишемии нижних конечностей:2

б стадия – 6 (18%) больных, 3 стадия – 18 (53%), 4 стадия – 10 (29%). Средний возраст больных $65,2 \pm 6,5$ лет. Из сопутствующих заболеваний чаще всего отмечалась ишемическая болезнь сердца у 22 больных(61,1%), в том числе перенесенный ОИМ у 7(19,4%), артериальная гипертензия у 32 (88,9%), сахарный диабет у 8 (22,2%), фибрилляция предсердий у 2 (5,5%), поражение брахиоцефальных сосудов у 16 (44,4%). Всего было произведено 40 гибридных оперативных вмешательства (у четырех пациентов выполнены вмешательства на обеих нижних конечностях). Результаты: Непосредственный хороший результат получен у 36 больных. Средний прирост ЛПИ составил 0,42. Прослежены отдаленные результаты (средний период наблюдения 18 мес) у 35 больных. Кумулятивная выживаемость больных через год составила 91,7%. В отдаленном периоде конечность удалось сохранить 34 (94,4%) больным. Двое пациентов умерло в отдаленном периоде от острого инфаркта миокарда. Выводы: Гибридные операции при этажных поражениях аорто-подвздошного и бедренно-подколенного сегментов позволяют достичь оптимальных результатов в реваскуляризации конечности. Одновременное устранение нескольких гемодинамических блоков на разных уровнях практически у всех больных позволяет добиться полного регресса ишемии. Уменьшение операционной травмы при выполнении гибридных операций по сравнению с одномоментной двухуровневой хирургической реконструкцией, а также возможность выполнения вмешательства под регионарной анестезией, особенно важны в группе больных высокого риска по сопутствующей патологии. Выполнение гибридных операций при многоэтажных поражениях магистральных артерий нижних конечностей способствует достижению хороших результатов, не сопровождается большим количеством осложнений и позволяет сохранить конечность подавляющему большинству больных. В отдаленном периоде конечность удалось сохранить подавляющему большинству (94,4%) больных.



819. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕКМЕНТА ТИПОВ С И D ПО TASC II

Папоян С.А.¹, Щеголев А.А.², Громов Д.Г.¹,
Сазонов М.Ю.¹, Мутаев М.М.¹, Красников А.П.¹,
Радченко А.Н.¹, Сыромятников Д.Д.¹

Москва

¹ ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва, Россия²
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва,
Россия

Актуальность: Эндоваскулярные вмешательства (реканализация общей и наружной подвздошных артерий и их стентирование) - минимально инвазивный способ лечения, позволяющий рассматривать его как альтернативу аорто-бедренному шунтированию у большинства пациентов с симптомным атеросклерозом аорты и подвздошных артерий

Цель: Оценить результаты и эффективность эндоваскулярных вмешательств у пациентов с окклюзионными поражениями терминального отдела аорты, подвздошных артерий (типы С и D по классификации TASC II).

Материалы и методы: В исследование включены 51 пациент с поражениями типов С и D по TASC II, проходивших лечение в ОСХ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева с 08.2013 по настоящее время. Технический успех в группе больных с поражениями по типу С составил 100%, в группе с поражениями по типу D — 92,1%. Успех процедур подтверждался данными объективного обследования (наличие пульсации дистальнее области реконструкции) и данными ультразвукового обследования. Результаты: Технический успех в группе с поражением по типу С составил 100%. В группе больных с поражением по типу D, у четырех пациентов имелась окклюзия терминального отдела аорты и ОПА с обеих сторон. У четырех пациентов (7,2%) с поражением по типу D, первично не удалось реканализовать окклюзированные участки (в двух случаях - терминальный отдел аорты с двухсторонней окклюзией подвздошных артерий, в двух случаях - односторонняя окклюзия подвздошных артерий). Пациентам, в дальнейшем выполнена шунтирующая операция. В итоге технический успех в группе с поражением по типу D составил 92,1%. Трофические нарушения зажили у всех пациентов. Больших и малых ампутаций в течение года не проводилось. Симптомов возврата ишемии также не наблюдалось. Конечности удалось сохранить всем пациентам. Средний прирост ЛПИ составил $0,26 \pm 0,18$.

Годичная первичная проходимость подвздошных артерий после проведенного эндоваскулярного вмешательства отслежена у 48 пациентов и составила 100% при поражениях по типу С и 92,8% по типу D. Через 6 месяцев у 1 пациента, ранее перенесшего стентирование по поводу окклюзии ОПА и НПА слева (TASC D), развился рестеноз подвздошной артерии, в связи с чем в последующем в зону рестеноза имплантирован стент.

Выводы: Наш опыт и данные проанализированной литературы показывают возможность расширения показаний к эндоваскулярным вмешательствам у пациентов с поражениями терминальной аорты и подвздошных артерий классов С и D по TASC II с получением хороших непосредственных и отдаленных результатов. Данный вид лечения, на наш взгляд, должен рассматриваться в качестве терапии «первой линии» с оставлением на перспективу открытых хирургических вмешательств.

820. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗАМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Папоян С.А.¹, Щеголев А.А.², Чарчян А.М.¹,
Сазонов М.Ю.¹, Мутаев М.М.¹, Красников А.П.¹,
Радченко А.Н.¹, Сыромятников Д.Д.¹

Москва

¹ ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва, Россия²
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва,

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных травматологического профиля с тромбозами вен н/конечностей.

Материал и методы исследования: В период с июня 2013 года по настоящее время в травматологическом отделении ГКБ им. Ф.И. Иноземцева прооперировано 1950 больных со скелетной травмой опорно-двигательного аппарата. Всем пациентам при поступлении в стационар выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен н/конечностей с назначением антикоагулянтной терапии по профилактике тромбоэмболических осложнений по схеме (согласно российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО). При выявлении тромбоза вен н/конечностей пациенты консультировались сосудистым хирургом. В зависимости от вида, протяженности и локализации тромба выстраивалась последующая тактика лечения. У 312 (16%) пациентов при скрининге на УЗАС был диагностирован тромбоз вен н/конечностей. 216



(69,2%) пациента пролечены консервативно. 96 (30,1%) пациентам нуждавшимся в оказании травматологической помощи по срочным показаниям с наличием тромбоза вен н/конечностей выполнялось одномоментное хирургическое лечение по профилактике ТЭЛА и травматологическое пособие. Перед операцией пациенты с ТГВ получали НМГ в лечебной дозе, НПВС, флеботоники, противоязвенную терапию, проводилась эластическая компрессия н/конечностей. За 12 часов до операции антикоагулянты отменялись. Выполнялись следующие оперативные вмешательства при эмбологенноопасных тромбозах: 47(49%) пациентам имплантированы съёмные кава-фильтры при локализации тромбов в илиокавальном сегменте, тромбэктомия из ОБВ с перевязкой ПБВ 8 (8,3%), перевязка ПБВ 28 (29,2%), кроссэктомии 13 (13,5%). Через 6 часов после операции назначались непрямые антикоагулянты. Контрольное УЗДС вен н/конечностей проводилось на 1, 3 сутки после операции и перед выпиской. Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде эпизодов ТЭЛА не наблюдалось, все кава-фильтры были проходимы, на контрольном УЗАС вен н/к у 2-х пациентов нарастание уровня тромбоза, без признаков флотации, не потребовавших повторного хирургического лечения. Выводы: Всем пациентам со скелетной травмой опорно-двигательного аппарата показано ультразвуковое дуплексное сканирование вен н/конечностей до и после операции, адекватная антикоагулянтная терапия, консультация сосудистого хирурга при выявлении тромбоза вен н/конечностей. Таким образом, одномоментное выполнение сосудистой и травматологической операции позволяет значительно улучшить результаты лечения больных травматологического профиля со скелетной травмой опорно-двигательного аппарата с наличием тромбоза вен н/конечностей.

821. КОМБИНИРОВАННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

*Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г.,
Федотов Б.Л.*

Санкт-Петербург
СПбГПМУ, СПб ГБУЗ Мариинская Больница

В последние 10 лет, значительно увеличилось количество больных с желчекаменной болезнью. В связи с тем, что «Золотым стандартом» в лечения больных с желчекаменной болезнью и острым холециститом является лапароскопическая холе-

цистэктомия, количество больных с холедохолитиазом также возросло. Осложненный холедохолитиаз в структуре заболеваемости занимает от 2 до 5% пациентов (Стрельников Е.В., Куприянов С.М., Жилин О.В., Topal B., Aerts R.) Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии занимается лечением данных групп больных на протяжении последних 27 лет. Методики комбинированных малоинвазивных вмешательств под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем успешно применяются для лечения пациентов с осложненным холедохолитиазом на кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии с 2006 года. На настоящий момент мы обладаем опытом лечения 196 пациентов с диагнозом «Холедохолитиаз», который мы расцениваем как осложненный. В эту группу вошли пациенты: - с запредельно высокими показателями билирубина в крови (500 ммоль/л) – (23 больных) - с холедохолитиазом при котором удаление конкрементов невозможно по тяжести состояния пациента – (34 пациента) - с неудаляемыми корзинкой Дормиа или литотриптером конкрементами из общего желчного протока и общего печеночного протока – (44 пациента) - с существующими техническими трудностями при канюляции большого дуоденального соска (наличие одного или нескольких парапапиллярных дивертикулов, аномалии развития фатерова соска) – (86 пациентов) - с измененной анатомией желудка и тонкой кишки (перенесенные ранее операции), при которых доставка эндоскопа к большому дуоденальному соску невозможна – (7 больных) Всем пациентам из вышеописанных групп применялись комбинированные малоинвазивные вмешательства, как эндоскопические так и транскутанные, проводимые под ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим контролем в несколько этапов или единовременно. ЧЧХлС первым этапом лечения, до литоэкстракции, выполнялась у 101 пациента. Антеградно проведенный манипулятор при дивертикулах и аномалиях БДС (для безопасного рассечения последнего) применялся у 86 пациентов. Методика антеградно проведенного манипуляционного катетера в культю желудка или просвет отводящей кишки – у 5 больных с ранее выполненными оперативными вмешательствами на желудке и 12-перстной кишке, для последующего проведения эндоскопа к фатерову соску. При выполнении вышеописанных вмешательств осложнения встречались у 16 больных (7,4%), летальность составила 1,5% (3 пациента) Вывод: 1 – применение комбинированных малоинвазивных методик в лечении холедохолитиаза позволяет практически в любых ситуациях выполнить литоэкстракцию 2 – после комбинированных малоинвазивных вмешательств на желчных протоках необходима их антеградная декомпрессия



822. ВЫБОР СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАНТОВ ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ И ПЛАСТИКЕ ПАХОВОГО КАНАЛА ПО LICHTENSTEIN У ПАЦИЕНТОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Климов А.Е., Попов В.С., Бархударов А.А.

Москва

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»

Актуальность В настоящее время «золотым» стандартом лечения больных с вентральными грыжами является ненатяжная пластика дефекта передней брюшной стенки. Длительное время проблема вентральных грыж считалась практически решенной. В настоящее время, учитывая большой опыт использования имплантантов, отмечается значительное снижение количества отдаленных рецидивов грыж по сравнению с натяжными способами. Но с внедрением ненатяжной пластики, у больных репродуктивного возраста, перенесших оперативное вмешательство с использованием полипропиленового имплантанта, участились обращения к андрологам по поводу мужского бесплодия. Исследования, проведенные на кафедре оперативной хирургии РУДН на лабораторных животных, показали, что наиболее ареактивным по отношению к тканям материалом является полиэстер, тогда как наиболее распространенный материал – полипропилен является и наиболее опасным, в связи с выраженной тканевой реакцией. Материалы и методы Целью исследования является подбор наиболее безопасного материала имплантанта для молодых пациентов. Нами был разработан алгоритм обследования больных в периоперационном периоде, включающий в себя исследование эякулята больного. Заслуживает внимания и вопрос о сроках проведения данного теста, и если в предоперационном периоде исследования эякулята может быть проведено в любое время, то в послеоперационном периоде данный тест должен проводиться не ранее чем через один полный цикл сперматогенеза, то есть через 90 суток от момента оперативного пособия. Для исследования из числа пациентов были отобраны 32 мужчины репродуктивного возраста от 23 до 41 лет с паховыми грыжами, в том числе 1 больной с двусторонней паховой грыжей. Пациентам выполнялось грыжесечение с пластикой пахового канала в методике Lichtenstein с использованием полиэстеровый имплантантов. Контрольную группу больных составили пациенты, оперированные в период с января 2010 года по июнь 2012 года, где при пластике паховых каналов использовался сетчатый эндопротез из полипропилена. Таких паци-

ентов было 52, у которых выполнено 55 оперативных вмешательств. У троих больных грыжесечения выполнены одновременно с двух сторон. Возраст больных в этой группе колебался от 18 до 45 лет. В контрольной группе спермограммы выполнялись только после оперативного пособия, так как исследование в данной группе было ретроспективным. В связи с чем критерием включения пациентов в данную группу явился факт рождения детей до момента операции. Результаты и выводы У всех больных ранний послеоперационный период протекал без осложнений, заживление послеоперационных ран происходило первичным натяжением. Рецидивов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде (срок наблюдения за оперированными пациентами составляет от 4 месяцев до 3,5 лет) выявлено не было. В спермограммах, выполненных в послеоперационном периоде у больных, оперированных с использованием имплантов из полиэстера, отклонений от нормальных значений выявлено не было. Количественные и морфологические показатели оставались в пределах репрезентативной нормы, случаев иммунологического бесплодия по результатам MAR-теста так же выявлено не было. В контрольной группе у одного больного было выявлено снижение объема эякулята, общей концентрации и подвижности сперматозоидов. У этого же пациента было выявлено наличие антиспермальных антител по результатам MAR-теста. Что может говорить о высокой вероятности развития у больного бесплодия. Хотя за 2 года и 6 лет до момента грыжесечения у больного рождались дети. Что позволяет сделать предположить, что причиной бесплодия явилась операция с использованием полипропиленового эндо-протеза. Выводы и рекомендации По результатам исследования можно сделать вывод о необходимости применения эндопротезов из материала полиэстер при аллопластике грыжевых ворот у мужчин репродуктивного возраста. При применении имплантов из полипропилена необходимо помнить о возможном развитии бесплодия у пациентов, что делает применение таких эндопротезов нежелательным, особенно у молодых больных.



823. СЕРТОНИНОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Белик Б.М. (1), Тенчури Р.Ш. (1,2),
Чиркин Г.М. (1)

Ростов-на-Дону

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

Цель исследования: выявить патогенетическую взаимосвязь между содержанием серотонина в сыворотке крови и развитием синдрома кишечной недостаточности (СКН) у больных тяжелым острым панкреатитом (ОП) с ранними органными дисфункциями.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 76 пациентов тяжелым ОП, поступивших в клинику в течение 1-4-х суток от начала заболевания. Из 76 больных у 61 (80,3%) была произведена санационная лапароскопия и у 4 (5,3%) - лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. В зависимости от тяжести течения ОП все больные были разделены на 4 группы: у 26 (34,2%) пациентов признаки органной дисфункции не были выражены и имели транзиторный характер (1-я группа), у 18 (23,7%) - отмечена функциональная недостаточность одного органа (2-я группа), у 15 (19,7%) - двух органов (3-я группа) и у 17 (22,4%) - трех и более органов (4-я группа). Все больные получали комплексную многокомпонентную интенсивную терапию. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACHE II. Концентрацию серотонина в сыворотке крови исследовали методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Внутривенное давление (ВБД) измеряли по методу I.L.Krop и соавт. Указанные исследования выполняли у больных при поступлении и в течение 1-7-х суток от момента госпитализации.

Результаты. При поступлении у больных во всех исследуемых группах концентрация серотонина в сыворотке крови была снижена по сравнению с контролем (59,3±4,2 нг/мл) и являлась наименьшей у пациентов 4-й группы (26,9±2,3 нг/мл). В 1-е сутки у больных наблюдалась тенденция к значительному повышению содержания серотонина в крови, уровень которого у пациентов 3-4-й групп превышал контрольную величину в 3,8 - 4,1 раза (223,7±14,8 - 242,8±17,1 нг/мл), что, вероятно, было связано с гибелью энтерохромаффинных клеток поджелудочной железы в условиях массивного панкреонекроза и поступлением этого

вещества в общий кровоток. Начиная со 2-3-х суток, у всех больных отмечалось резкое падение содержания серотонина в крови по сравнению с предыдущими сроками наблюдения. При этом его уровень в крови снижался в 2,6 - 5,0 раза по сравнению с контролем и был наименьшим у пациентов 4-й группы (11,9±1,2 нг/мл). К 5-7-м суткам у больных 1-2-й групп на фоне проводимого лечения отмечалось постепенное повышение концентрации серотонина в крови, которая все же оставалась несколько сниженной (48,0±3,6 - 45,7±3,2 нг/мл) по сравнению с контролем. При этом у данных больных отсутствовали признаки СКН, а величина ВБД не превышала 15 мм рт.ст. (1-я степень внутрибрюшной гипертензии) (ВБГ). У больных 1-й группы тенденция к снижению ВБД наблюдалась с 3-х суток, у больных 2-й группы - с 5-х суток. У больных 3-4-й групп концентрация серотонина в сыворотке крови на 5-7-е сутки оставалась сниженной в 2,3 - 3,1 раза по сравнению с контролем и не превышала 25,3±2,1 - 19,1±1,8 нг/мл, что на клиническом уровне проявлялось развитием СКН, стойкого пареза кишечника и ВБГ. У этих больных к 3-5-м суткам уровень ВБД повышался до 17,6±1,5 - 19,6±1,4 мм рт.ст. (2-я степень ВБГ), а к 7-м суткам у пациентов 4-й группы он достигал 23,8±1,9 мм рт.ст. (3-я степень ВБГ). На фоне проводимого лечения у больных 1-2-й групп отмечалась отчетливая тенденция к регрессу показателей шкалы APACHE II: с 9,7±1,2 до 6,9±1,1 баллов (1-я группа) и соответственно с 12,8±1,4 до 10,9±1,3 баллов (2-я группа). В то же время у больных 3-й и 4-й групп, несмотря на проводимое лечение, имело место увеличение значений шкалы APACHE II: с 17,4±1,5 до 25,3±1,2 баллов (3-я группа) и соответственно с 21,8±2,1 до 27,2±1,3 баллов (4-я группа). Из 76 больных летальный исход наступил у 17 (22,4%). В 1-й группе летальных исходов не было, во 2-й группе умерли 2 пациента (11,1%), в 3-й группе - 5 (33,3%) и в 4-й группе - 10 больных (58,8%).

Выводы. Имеется четкая патогенетическая взаимосвязь между дефицитом содержания серотонина в сыворотке крови и развитием СКН, ВБГ, а также прогрессированием ранних органных дисфункций у больных тяжелым ОП. С целью коррекции развивающейся у больных серотониновой недостаточности целесообразно включать в стандарт комплексного лечения тяжелого ОП парентеральное введение серотонина (препарат динатон).



824. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА ТРОМБИНА В ЛЕЧЕНИИ ТЕРМОИНДУЦИРОВАННЫХ ТРОМБОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМ И ВЫСОКИМ РИСКАМИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Маркин С.М., Мордовин А.И., Ястремская Я.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургская клиническая больница
Российской Академии Наук

Цель. В современной флебологии эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) остается одной из наиболее эффективных методик. Ежегодный рост количества подобных операций привел к выявлению специфических осложнений, не характерных для классической хирургии. Среди них особое место занимают термоиндуцированные тромбозы (ЕНІТ). Проводимая антикоагулянтная профилактика не исключает их появления в послеоперационном периоде, в особенности у пациентов с умеренными и высокими рисками венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). Несмотря на состоявшуюся в России более трех лет назад регистрацию новых оральных антикоагулянтов, в доступной литературе имеются единичные работы по их применению в лечении ЕНІТ. Методы. В период с июня 2016 по январь 2017 года ЭВЛК выполнена у 266 пациентов, 71% - женщины, 29% – мужчины. При ЭВЛК использовались радиальные световоды, длина волны - 1470 нм, мощность излучения 5,6-8 Ватт. Линейная плотность энергии 70-80 Дж/см. Тракция аппаратная со скоростью от 0,5 - 0,75 мм/сек. Профилактика ВТЭО осуществлялась в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений, продолжительность назначения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в группе пациентов с умеренным и высоким риском ВТЭО (68% прооперированных) составляла не менее 7 дней. Клиническое и ультразвуковое обследование проводилось на 4-7 сутки после операции, через 1 месяц. Описание ЕНІТ выполнялось в соответствии с классификацией Kavnick L.S. При выявлении ЕНІТ 1 класса осуществлялось динамическое наблюдение, при ЕНІТ 2 класса НМГ заменялись на прямой ингибитор тромбина (Прадакса) по 150 мг 2 раза в сутки. Терапия проводилась амбулаторно с использованием пероральной формы. Динамически выполнялось еженедельное ультразвуковое обследование пациентов с отменой терапии после констатации лизирования приустьевого тромба.

Результаты. Всего выявлено 11 случаев термоиндуцированных тромбозов (4,1% от общего количества прооперированных): 8 случаев (73%) - ЕНІТ 1 класса, у 3 пациентов (27%) выявлен ЕНІТ 2, остальные классы не встречались. Все ЕНІТ 2 класса обнаружены на первом контрольном визите в группах умеренного (1 пациент) и высокого (2 пациента) риска ВТЭО. Продолжительность терапии ЕНІТ 2 класса Прадаксой в среднем составила 14-21 день ($16,3 \pm 4,04$). У данных пациентов не выявлено клинически значимых осложнений, побочных явлений, отмены, снижения дозировки не требовалось. При обследовании через 1 месяц после операции рецидивов тромбоза не выявлено.

Выводы. Полученные нами первые результаты при лечении термоиндуцированных тромбозов у пациентов с умеренным и высоким риском ВТЭО свидетельствуют о достаточной эффективности. Лизирование приустьевого тромба при ЕНІТ 2 наблюдалось в среднем на $16,3 \pm 4,04$ день. Переход с парентерального назначения НМГ на пероральный прием улучшал комплаентность, не провоцировал клинически значимых побочных явлений, осложнений терапии.

825. ФОРМИРОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Володченко Н.П., Е.А. Бойко, О.Н. Денискин,
Н.Б. Капустинв, В.В. Крячек

Благовещенск

ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России
г. Благовещенск ГАУЗ АО «Благовещенская
городская клиническая больница»
г. Благовещенск

Актуальность проблемы. За последние два десятилетия заболеваемость острым панкреатитом увеличилась в 2 раза. Неуклонно растёт количество деструктивных форм, и в настоящее время оно составляет до 5–10 % пациентов хирургического профиля. Цель: оценить возможности различных малоинвазивных технологий в комплексном лечении острого панкреатита.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 973 пациента с острым панкреатитом за 3 года. Возраст больных колебался от 19 до 87 лет, лица трудоспособного возраста составили 681 (69,9%) человек. Мужчин было 594 (61%), женщин — 379 (39,0 %). Мужчины были преимущественно в возрасте 30-50 лет, большинство женщин старше 50 лет. Причинами развития острого панкреатита у 214 (21,9%) больных являлась желчнокаменная бо-



лезнь, а 567(58, 3 %) – приём алкоголя, нарушение диеты, заболевание желудка и 12-перстной кишки, у 92(19,8%)- абдоминальная травма, в том числе вследствие ЭРПХГ и эндоскопической папиллотомии, пенетрации язвы 12–перстной кишки в поджелудочную железу. В структуре патологии преобладали больные с отёчным панкреатитом (75,1%). Более 50% (688) больных поступили в стационар спустя 24 часа от момента заболевания. Диагностический алгоритм включал оценку клинических и лабораторных показателей, изучение анамнеза заболевания. Для выявления патологических изменений паренхимы поджелудочной железы и близлежащих органов (желчевыводящих путей, желудка и 12-перстной кишки) проводили УЗИ, КТ, гастроскопию, по показаниям - лапароскопию. Задачами лапароскопии являлись: исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии - мезентериального тромбоза, острого аппендицита другой острой абдоминальной патологии, а также подтверждение или исключение диагноза острого панкреатита. При выявлении признаков острого панкреатита выполнялись лечебные задачи: санации и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки при ферментативном перитоните и оментобурсите. При сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом (в дополнение к перечисленным мероприятиям проводилась холецистэктомия с дренированием холедоха).

Результаты и обсуждение. Из 973 больных, поступивших в хирургическое отделение, у 731 (75,1%) диагностирована отёчная форма острого панкреатита, у 242 (24,9%) деструктивные формы - жировой, геморрагический, смешанный панкреонекроз. Больных с отёчной формой острого панкреатита госпитализировали в хирургическое отделение, а пациентов с тяжёлым панкреонекрозом – в РАО. Всем больным, поступившим в хирургическое отделение, с диагнозом острый панкреатит проводилась базовая (стандартная) консервативная терапия. Консервативная терапия острого панкреатита включала: аспирацию желудочного содержимого, приём ингибиторов протонной помпы (омез, омепразол), коррекцию гомеостаза с помощью инфузии солевых и белковых растворов, проведение дезинтоксикационной терапии; антибиотикотерапии. Продолжительность лечения больных с отёчной формой панкреатита в стационаре составила $12,5 \pm 2,3$ к/дня. Базисный лечебный комплекс при тяжёлом остром панкреатите РАО был дополнен антисекреторной терапией (сандостатин, октреотид 100мкг х3р подкожно) экстракорпоральными методами детоксикации (лечебный плазмаферез), антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании

с метронидазолом). В фазу панкреатогенной токсемии и стерильного панкреонекроза малоинвазивные хирургические вмешательства проведены 193 (79,7%) из 242больных с деструктивными формами острого панкреатита. Основными малоинвазивными вмешательствами являлись лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости и чрескожные пункционные дренирующие вмешательства под контролем УЗИ. Показаниями к пункционным и дренирующим лечебным чрескожным вмешательствам являлись панкреатогенные органые и внеорганные жидкостных образования. Лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости выполнена у 179 (73,9%) больных с деструктивными формами панкреатита. Основными областями дренирования являлись сальниковая сумка, правое подреберье и полость малого таза. Дренажи из брюшной полости удаляли на 3–5 сутки после прекращения отделения экссудата. В случаях билиарного панкреатита, выполнялась видеолапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха, чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗИ - наведением, при вклиненном камне – папиллотомия. Малоинвазивные операции законченным видом хирургического лечения явились у 167 больных из 242 больных с деструктивным панкреатитом. Открытые операции, без применения малоинвазивных технологий, выполнены 75 больным с деструктивным панкреатитом. Показаниями в этих случаях были распространенный гнойный перитонит, билиарный панкреонекроз, обширные забрюшинные флегмоны, абсцессы. Из лапаротомного доступа были выполнены следующие оперативные вмешательства: абдоминализация поджелудочной железы с последующим дренированием сальниковой сумки, вскрытие и дренирование абсцессов (или флегмон) забрюшинной клетчатки, некрсеквестрэктомия, а в случае билиарного панкреатита – холецистэктомия с различными вариантами наружного дренирования холедоха или холецистостомия. Продолжительность лечения при использовании малоинвазивных технологий составила 15,8 к/дней, летальность - 2,8% (2 пациента), при открытых операциях -37,3 к/дня, летальность 9,3%. Осложнения наблюдались у 4 (5,8%) пациентов. Выводы 1. Применение лапароскопии при остром панкреатите позволяет верифицировать характер патологического процесса и выполнить рациональную лечебную программу. 2. Внедрение малоинвазивных вмешательств (лапароскопия, пункции под контролем УЗИ) позволило уменьшить количество традиционных, «открытых» операций при остром деструктивном панкреатите и значительно снизить количество осложнений, летальность, сроки пребывания больных в стационаре.



826. СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛНОСТЬЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АОРТО-БЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Луковскова А.А., Уфимцев У.С., Жаркин Ф.Н., Мандриков В.В., Короткова А.И., Исаев А.В., Мусеев Д.В.

Волгоград

ВолгГМУ

Оценены среднесрочные результаты 68 лапароскопических аортальных реконструкций у пациентов с синдромом Лериша, выполненных на базе кардиохирургического отделения Клиники № 1 ВолгГМУ. Унилатеральное аорто-бедренное шунтирование выполнено в 15 случаях, в 10 – аорто-бифеморальное протезирование, в 43 – аорто-бифеморальное шунтирование. Все пациенты с синдромом Лериша были мужского пола. Средний возраст больных был 57,6 лет. Основная масса пациентов - 62 наблюдения (91,2%) находились в возрастных группах от 51 до 70 лет. Все пациенты имели тяжелое поражение артериального русла тип С и D по TASC II (2007 г). По стадии ишемии нижних конечностей пациенты распределялись следующим образом: 54,55% артериальная недостаточность II Б, 37,88% - III, 7,57% - IV (по А.В.Покровскому, 1979 г). Пройдемимость шунтов оценивалась с помощью УЗДС аорты и артерий нижних конечностей. Методика операции заключается в лапароскопической диссекции аорты, с последующим полностью лапароскопическим формированием проксимального анастомоза аорто-бедренного шунта. Через бедренные доступы под контролем оптики с помощью аортального зажима формируются туннели и проводятся на бедра бранши протеза. Формирование дистальных анастомозов осуществляется по стандартной методике. Среднее время пережатия аорты составило 53,8 мин (от 20 до 95 мин), средняя продолжительность операции 195,8 мин (от 140 до 235 мин). В 2 случаях произошла конверсия доступа в минилапаротомию, частота конверсий составила 2,9%. В послеоперационном периоде нами были зарегистрированы следующие осложнения: местные сосудистые у 4,41 % больных (в 2 случаях тромбоз бранши протеза, проходимость восстановлена после тромбэктомии), раневые у 9 % больных, системные - у 10 % больных. Летальных исходов было 2 (2,9% от числа больных), высокие ампутации в данной группе пациентов не производились. У выживших пациентов средний послеоперационный койко-день составил 10,7 (от 6 до 42 дней). Сведения об отдаленных результатах удалось получить о 62 больных (91,17%). Сред-

ний период наблюдения составил 2,8 лет (от 1 до 4,5 лет). За время наблюдения тромбоз шунта произошел у 1 пациента, проходимость шунта удалось восстановить. Первичная проходимость шунта составила 98,4%, вторичная 99% соответственно. За время наблюдения ампутаций конечностей не было. Всего за период наблюдения умер 1 пациент, причиной смерти был ОИМ. Послеоперационных вентральных грыж не отмечено. Выводы: Наш опыт лапароскопических аортальных реконструкций показал выполнимость данной методики в подавляющем большинстве случаев. По продолжительности операции, количеству ранних послеоперационных осложнений и среднесрочным результатам лапароскопические вмешательства сопоставимы с традиционными. Ранний послеоперационный период у пациентов, оперированных лапароскопически, отличался более легким течением. Риск формирования послеоперационных вентральных грыж сведен к минимуму.

827. РОЛЬ РЕТРОГРАДНЫХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЁННЫХ ОБСТРУКЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Нишневич Е.В.(1,2), Алексейцев А.В.(1), Мерсаидова К.И.(1), Вагин П.В.(1), Комарова Т.И.(1)

Екатеринбург

1)МАУ «Городская клиническая больница №40», 2)кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Актуальность: эндоскопические ретроградные транспапиллярные методики широко используются для лечения обструктивных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). Эффективность вмешательств, по данным литературы, варьирует от 86 до 96%.

Цель исследования: изучить результаты ретроградных эндобилиарных транспапиллярных вмешательств при лечении пациентов с ургентной хирургической патологией органов ГПДЗ.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ результатов лечения 1521 пациентов с заболеваниями органов ГПДЗ, осложнёнными обструкцией желчных протоков, которым были выполнены различные виды эндоскопических транспапиллярных ретроградных вмешательств в период с 2010 по 2016 годы. Средний возраст паци-



ентов составил $54 \pm 7,3$ года, из них 846 (56%) – женщин, 675 (44%) – мужчин, которым мы выполнили 1726 ретроградных транспапиллярных эндобилиарных вмешательств. Основанием для выполнения транспапиллярных вмешательств явились заболевания органов ГПДЗ, сопровождающиеся обструкцией желчных протоков. У 1304 (86%) пациентов причиной обструкции явились различные осложнения желчнокаменной болезни – холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, синдром Мир-ризи. 217 (14%) пациентов получали оперативное лечение по поводу злокачественных заболеваний ГПДЗ. Мы выполнили 1212 (70,2%) ЭПСТ, 80 (5%) ретроградных стентирований желчных протоков, 4 (0,2%) аденомэктомии. У 430 (25%) были выполнены повторные литоэкстракции и иные транспапиллярные вмешательства.

Результаты: критерием эффективности вмешательства считали адекватное дренирование желчных протоков и купирование явлений холестаза. Транспапиллярные манипуляции оказались эффективными у 1192 (78%) пациентов. У 845 (56%) пациентов билиарную обструкцию удалось устранить в результате однократного вмешательства. У 347 (23%) – для адекватной санации и дренирования протоковой системы потребовались повторные эндоскопические манипуляции. Среднее количество операций, выполненных одному пациенту, составило 1,13. У 329 (22%) пациентов транспапиллярные вмешательства оказались неэффективными. У 190 (12%) больных причинами неудач явились технические трудности при селективной катетеризации холедоха, у 139 (9%) больных не удалось выполнить холедохолитоэктомию из-за большого размера конкремента. Для лечения данных пациентов были использованы иные традиционные хирургические технологии – ЧЧХС, лапароскопические и открытые вмешательства. В 120 (7%) случаях были отмечены интра- и послеоперационные осложнения. У 63 (4%) пациентов развилось кровотечение из зоны папиллотомного разреза, в 50 (3%) случаях вмешательство осложнилось послеоперационным панкреатитом. У 5 (0,3%) пациентов произошло вклинение корзинки с камнем в просвете холедоха при литоэкстракции, что потребовало выполнения открытого оперативного вмешательства, у 4 (0,2%) – произошла ретродуоденальная перфорация.

Выводы: 1. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективным методом лечения заболеваний органов ГПДЗ, осложнённых обструкцией желчных протоков. 2. Ретроградные эндобилиарные вмешательства, по нашим данным, позволяют купировать явления холестаза и добиться адекватного дренирования желчных протоков в 78% случаев. 3. В клинике, занимающейся лечением патологии органов ГПДЗ, должен

использоваться полный арсенал необходимых хирургических и эндоскопических технологий.

828. КЛЕТочная РЕКОНСТРУКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И ТОНКОКИШЕЧНЫЕ РЕЗЕРВУАРЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А.(1), Кузьминов А.М.(1),
Вышегородцев Д.В.(1), Власов С.Б.(1), Сухих Г.Т.(2)

Москва

- 1) ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н.Рыжих»
- 2) ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

Актуальность. Колэктомия с резекцией прямой кишки и формированием тонкокишечного резервуара является методом выбора при лечении семейного аденоматоза толстой кишки (САТК). Однако частота ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений по-прежнему достаточно высока. Сохраняются разногласия по ряду вопросов, из которых одним из наиболее важным является выбор метода резервуароректального анастомоза.

Цель исследования. Разработка метода хирургической операции, позволяющего улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения САТК.

Материалы и методы. Предложен метод хирургического лечения САТК, предусматривающий удаление толстой кишки с сохранением дистальной части прямой кишки (5-6см). Наличие оставшейся дистальной части прямой кишки позволяет сохранить нервно-рефлекторные связи этой анатомической зоны, что способствует сохранению функции анального держания. Выполняется удаление слизистой оболочки прямой кишки (мукозэктомия). Для формирования реконструированной слизистой оболочки прямой кишки проводится аллотрансплантация в демукозировавшую прямую кишку фетальных клеток эпителиального происхождения и мезенхимы. Накладывается резервуароректальный степлерный анастомоз.

Результаты. У 43 (75,4%) пациентов полная реконструкция слизистой оболочки прямой кишки констатирована через 4 недели после операции. У 13 пациентов полная реконструкция слизистой оболочки наступила в сроки 8-12 недель после операции после дополнительного введения клеточного материала в демукозировавшую прямую кишку. Ранние послеоперационные осложнения развились у 8,8% пациентов. При этом гнойно-септиче-



ские осложнения в полости таза отмечены только у 3,5%. Поздние осложнения констатированы у 11,3% пациентов. Эндоскопические и морфологические исследования не выявили признаков дисплазии и возникновения аденом в прямой кишке при медиане наблюдения 26 месяцев. Хорошие функциональные результаты и высокий уровень качества жизни отмечены у 94% пациентов. Обсуждение. Данный метод операции предусматривает сохранение дистальной части прямой кишки и тазовых нервно-рефлекторных связей прямой кишки, что способствует достижению хороших функциональных результатов лечения и снижению частоты признаков анальной инконтиненции. Другим важным положительным моментом сохранения дистальной части прямой кишки является отсутствие технических трудностей при низведении сегмента подвздошной кишки в полость таза и отсутствие напряжения в зоне резервуаро-ректального анастомоза, что значительно снижает вероятность его несостоятельности. Выводы. Предложенный метод хирургического лечения САТК позволяет значительно снизить частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений, добиться хороших функциональных результатов лечения и высокого уровня качества жизни. Проводимый мониторинг пациентов свидетельствует о том, что метод не повышает онкологический риск, а клеточная реконструкция слизистой оболочки снижает риск возникновения аденом в прямой кишке. Все пациенты, страдающие САТК, нуждаются в ежегодном пожизненном медицинском наблюдении.

829. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Малков И.С.(1), Шаймарданов Р.Ш.(1),
Коробков В.Н.(1), Филиппов В.А.(1),
Халилов Х.М.(2)*

Казань

1) КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, 2) ГАУЗ ГKB 7

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) остается наиболее частым заболеванием в неотложной хирургии, а его клинические проявления настолько разнообразны, что в ряде случаев диагностика аппендицита и дифференциальная диагностика с гинекологическими заболеваниями представляет определенные трудности. Целый ряд гинекологи-

ческих заболеваний имеет клинические комплексы симптомов, которые часто напоминают картину ОА. Поэтому диагностические ошибки при ОА у женщин отмечаются в 2 раза чаще, чем у мужчин, что соответственно составляет 15,6% и 7,5% (по данным литературы).

Цель. Оптимизация дифференциальной диагностики ОА и гинекологических заболеваний у женщин путем дифференцированного применения УЗИ брюшной полости и лапароскопии. Материал. Проанализированы результаты лечения 960 больных, поступивших в клинику с диагнозом ОА. Из них у 632 больных (65,8%) диагноз аппендицита не вызывал сомнения, что явилось основанием для проведения срочного оперативного вмешательства – аппендэктомии. Клиническая картина ОА была яркая и не потребовала применения дополнительных инструментальных исследований. При этом у 449 больных выявлен острый флегмонозный аппендицит (46,7%), у 139 больных (14,4%) – гангренозный, из них у 12 - гангренозно-перфоративный и у 44 катаральный (4,5%). У 348 больных (36,2%) отмечалась либо неясная клиническая картина ОА, либо имелись сомнения в диагнозе, что послужило поводом для проведения дополнительных инструментальных исследований. Следует отметить, что большинство больных в группе с неясной или сомнительной клинической картиной составляли женщины (65,5%). Помимо оценки клинико-лабораторных данных и анамнеза с целью уточнения диагноза применялись рентгенография брюшной полости, УЗИ и лапароскопическое исследование. В качестве первой линии инструментальных методов диагностики использовались (по показаниям) рентгенография и УЗИ, что позволяло выявить/исключить такие признаки, как горизонтальные уровни жидкости в кишечнике и чаши Клойбера, наличие свободной жидкости в брюшной полости и в полости малого таза. В ряде случаев комплексная оценка клинических, лабораторных данных, анамнеза и результатов инструментальных методов исследования (УЗИ, рентгенография) позволяли подтвердить диагноз и выполнить соответствующее оперативное вмешательство. Однако, если после применения выше указанных методов инструментальной диагностики первой линии сохранялись сомнения в диагнозе, то возникали показания к проведению лапароскопического исследования – второй линии инструментальных методов диагностики. Лапароскопия, как метод диагностики, применялся нами среди всех поступивших с диагнозом ОА в среднем у 10% (от 7,5% до 12,7%). Но в группе больных с неясным или сомнительным диагнозом ОА показатель использования диагностической лапароскопии был больше и составлял 34 - 70%. Точность диагностики при лапароскопии достига-



ет 100%. Применение лапароскопического исследования с целью дифференциальной диагностики ОА и гинекологических заболеваний позволило нам выявить разрывы кист яичников у 26 больных, апоплексию и овуляторный синдром у 58, маточно-трубный рефлюкс – у 17, внематочную (трубную) беременность у 1. Признаки аднексита и сальпингита (сальпингоофорита) установлены у 25 больных, метроэндометрита – у 7. Из них у 6 имелись явления пельвиоперитонита. Из 133 больных, которым оперативное вмешательство было начато с лапароскопии, 16 больным в последующем была применена лапаротомия для удаления источника заболевания, санации и дренирования брюшной полости. У остальных больных лечебные манипуляции были выполнены при проведении лапароскопии. Заключение. Клиническая картина и анамнез заболевания при ОА и гинекологических заболеваниях часто создают трудности в дифференциальной диагностике. Применение в качестве первой линии диагностических исследований рентгенографии брюшной полости и УЗИ, а при необходимости в качестве второй линии – лапароскопии позволяет эффективно решать задачи дифференциальной диагностики ОА и гинекологических заболеваний.

830. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Иванов В.А., Климов А.Е. Литинский А.А.,
Бериша А., Мусатов А.Б., Гриднева Н.А.*

Москва

Российской университет дружбы народов.
Кафедра факультетской хирургии медицинского
института.

По данным разных авторов частота острого калькулёзного холецистита достигает 26% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Раннее выявление деструктивных форм острого холецистита и использование миниинвазивных вмешательств (МИВ) под контролем УЗИ в лечении этих пациентов является весьма важным, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. В хирургическом отделении ГКБ № 64 с 2012 по 2016 гг наблюдалось 163 пациента пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом. Среди этих больных мужчин было 60 (36,8%), женщин – 103 (63,2%). Возраст боль-

ных колебался от 58 до 91 лет, средний - $78 \pm 8,2$ лет. Информативность УЗИ в диагностике острого калькулёзного холецистита составила 96,3%. При лечении этих пациентов было проведено 165 МИВ под контролем УЗИ. Всем пациентам проводилось дренирование желчного пузыря pig-tail катетером 8 или 10 Fr. Все вмешательства проводились под местной анестезией. Показанием к МИВ при остром калькулёзном холецистите считали: увеличение размеров желчного пузыря, утолщение его стенок с удвоением контура, наличие фиксированного конкремента в шейке желчного пузыря, а так же неоднородного содержимого в полости пузыря по данным УЗИ в сочетании с клинической картиной (боли, повышение температуры, тошнота, рвота и лейкоцитоз), пожилой и старческий возраст, а так же тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации. Положительная динамика была отмечена у 151 (92,6%) пациентов, у 2 пациентов было выполнено повторное дренирование, характеризующееся купированием болевого синдрома, нормализацией лабораторных показателей. Отрицательная динамика (по данным УЗИ и лабораторных показателей) наблюдалась у 12 (7,4%) пациентов. Отрицательная динамика характеризовалась как в отношении прогрессирования деструктивных изменений со стороны стенки желчного пузыря, так и со стороны декомпенсации сопутствующей патологии. Эффективность МИВ оценивали по следующим параметрам: уменьшение размеров желчного пузыря, уменьшение толщины его стенок по данным УЗИ, положительная динамика при фистулографии, нормализация температуры тела, снижение лейкоцитоза и улучшение общего состояния пациентов. Данное исследование показало, что УЗИ является высокоинформативным методом диагностики, а МИВ под контролем УЗИ является высокоэффективной методикой в лечении пациентов с острым калькулёзным холециститом особенно у лиц пожилого и старческого возрастов с тяжелой сопутствующей патологией.

831. СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВА ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Смирнова Е.С., Богданец Л.И., Васильев И.М.

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

Количество больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности (ХВН) с каждым годом неуклонно растёт. Несмо-



тря на активное развитие и внедрение малоинвазивных технологий в хирургическую практику, современные методы воздействия на раневой процесс, проблема эффективного лечения венозных трофических язв (ВТЯ) остаётся актуальной. Высокая частота рецидивов (после хирургического лечения от 4,8 до 31,6 %, в результате применения консервативных методов – от 15 до 100 %) диктует необходимость поиска оптимального алгоритма лечения ВТЯ и профилактики их рецидива. Цель исследования: Изучить ближайшие и отдалённые результаты лечения ВТЯ у больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБВНК) и выявить факторы, способствующие рецидиву заболевания.

Материалы и методы: нами проанализированы результаты лечения 275 пациентов с ВБВНК (С5 и С6 клинический класс по СЕАР). Возраст пациентов в среднем составил $59,8 \pm 11,7$ лет, преобладали женщины – 193 (70,2%). Язвы носили рецидивирующий характер у 114 (41,5%) больных. Пациенты были разделены на две группы. I группа (ретроспективная) включала 146 больных. Для лечения в большинстве случаев использовали традиционную терапию. II группа (проспективная) включала 129 пациентов, из них 73 – выполнено хирургическое вмешательство на магистральных подкожных венах, у 56 пациентов применяли местное лечение, базированное на принципах влажного заживления посредством современных раневых покрытий в сочетании с адекватной компрессионной терапией.

Результаты: Проведённый анализ различных методов консервативного лечения показал, что для сокращения времени эпителизации и увеличения числа заживших язв целесообразно применять интерактивные раневые покрытия в сочетании с многослойным биндажом в I стадию раневого процесса и со специальными противоязвенными гольфами во II-III стадию. Такой дифференцированный подход позволил сократить сроки заживления язв почти в 4,5 раза в течение первых двух месяцев в сравнении с традиционным лечением (р

832. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Уханов А.П., Захаров Д.В. Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.Л., Амбарцумян В.М., Шахбутадинов М.Ш.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым холециститом и его осложнениями.

Материалы и методы: В период с 2007 по январь 2017 года оперировано 2006 больных острым холециститом в возрасте от 18 лет до 100 лет. Среди оперированных больных старше 60 лет было 977 (48,7 %). Деструктивные формы воспаления желчного пузыря (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) выявлены во время операции у 1340 больных (66,8%). Из общего количества больных лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена у 1672 (83,3 %), при этом у 27 больных ЛХЭ сочеталась с холедохолитотомией и холедохоскопией по поводу сопутствующего холедохолитиаза и холангита. 334 больных (16,7 %) оперированы открытым, с чревосечением, методом.

Результаты: Среди больных, которым предпринята ЛХЭ, переход на открытый доступ осуществлен у 52 (3,1 %), в том числе 6 (22,2 %) пациентов при выполнении лапароскопических вмешательств на общем желчном протоке. Послеоперационные осложнения встретились у 56 больных (3,3 %), в том числе кровотечение у 4 (0,2 %), перитонит у 1 (0,06 %), внутрибрюшные абсцессы у 19 (1,1 %), острая кишечная непроходимость у 1 (0,06 %), желчеистечение у 18 (1,1 %), дуоденальный свищ у 1 (0,06 %), нагноение троакарной раны у 12 (0,7 %) пациентов. Умерло 12 больных (0,7%). Все умершие больные были пожилого и старческого возраста и причинами смерти явились экстраабдоминальные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Проведённый сравнительный анализ результатов ЛХЭ с открытыми вмешательствами (334 больных) показал, что использование эндовидеохирургического метода в 5 раз позволяет снизить показатель послеоперационной летальности и в три раза уменьшить число послеоперационных осложнений при лечении больных острым холециститом. Выводы: Таким образом, видеолапароскопические вмешательства



ства при лечении острого холецистита и его осложнений имеют приоритетный выбор и должна соблюдаться определенная тенденция к их дальнейшему использованию, в том числе и при наличии сопутствующего холедохолитиза.

833. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

*Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Мандриков В.В.,
Луковская А.А., Уфимцев В.С., Жаркин Ф.Н.,
Короткова А.И., Исаев А.В., Мусеев Д.В.*

Волгоград

ВолгГМУ

Большинство повторных вмешательств после хирургического лечения аневризм брюшного отдела аорты, как посредством открытых методик, так и после эндоваскулярного протезирования, сопряжены с высоким операционным риском. Изначально выбор эндоваскулярного метода протезирования аорты обусловлен наличием выраженной сопутствующей патологии, и направлен на минимизацию операционного риска. Но, как показывает практика, при необходимости повторного открытого оперативного вмешательства, риск развития интраоперационных осложнений резко возрастает. Основным критерий, который обуславливает выбор лапароскопического метода – это значительно меньшая операционная травма. Мы имеем опыт выполнения повторных вмешательств с использованием лапароскопической техники у 2-х пациентов. В первом случае у пациента С. 65 лет с аневризмой субренального отдела аорты II типа, после проведенного эндоваскулярного протезирования аорты от 08.08.14г., в феврале 2015 года был диагностирован тромбоз протеза. Было выполнено лапароскопическое аорто-бифemorальное протезирование с лапароскопическим наложением проксимального анастомоза интракорпоральным непрерывным обвивным швом нитью Surgipro 3-0. Пневмоперитонеум сформирован по средней линии тотчас дистальнее пупочного кольца. Под визуальным контролем на фоне пневмоперитонеума при давлении 12 мм рт. ст. установлены 4 троакара: 2 параллельно средней линии для инструментов оператора (5 мм и 13 мм: на этапе диссекции аорты фенестрированный зажим, ультразвуковой скальпель Harmonic, клиппсаппликатор; на этапе формирования ана-

стомоза два иглодержателя), один 5 мм в левой подвздошной ямке для фенестрированного зажима или отсоса первого ассистента, один 10 мм по средней линии на 2 см дистальнее мечевидного отростка для ретрактора, а в дальнейшем для проксимального аортального зажима. В дальнейшем давление в брюшной полости поддерживалось на уровне не более 10 мм рт. ст. во избежание отрицательного влияния пневмоперитонеума. Анастомоз между аортой и протезом накладывается полностью лапароскопически двумя непрерывными обвивными швами с использованием 3-0 пропилен 18–20 см длины с синтетическим якорем на конце. Во втором случае пациентке Е. 63 лет, с аневризмой абдоминального отдела аорты, после открытого аорто-бифemorального протезирования с выключением аневризматического мешка от 17.06.2014г. Спустя 1 год после оперативного вмешательства, по данным компьютерной томографии, выявлены признаки эндолика II типа в аневризматическом мешке с симптомом роста последнего. Выполнена полностью лапароскопическая ревизия аневризматического мешка, прошивание поясничной артерии, явившейся источником рецидива кровотока в аневризматическом мешке. Методика пневмоперитонеума постановки инструментов аналогичная первому клиническому случаю. С техническими трудностями из-за выраженного парааортального инфильтрата произведена мобилизация аневризматического мешка. Мешок вскрыт по антелатеральной поверхности. Интракорпоральным швом ушита правая поясничная артерия с ретроградным кровотоком нитью Surgipro 3-0. Пациенты наблюдались в отделении реанимации в течении 1 суток. Появление перистальтики отмечалось в течении 10 часов и 12 часов (у пациентов С. и Е. соответственно) послеоперационного периода. Возврат к приему жидкой пищи по прошествии первых суток, к твердой пище на вторые сутки послеоперационного периода в обоих случаях. По прошествии первых суток операционного периода активизация обоих пациентов. На 3-4 сутки отказ от анальгетической терапии. Таким образом лапароскопическую методику можно рассматривать как одну из наименее инвазивных при необходимости выполнения повторных вмешательств по поводу аневризмы абдоминального отдела аорты у пациентов соответствующего профиля.



834. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПОЛНОСТЬЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КАВА-ФИЛЬТРА

*Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г.,
Мандриков В.В., Луковскова А.А.,
Уфимцев В.С., Жаркин Ф.Н., Короткова А.И.,
Исаев А.В., Моисеев Д.В., Кузьмин М.Е.*

Волгоград

ВолгГМУ

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей является наиболее частой причиной тромбоэмболии легочной артерии. Каждый год в Российской Федерации регистрируется от 50 до 70 новых случаев заболевания на 100 000 населения. Наиболее предпочтительным методом хирургической профилактики ТЭЛА является инсталляция кава-фильтра. Самыми частыми осложнениями, по данным литературы, связанными с установкой кава-фильтра, являются эмболия в фильтр с последующим тромбозом и его мальпозиция, зачастую исключаящие возможность эндоваскулярного удаления фильтра. Мы имеем опыт лапароскопического удаления кава-фильтра у пациента 45 лет. Пациенту была выполнена инсталляция кава-фильтра по поводу рецидивного тромбоза глубоких вен правой н\конечности, рецидивной тромбоэмболии ветвей легочной артерии. При контрольной кава-графии выявлена мальпозиция ранее установленного кава-фильтра, попытка эндоваскулярного удаления конструкции безуспешна. Учитывая высокую угрозу тромбоза нижней полой вены, почечных вен, относительно молодой возраст пациента, было принято решение об оперативном лапароскопическом удалении кава-фильтра. В плановом порядке, под ЭТН, наложен пневмоперитонеум. Давление в правых боковых отделах введены троакары с инструментами в количестве 6. По правому боковому каналу, по линии Тольда, отступая от границы с кишечником на 1,5 см, вскрыта париетальная брюшина до уровня печеночного угла восходящей ободочной кишки. Последняя отведена медиально. С помощью ультразвукового диссектора циркулярно мобилизована нижняя полая вены в ее переренальной части. Нижняя полая вена дистальнее и проксимальнее почечных вен и непосредственно почечные вены пережаты. Произведена продольная флеботомия на протяжении 6 мм. Эндоскопическим зажимом выполнено удаление кава-фильтра из полости нижней полой вены. Флеботомическое отверстие ушито непрерывным интракорпоральным швом нитью Surgipro 3-0. Зажимы отжаты. Время пережатия

нижней полой вены составило 14 минут. Течение послеоперационного периода неосложненное. Вывод: Полностью лапароскопическое удаление кава-фильтра может быть рассмотрено как эффективный мини-инвазивный метод, при невозможности достижения требуемого результата посредством эндоваскулярной техники у определенных групп пациентов.

835. ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ РАЗРЕШЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗИ

*Пугаев А.В. (1), Негребов М.Г. (1),
Алекперов С.Ф. (2), Посудневский В.И. (1),
Антонов О.Н. (1), Александров Л.В. (1,2),
Калачёв С.В. (1,2), Калачев О.А. (1,2)*

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (1),
ГКБ №67 им. Л.А.Ворохобова (2)

Лечение синдрома Миризи актуально в связи с трудностями диагностики, с выбором способа разрешения механической желтухи и с высокой летальностью. С января 1996 по декабрь 2016 год находились на лечении 47 больных с синдромом Миризи в возрасте от 27 до 88 лет, (женщин было - 31, а мужчин - 16). Диагноз устанавливали на основании жалоб, объективных данных, лабораторных методов исследования, ультразвукового исследования (УЗИ), эндоскопической гастродуоденоскопии (ЭГДС) и магнитно-резонансной томографии. Помимо этого применяли методы прямого контрастирования внепечёночных жёлчных протоков: ЧЧХГ, ЭРХПГ, холецистохолангиографию после дренирования жёлчного пузыря ЖП, интраоперационную холангиографию (ИХГ). Выделили три типа изменений во внепечёночных жёлчных протоках. I тип – расширение общего печёночного (ОПП) и внутрипечёночных протоков из-за компрессии ОПП и начальной части общего жёлчного протока (ОЖП) стенкой воспалённого (ЖП) вследствие вклинения конкремента в гартмановский карман или пузырьный проток без конкрементов во внепечёночных жёлчных протоках (6 пациентов). II тип – тоже, что и I тип при наличии билиобилиарного свища между ЖП или пузырьным протоком с ОПП или ОЖП. Целесообразным считаем выделение у пациентов II типа варианта А – без расширения дистальной части ОЖП со склонностью к рубцеванию без конкрементов в нём (29 больных) и варианта II Б - с расширением дисталь-



ной части ОЖП и холедохолитиазом (11 больных). Следует отметить, что у пациентов подгруппы II Б при наличии гепатико- и холедохолитиаза имел место стеноз между ОПП и ОЖП. Помимо этого выделяли III тип синдрома Миризи (1 больная), который отличался от варианта II А наличием ещё и билиодигестивного свища. В зависимости от клинических проявлений при поступлении больных разделили на две группы. В первую группу включили 28 больных с признаками механической желтухи, но без явлений холангита (приступ болей с желтухой без повышения температуры или приступ болей с кратковременным повышением температуры без озноба), а вторую группу составили 19 пациентов с механической желтухой, сопровождавшейся повышением температуры с ознобом, т.е. с клиническими проявлениями холангита. Опыт показал, что антеградные методы устранения механической желтухи - дренирование жёлчного пузыря(11), чрескожная чреспечёночная гепатикостомия (2) - способствовали нормализации температуры и билирубина крови в течение 3-4 суток. Лишь у 4 пациентов после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и литоэкстракции удалось полностью разрешить механическую желтуху и явления холангита. У 30 больных после ЭПСТ провести адекватную литоэкстракцию не удалось, что потребовало завершения эндоскопической операции назобилиарным дренированием (НБД). НБД было эффективным у 21 пациента, а у остальных 9 больных явления механической желтухи и холангита сохранялись, что явилось показанием к проведению срочного оперативного вмешательства. Из них 6 больных умерли. После устранения механической желтухи малоинвазивными вмешательствами все пациенты были оперированы в отсроченном порядке. Неблагоприятных исходов не было. Общая летальность составила 12,8%. Таким образом, ретроградная декомпрессия желчных протоков при синдроме Миризи не эффективна у большинства больных, что не благоприятно отражается на результатах лечения.

836. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Негребов М.Г. (1,2), Пугаев А.В. (1), Ба М.Р. (1),
Александров Л.В. (1,2), Антонов О.Н. (1),
Орлов А.А. (1), Кимпаев С.А. (1),
Калачев О.А. (1,2), Калачев С.В. (1,2)*

Москва

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (1).
Городская клиническая больница №67 им. Л.А.
Ворохобова ДЗ г. Москвы (2).

Острая тонкокишечная механическая непроходимость (ОТМН) – является одним из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний. Нередко во время операции при ОТМН, хирургу приходится определять жизнеспособность кишки и объем ее резекции. С неправильной оценкой жизнеспособности кишки и неадекватным вследствие этого выбором объема резекции связаны различные послеоперационные осложнения. Клиническое исследование выполнено на 142 (100%) больных с ОТМН, осложнённой некрозом кишки, на базе ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы в период с 2009 - 2014 гг. Всем больным была выполнена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки. Наиболее частой причиной ОТМН были спайки брюшной полости - 90 (63,4%), на втором месте ущемление грыж - 48 (33,8%), реже заворот тонкой кишки - 4 (2,8%) пациента. Для удобства изучения результатов хирургического лечения были выделены 2 группы больных: основная и контрольная. Достоверных отличий по полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний и трофическому статусу в группах не было. Выделяли 3 степени компенсации кишечной непроходимости: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОТМН. Всем пациентам была выполнена лапаротомия, интраоперационная декомпрессия кишечника при субкомпенсированной и декомпенсированной ОТМН с помощью назоинтестинальной интубации зондом Эббота-Мюллера, резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки с формированием анастомоза бок в бок двухрядным швом, санация и дренирование брюшной полости. Основной группе 68 (47,9%) пациентов была выполнена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки в зависимости от степени ОТМН, на основе результатов проведенных нами ранее клинико-морфологических сопоставлений. Контрольной группе 74 (52,1%) пациентам выполнена резекция нежиз-



неспособного участка тонкой кишки вне зависимости от степени ОТМН в объеме 30-40 см в проксимальном направлении от странгуляционной борозды и 15-20 см в дистальном направлении. При сравнении результатов лечения обеих групп установили, что в основной группе послеоперационные осложнения выявили у 2 (5,00%) пациентов, а в контрольной у 9 (32,14%). Умерших пациентов в основной группе не было. В контрольной группе умерло 2 (7,14%) больных. Таким образом, дифференцированный подход к выбору объема резекции тонкой кишки в зависимости от степени компенсации кишечной непроходимости позволяет улучшить результаты лечения больных с ОТМН.

837. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ОРИГИНАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ ТУРНИКЕТНОГО ЛИГИРОВАНИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Шнейдер Ю.А., Цой В.Г., Шиленко П.А., Черкес А.Н., Сигарёва А.А. Худеньких Е.Е.

Калининград

ФЦВМТ г. Калининград

Актуальность: торакоскопическая радиочастотная абляция фибрилляции предсердий – как показывают результаты, является высокоэффективным хирургическим методом лечения мерцательной аритмии. При одновременном выполнении исключения ушка левого предсердия – является эффективным методом профилактики инсульта. Это исследование показывает результаты лечения мерцательной аритмии и эффективность турникетного лигирования ушка левого предсердия. **Материал и методы:** с января 2015 по январь 2017 года 27 пациентам выполнена торакоскопическая абляция левых и правых легочных вен а также линии по крыше и дну левого предсердия. В восьми случаях, для исключения ушка левого предсердия, выполнили турникетное лигирование ушка левого предсердия. 25 пациентов были с длительно персистирующей формой ФП, двое с пароксизмальной. 5 ранее выполнялось транскатетерная абляция устьев легочных вен. Для определения свободы от ФП выполнялись периодическое холтеровское мониторирование. Для определения эффективности исключения ушка ЛП выполнены серии КТ. Результаты и обсуждения: к началу февраля 2017 года у 15 пациентов получены 90 дневные результаты свободы от ФП. У 12 ритм оценен через 1 год. Через 90 дней у 2-х пациентов реци-

див ФП (13.3%), через 1 год синусовый ритм отмечен в 83.4% случаев. Двум пациентам с рецидивом ФП, в сроки через 4 и 6 месяцев выполнена эндокардиальная РЧА, как вариант гибридной тактики лечения. Во всех 8 случаях турникетного лигирования ушка ЛП положительный результат подтвержден в сроки до 4 дней после операции. Как осложнение операции в двух случаях был пневмоторакс. **Выводы и рекомендации:** торакоскопическая абляция левого предсердия, как показывают результаты, является высокоэффективным методом хирургического лечения фибрилляции предсердий при высокой степени безопасности оперативного вмешательства. Отмечен низкий процент послеоперационных осложнений. Турникетное лигирование является эффективным и безопасным методом исключения ушка левого предсердия.

838. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ЛИФТИНГОМ СЛИЗИСТОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Руфанова А.А.

Днепр Украина

Медицинский центр “Он Клиник Днепр”

Наиболее эффективным малоинвазивным методом лечения геморроя является дезартеризация геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки.

Цель исследования. Определить эффективность трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки при III-IV стадиях геморроидальной болезни в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Исследование основано на наблюдении за 39-ти прошедшими лечение пациентами с III-IV стадиями хронического геморроя за период с октября 2015 г. С III стадией прооперировано 34 пациента и 5 пациентов с IV стадией. Операции выполнялись с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия) с проктоскопом RAR для выполнения дезартеризации и мукопексии. Все операции выполнены под местной анестезией.

Результаты. Среднее время операции составляло 45-55 мин., прошивалось 6-12 геморроидальных артерий. Лифтинг и мукопексия выполнялись при наличии показаний. После операции болевой синдром практически отсутствовал, пациенты от-



мечали дискомфорт в связи с тампоном с мазью Левомеколь, находящимся в прямой кишке. После выполненной операции все пациенты наблюдались в палате дневного стационара в течение 4-6 часов, и после контрольного осмотра покидали клинику. Обязательным было проведение осмотра на следующий день после операции. Пациенты динамично наблюдались на протяжении 40 дней, также имел место контрольный осмотр через 4 месяца и далее - раз в год. В послеоперационном периоде получали антибиотикопрофилактику, обезболивающие препараты (по мере необходимости), местные мази с антисептиками и заживляющими компонентами. Хорошие результаты лечения отмечены у 30 больных (отсутствие жалоб и признаков внутреннего геморроя, кровомазания). Удовлетворительные у 6 больных (отсутствие жалоб, периодическое кровомазание при плотном стуле, уменьшение геморроидальных узлов до I стадии). У 2 пациентов отмечены следующие осложнения: подслизистые гематомы, тромбоз наружных узлов. Одной пациентке с 4 стадией геморроидальной болезни после операции потребовалось провести латексное лигирование, показанием к которому было выделение крови из заднего прохода и выпадение геморроидальных узлов 2 стадии. Возвращение к трудовой деятельности стало возможным через 1-3 дня.

Заключение. Трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки – самый эффективный метод лечения геморроидальной болезни в III-IV стадии. Метод может применяться в амбулаторных условиях и отвечает требованиям малоинвазивной хирургии, не нарушая качества жизни пациентов в послеоперационном периоде, имеет минимальные хирургические риски и обеспечивает быструю реабилитацию пациентов.

839. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Карпов О.Э., Ветшев П.С., Маады А.С.,
Васильев И.В.*

Москва

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

Ахалазия кардии (АК) – нервно-мышечное заболевание, характеризующееся стойким нарушени-

ем релаксации нижнего пищеводного сфинктера (НПС) при глотании, сопровождающееся дискинезией грудного отдела пищевода с развитием функциональной непроходимости. АК составляет до 21% от всех хирургических заболеваний пищевода, уступая по частоте онкологическим поражениям, рубцовым стриктурам и грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. Окончательно не изучен патогенез заболевания и не выработаны четкие алгоритмы его диагностики и лечения. Типичные симптомы АК: дисфагия, ретростернальные боли, пассивная регургитация, потеря массы тела. Эндоскопические технологии лечения АК направлены на растяжение или разрушение мышечного каркаса НПС и способствуют восстановлению естественного пассажа пищи. Цель исследования: оценить результаты лечения больных АК на основе дифференцированного применения миниинвазивных инновационных эндоскопических технологий. Материалы и методы: с 2011 по 2016 годы в НМХЦ им. Н.И. Пирогова проведен анализ результатов лечения 85 больных (36 мужчин и 49 женщин) в возрасте от 24 до 83 лет. Диагностику АК и оценку результатов вмешательств проводили на основании рентгенологического исследования пищевода, эзофагогастроскопии и манометрии. Для оценки клинической выраженности симптомов АК использовали шкалу Eckardt. 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. Пяти больным с IV стадией, из-за развившегося мегэзофагуса, успешно выполнено открытое хирургическое вмешательство: трансхиатальная 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) - пероральную эндоскопическую миотомию (ПОЭМ). Клинические и инструментальные данные оценивали в динамике: после хирургического 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%) карбоксимедиастином. 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. 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.

840. РОБОТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Дибиров М.Д., Семенякин И.В., Ерин С.А.,
Чупалов М.О.*

Москва

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова., Городская клиническая больница имени С.И. Спасокукоцкого

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является одним из самых распространенных заболеваний ЖКТ, занимая третье место после ЖКБ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является очень распространенным заболеванием. Она встречается у 5% всего взрослого населения, причем у 50% больных она не дает никаких клинических проявлений и, следовательно, не диагностируется. Распространенность ГЭРБ в России составляет от 10 до 7,5% в различных регионах. К одной из основных причин развития ГЭРБ от-

носят нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера, причиной развития которой чаще всего является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). В свою очередь, основными причинами развития ГПОД являются: возрастное ослабление связочного аппарата у людей старше 50 лет и повышение внутрибрюшного давления вследствие разнообразных причин (беременность, дискинезия органов пищеварительного тракта, абдоминальное ожирение, выраженный метеоризм, и др.) Впервые заболевание было описано Морганьи в 1768 г. В последние годы в связи с широким распространением эндоскопических исследований пищевода и желудка выявляемость грыж этой локализации значительно возросла. Все параэзофагальные и аксиальные кардиофундальные грыжи являются показанием к оперативному лечению. При этом широко используются лапароскопические методы лечения, которые дают вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты. При больших и ущемленных грыжах, а также при коротком пищеводе лапароскопические методики операции сопряжены с техническими трудностями. В течении 2016г в клинике прооперированы 35 пациентов с применением роботической системы Da-Vinchi, 24 женщин и 11 мужчин, средний возраст составил 47 ± 7 лет, средний индекс массы тела 27 ± 4 , риск по шкале ASA $2,4 \pm 1,3$. Аксиальные кардиофундальные грыжи у 34%, параэзофагальные грыжи 56% и смешанные грыжи 10%. Средняя продолжительность операции в период освоения методики составила 125-130 мин. После 10 операции длительность 90-100 минут. Все операции прошли без кровопотери. Послеоперационный койко-день $1,8 \pm 2$ дня. В раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов выявлены инфильтраты в месте введения троакаров, которые классифицируются как I степени осложнения по Клавьян-Диндо. При обследовании 18 пациентов через 6 месяцев рецидива и других клинических симптомов не отмечено. Результаты оценены как хорошие и отличные. Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности методики. Высокое качество 3d визуализации, стабильность видеоизображения, высокая степень свободы роботических манипуляторов позволяет выполнять прецизионную диссекцию кардиоэзофагеального перехода на новом уровне. Кроме того стоит отметить высокий уровень комфорта хирурга.



841. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Брехов Е.И., Калинин В.В., Мизин С.П., Шипова А.А.

Москва

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Кафедра хирургии с курсом эндоскопии

Традиционная резекционная хирургия остается основным методом лечения рака желудка. Ее роль в лечении язвенной болезни сохранилась при осложненном течении заболевания. Малоинвазивные эндоскопические вмешательства, по ряду причин, имеют ограниченное применение. В работе представлен тридцатилетний опыт лечения 1394 пациентов. Резекции желудка выполнены у 839, гастрэктомии у 655 больных. У 120 пациентов характер патологии потребовал гастрэктомии с резекцией дистальной части пищевода. В 157 случаях, у больных с распространенным раком желудка, были выполнены расширенные комбинированные операции, включающие не только вмешательства на желудке, пищеводе и кишечнике, но и на поджелудочной железе и печени. Были использованы современные методы диагностики и предоперационной подготовки. В процессе многолетней работы был решен ряд принципиальных технических вопросов, касающихся методик выполнения этих хирургических вмешательств. 1. Разработана и внедрена в клиническую практику оригинальная методика формирования триангулярных межорганных соустьев с помощью отечественных линейных сшивающих аппаратов группы УДО 2. Применение высокоэнергетического CO₂ лазера для рассечения полых органов потребовало создания линейки уникальных инструментов, в том числе лазерных зажимов и сшивающих аппаратов. 3. Предложена и применяется методика чрезбрюшинного формирования внутривисцеральных пищеводно-кишечных анастомозов. Отдельная область исследования была посвящена проблемам «болезней оперированного желудка». 1. Собственный алгоритм обследования, включающий радиоизотопную гастросцинтиграфию, позволил объективно оценивать функциональные результаты выполненных операций. 2. Модифицирована методика термино-латерального антирефлюксного гастродуоденального анастомоза с нижней горизонтальной ветвью двенадцатиперстной кишки, после дистальной резекции желудка. 3. Усовершенствована операция еюногастропластики удво-

енным тонкокишечным трансплантатом. Результаты исследований защищены многочисленными патентами и авторскими свидетельствами. Изучение ближайших и отдаленных результатов подтвердило высокую эффективность предложенных модифицированных операций.

842. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПОТРЕБНОСТЬ

Баулин А.В. (1), Евдокимов С.В. (2), Ефимова И.В. (1), Нестеров А.В. (3)

Пенза

1. ООО «Центр доклинических исследований»,
2. ЗАО НПП «МедИнж», 3. ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Актуальность. Научно-исследовательская работа, проводимая сотрудниками ЗАО НПП «МедИнж» по разработке новых моделей искусственных клапанов сердца, а также имплантируемых медицинских изделий для реконструктивной хирургии, потребовала проведения доклинической апробации будущей продукции в хирургическом эксперименте, максимально приближенном к клиническим условиям, что стало отправной точкой для организации в составе группы компаний «МедИнж» центра доклинических исследований (ЦДКИ). При этом интерес к экспериментальной базе имеется не только у профильных научно-производственных предприятий, но и образовательных медицинских организаций, а в ряде случаев и частных лиц (аспиранты, соискатели), занимающихся научно-исследовательской деятельностью.

Материал и методы. В качестве экспериментальных (лабораторных) животных в ЦДКИ использованы свиньи, кролики, крысы, исследования на которых проводятся с соблюдением норм и правил по гуманному обращению с животными. Способ анестезии выбирали индивидуально, в зависимости от вида животного и сложности эксперимента. Применяли полноценную общую комбинированную анестезию с ИВЛ при кардиохирургических и сложных, травматичных операциях, а также внутривенную, внутримышечную или ингаляционную анестезию при малотравматичных и непродолжительных операциях. Для проведения доклинических исследований разрабатываемых искусственных клапанов сердца и стент-графта в качестве экспериментального животного выбрана свинья, как наиболее доступная и сравнимая с организмом человека биологическая модель. Выполнены 52 операции с использованием искус-



ственного кровообращения. Свиньи, в качестве биологической модели были также использованы для доклинических исследований в области травматологии-ортопедии (6 животных) и нейрохирургии (3 животных). Кроме этого в центре проведены исследования на мелких лабораторных животных (крысы и кролики) в области стоматологии (50 кроликов), общей хирургии (50 крыс и 30 кроликов), и офтальмологии (40 кроликов) в рамках диссертационных, научно-исследовательских работ, а также проектов, выполняемых при грантовой поддержке. Результаты. Анализированы результаты работы с 2014 по 2016 гг. Всего в центре выполнено более 300 операций (включая ветеринарные), из них – 52 операции на открытом сердце с использованием искусственного кровообращения (протезирование клапанов сердца: аортального, митрального, легочной артерии, имплантация стент-графта, трансапикальное протезирование аортального клапана). Летальность в данной группе составила 30,8% (16 животных). Высокая летальность была обусловлена необходимостью освоения технологии проведения не только самой операции, но и подготовки животного, отработки сосудистых доступов, мониторинга витальных функций, оптимального хирургического доступа, подбора оптимальных доз препаратов для анестезии и интенсивной терапии, а также рисками, связанными с имплантируемым изделием. Принимая во внимание опыт специалистов Ганноверской высшей медицинской школы для оптимизации результатов нами начата работа по изучению возможности выполнения высокотехнологичных операций на сердце барана. Анализ результатов 170 операций на мелких лабораторных животных показал отсутствие летальных исходов во время операции и ближайшем послеоперационном периоде, что мы объясняем детальной проработкой технологии эксперимента и выбора оптимального способа анестезии.

Выводы. Наш опыт экспериментальной хирургии и проведения выездных занятий хирургической тематики со студентами медицинского института ПГУ позволяет судить об актуальности и востребованности экспериментальной хирургии не только как этапа доклинических исследований новых изделий, подлежащих имплантации, но и как возможность в хирургическом эксперименте развивать мануальные навыки, разрабатывать новые технологии лечения, а также обучать специалистов хирургического профиля в условиях, максимально приближенных к клиническим.

843. 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

ФГБУ «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.

Результатов: 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 гепатикоюностомия 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.

844. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

Москва

ФГБУ «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, ко-

торые 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. Лечение-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.

845. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Степанюк И.В., Федотов Д.Ю., Назаров В.А., Максименков А.В.

Москва

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический

Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Введение: Результативность хирургических методов лечения рака ободочной кишки при осложненных формах продолжает оставаться недостаточно высокой. Частота послеоперационных осложнений составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3%. Вышеизложенное



подтверждает острую необходимость совершенствования организационных и лечебно-диагностических алгоритмов, что позволит продуктивно бороться с осложненными формами рака ободочной кишки в совокупности с соблюдением онкологической радикальности.

Материалы и методы: С 2010 по 2015 год в НМХЦ им. Н.И. Пирогова пролечено 226 больных по поводу осложненных форм рака ободочной кишки. В зависимости от вида осложнения было выделено четыре группы пациентов: больные с толстокишечной непроходимостью - 42,9%; с воспалительными параканкротными инфильтратами с элементами абсцедирования - 22,6%; с перфорацией опухоли - 19%; с профузным кишечным кровотечением - 15,5%.

Результаты: Острая обтурационная толстокишечная непроходимость явилась самой частой формой осложнений рака ободочной кишки. В 23,7% (n=23) случаев при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки выполнялась правосторонняя гемиколэктомия, с одномоментной декомпрессией тонкой кишки. У 61 (63%) пациента с левосторонней локализацией опухоли выполнены резекции сегмента ободочной кишки с опухолью и наложение одноствольной колостомы по типу операции Гартмана. При неоперабельности опухоли 7 пациентам были наложены разгрузочные трансверзо- и сигмостомы. Осложнения в послеоперационном периоде отмечались у 13 (13,4%) пациентов. В группу с параканкротными воспалительными процессами вошел 51 (22,6%) пациент. Расширенная правосторонняя гемиколэктомия произведена 39 (67,2%) пациентам. 12 (20,7%) больным выполняли операцию типа Гартмана. У 7 (12,1%) пациентов, после купирования периопухолевого воспалительного процесса, выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением первичного анастомоза. Перфорацию кишечной стенки наблюдали у 43 (19%) больных. Обструктивную резекцию выполняли 37 (86%) пациентам. Двоим пациентам выполнена правосторонняя гемиколэктомия. Трём пациентам с распространенным раковым процессом произведены паллиативные симптоматические операции. Двум - санационная правосторонняя гемиколэктомия, с выведением обоих резецированных концов кишки в виде трансверзо- и илеостомы. Исходы лечения в этой группе пациентов характеризовались наибольшим количеством осложнений - 48,8%. Летальность составила 18,6%. Доля больных с кишечными кровотечениями составила 15,5% (n=35). 22 (62,8%) пациентам была выполнена правосторонняя гемиколэктомия, 5 (14,3%) - левосторонняя гемиколэктомия, 8 (22,9%) - резекция сигмовидной кишки (из них в 2 случаях - паллиативная резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана).

Выводы: Непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным течением рака ободочной кишки находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнений, обоснованной хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

846. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л.,
Максименков А.В., Степанюк И.В., Назаров В.А.,
Колозян Д.А.*

Москва

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

За период 2012 - 2016 гг в НМХЦ им Н.И.Пирогова накоплен опыт 195 оперативных вмешательств, выполненных лапароскопически и робот-ассистировано у пациентов с патологией ободочной кишки. Из них 145 пациентов с опухолевым поражением ободочной кишки, 37 пациент с дивертикулярной болезнью, 1 пациент с мегаколон и 12 пациентов с функционирующими одноствольными колостомами как результат перенесенных ранее обструктивных вмешательств на левой половине ободочной кишки. При опухолевом поражении 112 операции выполнены в соответствии с концепцией полной мезоколонэктомии с центральным лигированием сосудов (СМЕ+ CVL). У 33 пациентов при опухолях левой половины ободочной кишки применена методика скелетизации нижней брыжеечной артерии с парааортальной лимфодиссекцией, позволяющей существенно сократить объем резекции без снижения радикальности операции за счет достаточного объема лимфодиссекции. Обобщая полученные результаты применения видеоскопических операций при патологии ободочной кишки можно констатировать, что эти методики отвечают современным принципам хирургической колопроктологии. По нашим данным общий процент послеоперационных осложнений среди всех видеоскопических операций составил 14.35%. Несостоятельность анастомоза составила 4.1%. Суммарно процент конверсий - 3.07%, все они пришлись на случаи местно распространённых форм рака



ободочной кишки. Мы не проводили сравнения между лапароскопической и роботической методиками вследствие отсутствия различий в методологии вмешательств между этими технологиями. Однако, следует отметить, что широкое применение роботической технологии при операциях на ободочной кишке вряд ли является целесообразным ввиду технической доступности выполнения вмешательств лапароскопически и неоправданно по критерию цена-эффективность, а также временному фактору, ввиду необходимости подсоединения и настройки консоли. Вследствие этого, процент применения роботических вмешательств на ободочной кишке по нашему опыту не превысили 8.21%. Методология скелетизации нижней брыжеечной артерии с парааортальной лимфодиссекцией при лапароскопических операциях при раке ободочной кишки позволяет сохранять традиционный объем лимфодиссекции и в то же время уменьшить объем резекции. Для полноценной оценки эффективности видеоскопических операций необходимо продолжение исследований в плане изучения отдаленных результатов.

847. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Степанюк И.В.,
Максименков А.В., Левчук А.Л., Назаров В.А.*

Москва

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва.

В последние годы в подходах к лечению рака прямой кишки произошли кардинальные изменения, основанные на балансе двух принципов: радикальности хирургических вмешательств и максимального сохранения качества жизни больных. В ряду инновационных хирургических разработок следует отметить: расширенную лимфодиссекцию, тотальную мезоректумэктомию, выполнение низких передних резекций прямой кишки, лапароскопические и робот-ассистированные оперативные вмешательства, хирургическое лечение метастатических форм колоректального рака.

Материалы и методы: За период с января 2011 по май 2015 в НМХЦ им. Н.И. Пирогова с использованием лапароскопических и робот-ассистированных технологий оперировано 64 пациента с раком прямой кишки. Из них мужчин 25 (39.06%),

женщин 39 (60.94%). Средний возраст пациентов 63.61±11.39 лет. В большинстве случаев был выявлен резектабельный локализованный и местнораспространенный рак прямой кишки I–III стадий (T1-2N1-2M0, T3-4N0-2M0) – 50 пациентов (78.13%). В 9 случаях (14.06%) – генерализованный рак прямой кишки с резектабельными/потенциально резектабельными синхронными метастазами в печень или лёгкие (M1a). Гистологически во всех случаях выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. G1 – опухоли низкой степени злокачественности выявлены в 13 случаях (20.31%), в большинстве случаев – 42 (65.63%) выявлены умеренно- и низкодифференцированные опухоли (G2). Недифференцированные (G3) опухоли выявлены в 8 случаях (12.5%), в 3 (4.69%) случаях выявлена слизистая аденокарцинома. Наличие метастатического поражения регионарных лимфоузлов (N1-2) по данным патогистологического исследования выявлено в 33 случаях (51.56%). Большинство оперативных вмешательств были выполнены интракорпорально. У 6 пациентов выполнялись ассистированные вмешательства – после мобилизации и лимфодиссекции выполнялась нижнесрединная лапаротомия, прямая кишка пересекалась ниже опухоли при помощи криволинейного сшивающе-режущего аппарата Contour с последующим формированием аппаратного циркулярного анастомоза. Конверсии были выполнены в 6 случаях, что составило 9.38% от всех анализируемых случаев. Конверсии выполнялись при технической невозможности полной мобилизации опухоли и при наличии интраоперационных осложнений. Таким образом, основной причиной конверсии стало наличие местнораспространенного опухолевого процесса. При робот-ассистированной методике процент конверсий составил 15.4%, при лапароскопической – 7.84%. Из них в 2-х случаях конверсия выполнена при экстирпации прямой кишки (12.5% от всех выполненных экстирпаций) и в 4 – при передней резекции (9.09% от всех передних резекций). Средняя длительность операций при конверсии составила 340±90.17 мин., что было обусловлено технической сложностью выполнения вмешательства при местнораспространенном процессе, а также не в последнюю очередь имело место «затягивание» принятия решения о переходе на открытый метод в период освоения методики. Длительность лапароскопической передней резекции составила в среднем 256±60.02 мин. (исключая случаи конверсий и ассистированных вмешательств), и 328.89±82.68 мин. для робот-ассистированной передней резекции. Средняя длительность лапароскопической экстирпации прямой кишки составила 245±46.9 мин. Интраоперационные осложнения связанных с выявлен-



ным дефектом сформированного колоректального анастомоза, отмечены в 4 случаях, при этом в одном случае помимо дефекта колоректального анастомоза выявлена травма правого мочеточника. Во всех случаях выполнено наложение разгрузочной кишечной стомы с пластикой мочеточника в одном случае.

Заключение: При низких и ультранизких передних резекциях прямой кишки в случаях технической невозможности одномоментного пересечения прямой кишки ниже опухоли перпендикулярно ее оси эндоскопическим ротикулярным сшивающим аппаратом выполнялось лапароскопически ассистированное вмешательство с применением сшивающе-режущего аппарата Contour. Робот-ассистированные операции при раке прямой кишки имеют преимущества за счет трехмерного изображения и лучшей ориентации, большей степени свободы при манипуляциях в ограниченных пространствах, а также простотой выполнения лимфодиссекции. Наличие местнораспространенного онкологического процесса с выходом за мезоректум, а также значительная протяженность опухоли создают значительные технические сложности при видеоскопической операции. В таких случаях предпочтение отдавалось открытым вмешательствам.

848. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ

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

Москва

ФГБУ «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, интрооперационного 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 2012 по 2015 гг. Возраст пациентов колебался от 21 до 45 лет, гендерное 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 ультросонографическим 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 удаление кисты, во всех случаях проводилось дренирование на активной аспирации (по Редону). В 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.

849. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СЕТЧАТЫМИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТАМИ ПО ПОВОДУ ОБШИРНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Стойко Ю.М., А.Л. Левчук, В.А. Назаров,
С.С. Шимкович.*

Москва

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Введение. Частота развития гнойно-септических осложнений после имплантации полипропиленовых эндопротезов, по поводу вентральных грыж достигает 10-20%. Сохраняется нерешенным вопрос, о тактике лечения этих больных, склоняя большинство хирургов к удалению нагноившегося трансплантата. Проблему составляют пациенты с гигантскими вентральными грыжами, у

которых установлены аллотрансплантаты с антиадгезивным покрытием, выполняющие дополнительно функцию брюшинного покрова. Удаление инфицированного трансплантата повлечет за собой формирование лапаростомы, сохранение трансплантата не исключает переход гнойного - воспалительного процесса в брюшную полость. Типичное ведение подобных ран на мазевых повязках, дренажах и промывных системах не достаточно эффективно в виду сложной санации сетчатых трансплантатов. Подобное лечение часто заканчивается удалением аллотрансплантата.

Материалы и методы. В своей практике, у 5-и больных, оперированных по поводу обширных вентральных грыж мы применяли лечение переменным отрицательным давлением (VAC – терапия). Современные вакуумно-аспирационные системы позволяют комбинировать режимы разряжения, способствуя непрерывному очищению раны, снижению локального отека, усилению перфузии тканей, увеличению скорости формирования грануляционной ткани, деконтаминации раны, при этом ускоряются раневые репаративные процессы, способствующие быстрому закрытию сетчатого эндопротеза грануляционной тканью и стиханию воспалительного процесса. Результаты. Комбинация вакуумно-аспирационных систем с правильно подобранной антибактериальной терапией, позволила нам сохранить трансплантаты, один из которых достигал суммарного размеров 50 x 80 см. Уменьшая постепенно аспирирующий компонент VAC- системы, мы добивались максимально быстрого закрытия раны. Во время программированных перевязок с заменой компонентов VAC - системы, уже на первые сутки отмечалось значительное очищение раны и трансплантата, нормализация температуры тела. К концу первой недели отмечалось формирование «сочной» грануляционной ткани постепенно закрывающей трансплантат, нормализация маркеров воспалительной реакции в периферической крови. Наложение вторичных швов, производилось после полного закрытия грануляционной тканью трансплантата - к концу 2 недели лечения (при условии стерильных посевов из раны). У всех пациентов были достигнуты положительные результаты лечения с сохранением трансплантата.

Заключение. Использование современного вакуумно-аспирационного оборудования в лечении больных с гнойно-септическими осложнениями после герниопластики с имплантацией эндопротезов позволяет не только сохранить эндопротез, но и ускорить репаративные процессы, при этом, сократив срок госпитализации и значительно повысив качество жизни пациентов с подобными осложнениями.



**850. К 90-ЛЕТИЮ РАБОТЫ ПРОФЕССОРА
С.П.ФЕДОРОВА – «ХИРУРГИЯ НА РАСПУТЬЕ»**

Ветшев П.С., Левчук А.Л.

Москва

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический
Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Известная статья проф. Сергея Петровича Федорова была опубликована 90 лет назад. В ней лидер отечественных хирургов, признанный в Европе ученый, проанализировал состояние хирургии. Непререкаемый авторитет С.П.Федорова, глубокий и критический анализ сути вопроса не оставил равнодушных, вызвал повсеместные обсуждения в кругу специалистов, многочисленные отклики в печати и выступления на конференциях. Перечитывая статью, осознаешь глубину философских рассуждений великого русского хирурга и ученого, его мужество и удивительную прозорливость, ведь актуальность многих положений работы сохраняется и в наши дни. «Хирургия горда своими успехами. Но еще больше горды сами хирурги, особенно более молодые. Они без конца пишут и докладывают о своих успехах, забывая подчас о том, что одно количество далеко не всегда решает дело. Можно подумать, что некоторым хирургам полагательно не дают спать лавры братьев Мэйо», – пишет С.П.Федоров в начале работы, и чуть ниже продолжает (имея ввиду незнание хирургами накопленного опыта - прим. авт.): «...считаться с прошлым приходится..., ибо сплошь да рядом приходится встречаться со многими «новыми» мыслями и открытиями, которые были высказаны или сделаны много-много лет тому назад». Полагаем, что эти мысли Сергея Петровича не требуют дополнительных комментариев, а у каждого опытного специалиста возникают в памяти примеры на эту тему из повседневной профессиональной действительности. Далее, последовательно обсуждая негативные явления и тенденции в хирургии того времени (а это 1926 г.!), Сергей Петрович останавливается на таких проблемах, как склонность некоторых особенно активных хирургов к завышению показаний к операциям, удовлетворяясь при этом лишь анатомическим результатом, подражание всяким, даже бессмысленным предложениям и новинкам-буффонадам, ориентации на модные тенденции – например. – «...выбросить дренажи из употребления», увлеченность количественным показателям в ущерб качественному анализу, чрезмерная узконаправленная специализация, когда «...ничтожным мелочам присваивают

значение важных открытий...», лавинообразный рост печатной продукции, при котором «...пишут буквально все, кому не лень», а к их услугам «...все нарождающиеся журналы...» и многое другое, весьма актуальное и в наши дни. Вероятно, одна из основных задач, стоящих перед многоопытными хирургами, и профессиональными объединениями «...не толкать начинающую молодежь на то, что наметившимся в хирургии пути, – пути, ...где еще ничего нет, кроме потоков слов, фантазий и редко хороших мыслей, а лучше обратить их внимание на то, что более или менее твердо стоит в хирургии и убеждать изучать сначала это. В хирургии так много передуманного и блестяще исполненного, что серьезное знакомство с этим, гораздо больше расширит горизонты мышления молодого хирурга, чем современный фейерверк, коварно манящий его к сомнительной славе. Последний путь, конечно, заманчивей, тем более что он гораздо легче первого». Звучит весьма актуально! Достаточно полистать современные печатные издания и без труда встретить «новые» мысли и положения, которые высказаны много лет назад, либо обнаружить настойчивые доказательства давно известных фактов. Происходит это, по-видимому, не только от незнания истории и основ хирургии, ее академических традиций, но и из-за недостаточных познаний в области нормальной и патологической физиологии, анатомии, биохимии, основ доказательной медицины и т.п., как следствие – легковверное увлечение псевдоновыми идеями, «модными» операциями, «ускоренными» подходами. Иначе чем объяснить «бескомпромиссную» борьбу с небольшими доброкачественными образованиями (липомы, кисты) молочной железы, печени, инциденталомы надпочечников и др., не имеющими ни какого клинического значения многие годы, увлеченность многочисленными упрощенными вариантами фундопликации, в т.ч. «Floppy Nissen», т.н. «Mesh – ассистированными» технологиями, открытыми паллиативными операциями при механической желтухе, торопливое введение новой концепции сепсиса (ССВР, тяжелый сепсис) и т.п. Трудная миссия, но согласитесь, ее необходимо выполнить в надежде дальнейшего сохранения академических традиций отечественной медицины, обеспечения преемственности поколений хирургов, особенно на фоне прогрессивного развития и неоспоримых достижений отечественной хирургии. Этим непреходящим по своему значению целям, во многом должен послужить и предстоящий конгресс.



851. ФАКТОРЫ ПАТОГЕННОСТИ CLOSTRIDIUM DIFFICILE У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сафин А.Л., Ачкасов С.И., Сухина М.А., Сушков О.И., Образцов И.В.

Москва

ФГБУ "ГНЦК им. А.Н. Рыжих" Минздрава РФ

Актуальность: антибиотик-ассоциированная диарея (ААД) является частым осложнением при лечении антибиотиками. В большинстве случаев она обусловлена избыточным ростом *Clostridium difficile*. Патогенность микроорганизма традиционно связывают с продукцией токсинов А и В, бинарного токсина, способностью бактерии образовывать споры и биопленки, которые препятствуют проникновению антибактериальных препаратов и развитию рецидиву заболевания. Цель: определение факторов патогенности *Clostridium difficile* в колопроктологическом стационаре. Материалы и методы: в исследование вошло 522 пациента, находившихся на лечении в ГНЦК. Всем больным выполнялось исследование фекалий иммунологическим (исследование глутаматдегидрогеназы, токсинов А и В *Clostridium difficile*) и бактериологическим методами. У всех изолированных культур *C. difficile* изучалась способность к синтезу гемолизинов, резистентность к антибактериальным препаратам. Культуры *C. difficile* изолированные от 31 пациента тестировались на способность к формированию биопленки, причем в 15 случаях у больных развились клинические проявления клостридиального колита, а в 16 – имело место носительство.

Результаты: По результатам исследования у 277 (53%) пациентов *C. difficile*, причем у 188 (68%) из них изолировались токсинпродуцирующие штаммы. Токсин В определялся у 135 (72%), токсин А у 23 (12%), а синтез обоих токсинов диагностирован у 30 (16%) человек. Токсигенные штаммы *C. difficile* были резистентны к метронидазолу – в 20%, а к ванкомицину – в 4 % наблюдений. Наряду с этим изолированные культуры *C. difficile* от 31 больного были протестированы на способность к формированию биопленки. Следует отметить, что у 15 (100%) больных с клинической картиной клостридиального колита микроорганизмы показали высокую интенсивность образования биопленки, в то время как подобная способность была выявлена лишь у 6 (38%) из 16 пациентов с бессимптомным носительством *C. difficile*. Кроме того, все 277 (100%) выделенных штаммов синтезировали гемолизины, что увеличивает патогенность данного

микроорганизма.

Выводы: выявленный уровень устойчивости к антибактериальным препаратам определяет важность выбора адекватной схемы этиотропной терапии клостридиального колита. Токсин В является ведущим фактором вирулентности микроорганизма. Способность образовывать биопленки представляется важным фактором патогенности *C. difficile*. У пациентов с клинической картиной клостридиального колита выявляются микроорганизмы с более высокой интенсивностью синтеза биопленки.

852. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕУТОЧНЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кащенко В.А.(1,2), Желнинов М.Г.(3), Лодыгин А.В.(3), Бескровный Е.Г.(1,3), Распереза Д.В.(2), Солоницын Е.Г.(1)

Санкт-Петербург

- 1) Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, Кафедра факультетской хирургии.
- 2) Клиническая больница № 122 им.Л.Г.Соколова.
- 3) НУЗ "Дорожная клиническая больница ОАО "РЖД"

Введение. Актуальность У 5-25% пациентов с клинической и/или лабораторной картиной желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) его источник не удается выявить стандартными эндоскопическими методами. Такие случаи относятся к неуточненным кровотечениям (англоязычный термин «obscure gastrointestinal bleeding»). Материалы и методы Проведен анализ результатов лечения 137 пациентов группы неуточненных ЖКК за период 2007 – 2015 г.г. По основному синдрому они разделены на неуточненные скрытые (83 человека, 60,6%) и явные (54 человека, 39,4%) кровотечения. У пациентов со скрытым ЖКК поло-возрастная структура была следующей: женщины 48,2%, мужчины 51,8%; средний возраст 50,5 лет, медиана 52 года. Симптоматика была неспецифична, в основном – длительная гипохромная или нормохромная анемия (чаще средней тяжести, а также тяжелой и крайне тяжелой степени) без явной причины и с относительным эффектом на фоне лечения препаратами железа. Давность симптоматики 1 – 36 месяцев (m 18,5 месяцев). В группе явных ЖКК поло-возрастная структура следующая: женщины 38,9%, мужчины 61,1%; средний возраст 56,1 год, медиана 57,5 лет. Давность симптоматики



ки 2 – 45 суток (m 6 суток). Клиническая картина малоспецифична относительно диагноза. Анемия имела, в основном, легкую или среднетяжелую степень. Видеокапсульная энтероскопия проводилась комплексом EC type I (Olympus) – 127 исследований; время транзита 4,5 – 7 часов (m 5,9 часов). Баллон-ассистированная энтероскопия выполнялась одноканальным энтероскопом SIF-Q180 (Olympus) – 10 исследований, удалось осмотреть трансорально от 50 до 300 см дистальнее связки Трейца (m 164 см), трансанально от 70 до 150 см проксимальнее баугиниевой заслонки (m 114 см), средняя продолжительность 80 и 94 минуты соответственно. Еще у 10 пациентов источник кровотечения был выявлен скрининговой «традиционной» эндоскопией без применения новых технологий. Результаты и обсуждение В группе скрытых неуточненных кровотечений (n=83) выявлена следующая патология: болезнь Крона – 14, сосудистые аномалии – 6, НПВС-ассоциированные эрозии и язвы – 5, полипы и подслизистые образования – 4, дивертикулы – 1, в 58 случаях источник не был найден. На момент исследования эндоскопически признаков кровотечения в просвет кишки не выявлено. Тактические подходы к лечению: оперативные вмешательства не были предприняты, эндоскопический гемостаз (1 "традиционная" и 1 баллон-ассистированная эндоскопия) 2,4% (ангиодисплазии), 16,9% – консервативная терапия, в 10,8% динамическое клинико-инструментальное наблюдение без специального лечения, 69,9% пациентов направлены для дальнейшего гематологического обследования. У 1 пациента (болезнь Крона) имелись показания к хирургическому, а у 2 (полипозный синдром Пейтса-Егерса и подслизистое новообразование) – к эндоскопическому лечению, не выполнены по причине отказа пациентов. Клиническая эффективность видеокапсульной энтероскопии в данной группе 30,1%, влияние на тактику лечения – 24%. Оперативная активность (эндоскопические вмешательства) 2,4%. В группе явных кровотечений (n=54) выполнено 44 видеокапсульных и 9 баллон-ассистированных энтероскопий. Выявлены следующие заболевания: сосудистые аномалии – 25, НПВС-обусловленные эрозии и язвы – 7, болезнь Крона – 4, полипы, подслизистые образования и опухоли – 5, дивертикулы – 3, у 6 пациентов источник кровотечения не найден. Факт геморрагии зафиксирован капсулой в 54,5% случаев. Применялась следующая лечебная тактика: хирургическое лечение 7,4% (резекция кишки у пациентов с злокачественными опухолями тонкой кишки (3) и дивертикулом Меккеля (1)), эндоскопическая операция 5,6% (послизистая резекция лейомиомы (1), рассечение рубцовой стриктуры кишки на фоне болезни Крона (1) и полипэктомия при синдроме Пейтса-Егерса (1)),

эндоскопический гемостаз 40,7% (у пациентов с ангиодисплазиями, язвами Дъелафуа, эктопическими вариксами, НПВС-ассоциированными эрозиями, кровотечением из дивертикулов, всего 22 случая), консервативное лечение 46,3%. Эндоскопические вмешательства посредством «традиционной» и баллон-ассистированной эндоскопии. Послеоперационный период без осложнений, рецидива кровотечения не зафиксировано. В данной группе клиническая эффективность видеокапсульной энтероскопии составила 86,4%, влияние на тактику лечения в 43,2%. Оперативная активность – 53,7%. Выводы Видеокапсульная энтероскопия показала высокую диагностическую ценность: чувствительность 90,0%, специфичность 86,6%, точность 88,2%. На основании полученных данных возможно выполнение диагностической/лечебной баллон-ассистированной энтероскопии. При этом лечебная (в том числе хирургическая) тактика при неуточненных ЖКК определяется анализом комплексной диагностики в рамках мультидисциплинарного подхода.

853. РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Йовбак В.М., Потапенков М.А., Изосимов В.В.,
Жданюк Л.А.*

Симферополь

ГБУЗ РК "РКБ им.Н.А.Семашко"

Актуальность. По данным различных исследований в Российской Федерации 30%-40% пациентов, обращающихся к врачам первичного звена, имеют симптомы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Малоинвазивные венэктомии, а также сочетание малоинвазивных венэктомий со склерозированием вен в лечении варикозной болезни нижних конечностей находят все большее применение в клинической практике. Наиболее часто применяются эндовенозная лазерная коагуляция вен, различные виды стриппинга с использованием малотравматичных венэкстракторов, кроссэктомия. Однако показания к операциям с сохранением ствола большой подкожной вены у больных с сафенофemorальным рефлюксом в настоящее время не установлены, не имеется статистики отделенных результатов лечения. Ряд авторов указывает на достаточно большое число неоангиогенеза и в последствие рецидива заболевания после выполнения приустевой кроссэктомии.



Цель. Оценить эффективность малоинвазивных методов хирургического лечения у больных с варикозным расширением вен нижних конечностей с сафенофеморальным рефлюксом. Изучить ближайшие результаты хирургического лечения.

Материал и методы обследования. С 2000 по 2016 годы в отделении сосудистой хирургии «РКБ им.Н.А.Семашко» проведено хирургическое лечение 356 больных, которым применялись малоинвазивные методики лечения. Мужчин было 91, женщин 265 больных в возрасте от 18 до 78 лет. Хроническая венозная недостаточность по классификации CEAP (1994 г.) C2-C4 была у 308 больных, C5-C6 в 48 случаях. Варикозное расширение вен правой нижней конечности имело место в 259 случаях, у 87 больных слева, в 10 случаях двухстороннее варикозное расширение вен нижних конечностей. В 55 случаях выполнена операция кроссэктомия в сочетании с надфасциальной перевязкой перфорантных вен голени и бедра по Кокету, в 20 случаях при наличии трофических язв голени, выраженной индурации подкожной клетчатки, липосклероза диссекцию перфорантных вен выполняли при помощи подкожного венэкстрактора из мини-доступов в проекции малоизмененной кожи. У 10 больных применена операция приустевой кроссэктомии и венэктомии по Нарату на голени с последующим склерозированием подкожных и перфорантных вен в области трофических изменений кожи голени 1% фибровейном или 1% этоксисклеролом. В 2 случаях относительной несостоятельности остиального клапана большой подкожной вены выполнена экстравазальная коррекция клапана по Веденскому. У 4 больных выполнена операция приустевой кроссэктомии с интраоперационным склерозированием большой подкожной вены голени и бедра 1% раствором фибровейном из расчета 1 мл склерозанта на 10 см протяженности вены. В 77 случаях применена операция приустевой кроссэктомии и эндоваскулярная лазерная коагуляция (ЭВЛК) ствола большой подкожной вены на голени и бедре с применением аппарата «Лика-хирург» производства Украины и мощностью излучения 16 Вт. В 86 случаях с целью уменьшения травматичности хирургического доступа выполнена лазерная коагуляция притоков большой подкожной вены на голени после стандартной венэктомии по Бебкокку. В предоперационном периоде всем больным выполняли доплеровское исследование с маркировкой перфорантных вен, лабораторные общеклинические исследования крови. реовазография, ЭКГ. 102 больным выполнена перевязка устья большой подкожной вены по методике СНІVA с последующим склерозированием ствола большой подкожной вены и перфорантных вен голени 1% склеровейном в амбулаторных усло-

виях. В раннем послеоперационном периоде назначали антибиотики, венотоники (троксивазин, детралекс), длительную эластическую компрессию. Всем больным после малоинвазивных вмешательств в послеоперационном периоде выполняли контрольное УЗИ вен через 3-12-24 месяца после операции. Результаты и их обсуждение. Дискуссия о целесообразности сохранения ствола большой подкожной вены у больных с варикозной болезнью продолжается среди сосудистых хирургов многих флебологических центров. По данным І.М.Гудз и соавт. (1) основной недостаток кроссэктомии состоит в сохранении у 16,6% больных патологического вертикального рефлюкса крови. По нашим данным вертикальный низкоинтенсивный рефлюкс крови наблюдался у 45 больных после перевязки большой подкожной вены по СНІVA и склерозирования ствола большой подкожной вены, однако клинически только у 15 человек был диагностирован рецидив варикозной болезни.(14,2%) Из 55 женщин, которым выполнена кроссэктомия и перевязка перфорантных вен голени векртикальный рефлюкс наблюдался у 5 без клинических проявлений варикозной болезни. что составило 9,9%. Клинических данных о рецидиве варикозной болезни у этих больных не отмечено. По данным контрольных УЗИ после лазерной фотоабляции ствола большой подкожной вены ретроградного рефлюкса не наблюдалось. Наиболее частое осложнение венэктомии с сохранением большой подкожной вены был послеоперационный тромбофлебит ствола большой подкожной вены, который наблюдался у 8 больных.(2 случая интраоперационного склерозирования, у 2 больных после лазерной коагуляции и у 4 кроссэктомии в сочетании с перевязкой перфорантных вен на голени. Клинические проявления тромбофлебита оставленного ствола большой подкожной вены на бедре как правило начинали проявляться спустя 5-10 дней после операции на этапе амбулаторного лечения и потребовал назначения местного лечения, нестероидных противовоспалительных препаратов и венотропных средств. Следует отметить, что клиническая картина послеоперационного тромбофлебита оставленного ствола большой подкожной вены была не выраженной. Регресс клинической картины наступал к 20-21 послеоперационному дню. Тромбофлебита глубоких вен нижней конечности в послеоперационном периоде не наблюдалось. Примененная нами методика лазерной фотокоагуляции ствола большой подкожной вены позволила в большинстве случаев избежать развития послеоперационного тромбофлебита. У 2 больных с трофическими язвами голени в раннем послеоперационном периоде развилось нагноение послеоперационных ран в нижней трети голени и у 1 больного рожи-



стое воспаление. Других осложнений не отмечено. У всех больных с лазерной коагуляцией вен по данным контрольной УЗИ достигнута полная облитерация ствола большой подкожной вены. Считаем, что одной из причин рецидива варикозного расширения вен нижней конечности является не ликвидированный вертикальный рефлюкс во время оперативного лечения. В нашей практике встречались пациенты, которым была ранее произведена ЭВЛК ствола большой подкожной вены без приустьевого кроссэктомии в других лечебных учреждениях. Через несколько лет (2,2 года) эти больные поступали в нашу клинику с рецидивом заболевания и наличием вертикального или горизонтального рефлюкса крови. Учитывая это, считаем ликвидацию вертикального рефлюкса и тщательное лигирование приустьевых притоков большой подкожной вены с пересечением наружной и внутренней *v. accessoria* обязательным моментом в лечении варикозной болезни нижних конечностей с использованием малоинвазивных методик. Нами отмечено только 2 случая классического неоангиогенеза после малоинвазивных венэктомий. Рецидивы варикозного расширения вен наблюдались у двух больных после коррекции остиального клапана по Введенскому, которым впоследствии была выполнена венэктомия по Троянову-Тренделенбургу, Бэбкокку, Нарату.

Выводы. Преимуществами малоинвазивных венэктомий является возможность устранения вертикального рефлюкса без удаления стволов большой подкожной вены на бедре и голени, небольшие сроки стационарного лечения, отсутствие послеоперационных осложнений, характерных для традиционной венэктомии по методике Бэбкокка (послеоперационные гематомы, повреждение поверхностных нервов и лимфатических путей), а также хороший косметический эффект. Однако учитывая небольшие сроки наблюдения судить о количестве истинных рецидивов варикозного расширения вен в настоящее время не представляется возможным.

854. ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Черданцев Д.В.(1), Первова О.В.(1), Носков И.Г.(1), Рандина М.С.(1), Масленников С.Н.(2), Дятлов В.Ю.(2), Гилаева Д.И.(2)

Красноярск

1) ФГБОУ ВО "КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России" 2) КГБУЗ "Краевая клиническая больница"

Актуальность. Постнекротическая киста поджелудочной железы (ПКПЖ) - является частым и сравнительно благоприятным исходом деструктивного панкреатита. Формирование ПКПЖ сопряжено с различными по тяжести осложнениями, которые в ряде случаев могут закончиться летальным исходом. В связи с этим, актуальным являются вопросы лечебной тактики и диагностики — это осложнения панкреонекроза. В настоящее время, диапазон оперативных вмешательств при ПКПЖ очень широк и определяется как традиционными подходами, так и оснащенностью лечебных учреждений. В последние годы наибольший интерес отмечается в отношении методов интервенционной эндоскопии и транскутанных методик диагностики и лечения ПКПЖ. При этом, отсутствие единого тактического подхода в лечении и диагностики, приводит к снижению эффективности применения малоинвазивных методов (ММ) или избыточной травматизации пациентов.

Материалы и методы. В исследование вошло 85 пациентов с диагнозом ПКПЖ период, находившихся на лечении Краевой клинической больницы г. Красноярска в период с 2013 по 2016 г. В первую группу вошли 34 пациента, которым было выполнено вмешательство из традиционного лапаротомного доступа, предполагающее наружное дренирование ПКПЖ, наложение цистоеюностомии или цистодуоденостомии. Вторую группу составили 24 пациента, которым были выполнены пункция и/или дренирование ПКПЖ под УЗ-контролем. В третью группу включены 22 пациента, у которых было проведено внутреннее эндоскопическое транслюминальное (трансгастральное или трансдуоденальное) (ВЭТД) дренирование или пункция под ЭУС-наведением. Для эффективности лечения оценивали скорость регресса ПКПЖ, среднюю продолжительность стационарного лечения, частоту послеоперационных осложнений, показатели летальности. Полученные результаты. В 1 группе статистически значимое уменьшение объема кисты зарегистрировано у 65% пациентов,



средняя продолжительность стационарного лечения составила 36 ± 13 к/д. Частота осложнений - 44,2% (n=13), из них: несостоятельность анастомоза - у 5,8% больных, перитонит - у 8,8%, нагноение послеоперационных ран - у 35,2%, панкреатический свищ - у 11,7%, внутрибрюшное кровотечение - у 5,8%. Летальный исход зарегистрирован в 17,6% случаев (6 больных). Во 2 группе регресс объема кисты наблюдался у 79% пациентов, средний койко-день составил 22 ± 7 суток. Осложнения были выявлены у 33,3% больных (n=8), из них: дислокация дренажа из полости ПКПЖ - у 8,3% пациентов, панкреатический свищ - у 16,6%, внутрибрюшное кровотечение - у 4,1%, перфорация полого органа брюшной полости - у 4,1%. Умерло 2 больных (8,3%). В 3 группе эффективное сокращение объема кисты наблюдалось у 85% пациентов, средняя продолжительность госпитализации составила 16 ± 9 суток. Осложнения после манипуляции зафиксированы у 27,2% больных (n=4): у 9% пациентов отмечена дислокация стента, у 4,5% - прорыв кисты в сальниковую сумку, у 13,6% - имелось прогрессирование панкреонекроза. Летальность в группе составила 9%. Обсуждение и выводы. Применение ММ в сравнении с традиционными операциями позволяет значительно сократить продолжительность стационарного лечения (p0.05) в более короткие сроки, в сравнении с другими методами лечения.

Рекомендации. Таким образом, применение малоинвазивных методик позволяет избежать многоэтапных хирургических вмешательств, избавить пациентов от грозных послеоперационных осложнений, уменьшить летальность и повысить эффективность оказания медицинской помощи больным с панкреонекрозом и ПКПЖ.

855. РАСШИРЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ТРОМБА ПРИ КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВОМ МОНИТОРИНГЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

Цуканов Ю.Т., Николайчук А.И.

Омск

ФГБОУ ВО «Омский государственный
медицинский университет» Минздрава России.
Кафедра хирургических болезней и урологии
ДПО.

Актуальность. Варикотромбофлебит (ВТФ) нижних конечностей является традиционным осложнением длительно протекающей и нелеченной вари-

козной болезни. Его частота превышает частоту тромбоза глубоких вен. Выбор тактики лечения больных с данной патологией до сих пор является предметом исследования. В настоящее время наблюдается смена тактики лечения тромбофлебита подкожных вен с активной хирургической на консервативную, что обусловлено, прежде всего, применением прямых и непрямых антикоагулянтов. Представляет интерес исследование динамики и изменений состояния тромба при антикоагулянтной терапии, выявляемого с помощью дуплексного сканирования (ДС).

Материалы и методы: Исследование было основано на анализе результатов лечения 81 больного с ВТФ подкожных вен нижних конечностей. ДС выполнялось всем пациентам при первичном осмотре, в течение первой недели повторялось ежедневно, а со второй недели - еженедельно до 2-х месяцев. Характеристику тромбоза при ДС проводили с детальной оценкой его проксимальной части, как наиболее активной в тромботическом процессе, по следующим параметрам: 1) локализация и распространенность тромбоза; 2) наличие и протяженность свободной части тромба; 3) наличие дыхательных колебаний (флотации) свободной части; 4) конфигурация и четкость проксимального края; 5) плотность и структура проксимальной части и дистальной части тромба; 6) толщина воспаленной стенки вены и паравазальной клетчатки на протяжении; 7) определение степени окклюзии вены количественной оценкой компрессионной пробы. У 16 пациентов с локализацией проксимальной части тромба на бедре при проведении первичного ДС выявлен потенциально эмболоопасный его характер, и они были экстренно прооперированы в объеме кроссэктомии по стандартной методике. Пациентам экстренно начинали введение антикоагулянтов прямого действия в лечебных дозировках (гепарин 5000 ЕД 6 раз в сутки или клексан - 1 мг/кг 2 раза в сутки). На 3-5-й день лечения прямыми антикоагулянтами назначали непрямые антикоагулянты (варфарин), под контролем международного нормализованного отношения (МНО). Начало регресса тромба, а, следовательно, и купирование тромботического процесса фиксировалось при: а) положительной динамике компрессионной пробы; б) достижении видимого при повторном ДС уменьшения массы его проксимальной части или в) его плотности. Это считалось объективным свидетельством положительного эффекта проводимой терапии и адекватности последней. У всех 81 пациентов, которым проводилась комплексное лечение с включением антикоагулянтов, наблюдалась положительная динамика, заключающаяся в уменьшении массы и плотности тромба, появление ячеистой структуры проксимальной части тромба либо увели-



чение ячеистой структуры при наличии её исходно, уменьшении толщины воспаленной венозной стенки и паравазальной клетчатки. Компрессионная проба фиксировала увеличение просвета тромбированной вены. Сроки начала и динамика регресса тромботических масс у отдельных пациентов была различной. В зависимости от скорости обратного развития тромба больные, получавшие антикоагулянты, были разделены на две подгруппы: 1) с относительно быстрым регрессом тромба - в течение первой недели и 2) с относительно медленным регрессом тромба - в течение месяца. Выводы: 1. При клинико-ультразвуковом мониторинге, сопровождающем лечение пациентов с ВТФ эффективен контроль протяженности, эхоплотности и однородности, конфигурации контура и уровня расположения проксимальной части тромба с проведением количественной оценки компрессионной пробы, а при наличии свободной части тромба важно оценивать ее протяжённость, уровень и наличие колебательных («дыхательных») движений. 2. Экстренное применение антикоагулянтов в комплексной терапии пациентов с ВТФ нижних конечностей ведёт к блокированию тромбообразования и регрессу тромба в 100% (n=81) случаев.

856. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ В УСЛОВИЯХ «ЦЕНТРА ПЕРИНАТОЛОГИИ И ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ»

Байжигитов Н.Б., Селбаева А.Д.

Алматы

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии»

Цель исследования: представить опыт городского «Центра перинатологии и детской кардиохирургии» УЗ г. Алматы в коррекции ВПС с применением модифицированной ультрафильтрации у детей в возрасте до одного года.

Материалы и методы исследования: С 20.12.2015 года по 11.01.2017 года всего до года прооперировано 293 детей (из них 57 (19,4%) – новорожденные до 28 дней жизни), Средний возраст пациентов составил $2,1 \pm 0,7$ мес, вес - колебался от 920гр до 9кг. Сопутствующие соматические патологии (как болезнь Дауна, диафрагмальная грыжа, врожденная гидроцефалия, буллезная эмфизема легких) имели 29 (9,9%) больных и 2 де-

тей появились на свет индуцированные по программе ЭКО. 204 (69,6%) операции выполнены в условиях искусственного кровообращения (ИК) (мин. вес ребенка – 2,1кг). Средняя продолжительность ИК составило $55,2 \pm 3,8$ мин, а пережатие аорты – $39,2 \pm 3,7$ мин. После остановки искусственного кровообращения (ИК) всем проводилась модифицированная ультрафильтрация (МУФ) крови. Проводится она после остановки ИК со взятием крови из артериальной канюли и возвратом после МУФ непосредственно в правое предсердие через магистраль. Объемы ультрафильтрации рассчитаны.

Результаты исследования: Основную часть оперированных составили больные с дефектами межжелудочковой перегородки (ДМЖП) (37 детей) и его сочетания с другими ВПС (ОАП, ДМПП, СЛА, МН, КоАо) (61 пациент). По поводу ДМПП (7 случаев) и его сочетания с другими ВПС (10 случаев) прооперировано 17 пациентов. Радикальная коррекция ТФ и ДОС от ПЖ выполнено 27 детям, а комбинированного стеноза легочной артерии - у 6. По поводу функционального единого желудочка сердца (ЕЖС) оперированы 23 детей. Операция Жатене (по поводу ТМС) выполнена 10 новорожденным, у 7 в сочетании с пластикой ДМЖП. Аномальный дренаж легочных вен радикально устранен 9 детям, а полная коррекция атриовентрикулярной коммуникации - 9. Двоим детям с общим артериальным стволом. ДМЖП. и Атрезией ЛА, II тип. выполнена – Имплантация клапано-содержащего кондуита ЛА «Contegra» и пластика ДМЖП. По поводу патологии аортального клапана и обструкции ВОЛЖ радикально прооперированы 4 (1,4%) детей: Радикальная или гемодинамическая коррекция гипоплазии правых отделов сердца. Атрезия легочной артерии. Аномалии трикуспидального клапана выполнены 9 пациентам. Одномоментная радикальная коррекция Гипоплазии дуги аорты и ДМЖП успешно произведена одному новорожденному. Перерывы дуги аорты, тип А или В в сочетании с другими ВПС одномоментно устранены у 4 новорожденных. Удаление опухолевидного образования сердца (рабдомиома) с пластикой трикуспидального клапана выполнено одному ребенку в возрасте 46 дней жизни. Без ИК хирургическая коррекция ВПС проведена у 89 детей: у 20- по поводу ОАП; у 5 – устранение гипоплазии дуги аорты и коарктации аорты; у 10 - выполнено бандинг ЛА; 5 новорожденным с рестриктивными ДМПП (ТАДЛВ, АТК) выполнена процедура Рашкинда; наложение МБТШ произведена 6 детям с критическими ВПС; Наложение ДКПА у детей с функционально ЕЖС на работающем сердце выполнено у - 6 (у 2 – би Глен); троим детям в возрасте 3-6мес, успешно имплантированы электрокардиостимуляторы (ЭКС) с эпикардиальными электродами. Общая госпитальная летальность



составила 9,5% (28 детей первых дней и месяцев жизни). Семеро из умерших детей переведены из других клиник в крайне тяжелом состоянии. Анализ причин летальных исходов показал, что в основном она была обусловлена прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью, инфекционными осложнениями.

Выводы: Таким образом, своевременная диагностика и хирургическое лечение ВПС, использование современных технологий и новейших расходных материалов позволяют добиться хороших результатов в лечении самых сложных и критических ВПС у детей первого года жизни. Улучшить результаты хирургического лечения ВПС возможно при создании единой системы оказания помощи новорожденным с ВПС.

857. ВЛИЯНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И В РАННЕМ ПОСТПЕРФУЗИОННОМ ПЕРИОДЕ

Байжигитов Н.Б., Селбаева А.Д.

Алматы

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. АсфендияроваГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии» УЗ

Цель исследования: Изучение влияния послеоперационной ультрафильтрации на состояние миокарда у детей с ВПС во время операции и в раннем постперфузионном периоде.

Материалы и методы исследования: В городском перинатальном центре и детской кардиохирургии г. Алматы с 2015 по декабрь 2017г. было выполнено забор биоптатов ушка правого предсердия у 150 детей с септальными дефектами сердца, взятые во время хирургической коррекции пороков. После остановки искусственного кровообращения (ИК) всем проводилась модифицированная ультрафильтрация (МУФ) крови. Проводится она после остановки ИК со взятием крови из артериальной канюли и возвратом после МУФ непосредственно в правое предсердие через магистраль. Объемы ультрафильтрации рассчитаны. Биоптаты ушка забирались на различных этапах операции: до подключения аппарата ИК, во время ишемии миокарда, затем после снятия зажима с аорты, но до МУФ, и через 15 минут после проведения МУФ. Использовались гистологические методы, включающие окраску гемотаксилином-эозином, орсеином, окраску по Маллори-Вейсу. Использо-

вали световую и поляризационную микроскопию. **Результаты исследования:** В результате проведенных морфологических исследований биоптатов были выявлены следующие исходные изменения миокарда: На первом этапе, исходно в биоптатах наблюдались изменения в виде вакуольной и зернистой дистрофии, а также небольших контрактурных повреждения кардиомиоцитов. Уже на втором этапе на высоте ишемии отмечался выраженный отек в межклеточном пространстве, продолжалось увеличиваться степень и распространенность контрактурных повреждений кардиомиоцитов. После снятия зажима с аорты на третьем этапе межклеточный отек усиливался, контрактурные изменения достигали 2-3 степени. Еще на данном этапе проявляется гиперрелаксация кардиомиоцитов, которой не наблюдалось на предыдущих этапах. При исследовании биоптатов, взятых после проведения МУФ, отек и контрактурные повреждения миокарда по сравнению с третьим периодом значительно уменьшались. Практически исчезала и гиперрелаксация кардиомиоцитов. Увеличение общего отека и усиление контрактурных повреждений в миокарде на последнем этапе в раннем постперфузионном периоде, по мнению большинства исследователей, является морфологическим критерием развития реперфузионных повреждений, что мы и наблюдали в нашей работе. После проведения МУФ структура миокарда восстанавливалась. Но для большей объективизации данных необходим набор биоптатов у пациентов, которым МУФ не проводилась.

Выводы: Таким образом, предварительные результаты морфологического исследования биоптатов показывают, что проведение процедуры МУФ сразу после остановки АИК предотвращает развитие отека контрактурных повреждений и ишемических реперфузионных изменений миокарда.

858. СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Ланцов И.С.

Москва

ФГБУ "ГНЦК им. А.Н. Рыжих" Минздрава России

Актуальность. Превентивная илеостомия – основная мера защиты пациента от осложнений связанных с формированием низкого толстокишечного анастомоза при развитии его несостоятельности. Однако, закрытие петлевой илеостомы являет-



ся потенциально опасным видом хирургического вмешательства в связи с развитием послеоперационных осложнений. По данным авторов наиболее часто встречаются: парез ЖКТ – до 25%, инфекция в области хирургического вмешательства (ИОХВ) – до 15%, кровотечение – до 8% и несостоятельность илео-илеоанастомоза – до 3%.

Цель. Сравнение характера и частоты послеоперационных осложнений после ликвидации петлевой илеостомы различными способами.

Материалы и методы. С ноября 2015г по настоящее время в ФГБУ ГНЦК в проспективное рандомизированное исследование включены 269 пациентов, которым выполнено внутрибрюшное закрытие илеостомы. Пациенты рандомизированы на 3 группы: группа 1 – закрытие илеостомы осуществлено аппаратным способом по типу «бок-в-бок» (n=114), группа 2 – закрытие илеостомы выполнено ручным способом по типу «бок-в-бок» (n=54), группа 3 – реконструктивно-пластическая операция произведена ручным способом по типу «конец-в-конец» (n=101). Статистически достоверных различий по полу, возрасту, характеру основного заболевания и оперативного вмешательства, по поводу которого выполнено формирование петлевой илеостомы, между группами не выявлено. В связи выраженным рубцово-спаечным процессом в брюшной полости, решение хирурга о формировании илео-илеоанастомоза, определенного при рандомизации, было изменено. Таким образом, из исследования исключено 28 пациентов из группы 2. Результаты. Общая частота развития послеоперационных осложнений в группах 1, 2 и 3 составила 11,4%, 14,8%, 13,9%, соответственно (p=0,6). 2 (3,7%) пациента из группы 2 и 1 (1%) пациент из группы 3 оперированы в связи с развившимися осложнениями. Поводом для хирургического вмешательства послужило кровотечение из анастомоза в 1 (1,8%) и механическая тонкокишечная непроходимость в 1 (1,8%) случае в группе 2. В группе 3 операция по поводу тонкокишечной непроходимости потребовалась у 1 (1%) пациента, в то время как в группе 1, не было ни одного случая кишечной непроходимости. Остальные осложнения ликвидированы консервативными мероприятиями. При использовании аппаратного способа формирования илео-илеоанастомоза парез ЖКТ развился у 6 (5,3%), при использовании ручного способа по типу «бок-в-бок» и «конец-в-конец» в 5 (9,6%) и 9 (8,9%) наблюдениях, соответственно. Однако достоверных различий между группами по частоте развития пареза ЖКТ не отмечено (p=0,4). Не было выявлено статистически достоверных различий по частоте развития ИОХВ между группами 1 и 3, которая развилась в 3 (2,6%) и 3 (3%) случаях, соответственно (p=0,8). Кишечная непроходимость, потребовавшая опе-

рации отмечалась в группах 2 и 3 у 2 (1,9%) и 1 (1%) больных, соответственно (p>0,05). 1 (1,9%) пациент из группы 2, оперированный по поводу механической тонкокишечной непроходимости, умер в послеоперационном периоде. Послеоперационное кровотечение не было отмечено ни в одном случае в группе, где был сформирован конце-концевой анастомоз в отличие от групп 1 и 2, где данное осложнение развилось у 2 (1,8%) и 1 (1,9%) пациентов, соответственно (p=0,5). Не зарегистрировано ни одной несостоятельности илео-илеоанастомоза в группе 2. В то время, как в группах 1 и 3 анастомоз оказался несостоятелен в 1 (0,9%) и 1 (1%) случаях, соответственно (p>0,05). Медиана послеоперационного койко-дня в группах 1, 2 и 3 составила 7 (6,0;11,0) дней в каждой из групп (p=0,3). Стоит отметить, что при осложненном течении медиана сроков пребывания пациентов в стационаре увеличилась до 11, 13 и 8 койко-дней в группах 1, 2 и 3, соответственно (p=0,4).

Заключение. В настоящее время, проводимое исследование не выявило статистически достоверных различий в частоте и структуре послеоперационных осложнений, в зависимости от способа формирования илео-илеоанастомоза. Требуется дальнейший набор материала.

859. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Асраров А.А., Холматов Ш.Т.

Ташкент

Ташкентская Медицинская Академия

Цель исследования: определить роль и место малоинвазивных методов в хирургическом лечении доброкачественных опухолей надпочечников. **Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 240 больных с опухолями надпочечников, получавших лечение во 2-клинике ТМА с 2000 по 2016 годы. Размеры новообразований колебались от 5 мм до 14 см. В большинстве случаев опухоли были гормонально активными. В 31 случае была диагностирована инциденталомы. Учитывая размер (более 3 см), наличие субклинических проявлений, все случаи инциденталом подвергнуты хирургическому лечению. Пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 80 больных, перенесших традиционную адреналэктомию (ТАЭ) тораколумботомическим доступом за период с 2000 года по сегодняшний период. Вторую группу составили 52 больных.



Им выполнена рентгенэндоваскулярная эмболизация (РЭЭ) центральной вены надпочечника. В этой группе размеры опухоли были до 2 см, за тот же период, указанный выше. В третью группу вошли 108 пациентов, перенесших видеолaparоскопическую адреналэктомию (ВЭАЭ), выполненных боковым и прямым трансабдоминальным, а также ретроперитонеальным доступами (РД), за период с 2009 года по настоящий период. Группы по возрасту, полу, уровню и длительности артериальной гипертензии, сопутствующей патологии, локализации, морфологической форме опухоли были сопоставимы. Топическая диагностика новообразований надпочечников осуществлялась с использованием лабораторных данных, МСКТ и УЗИ. Результаты исследования. ТАЭ выполнялась, как правило, при опухолях размерами более 2 см. При меньших размерах опухоли выполняли РЭЭ. При ТАЭ интраоперационная кровопотеря составила в среднем $430 \pm 55,3$ мл. Интраоперационных осложнений не было. После выполнении ТАЭ осложнения развились в 19 (23,75%) случаях. Летальный исход развился в 1 (1,25%) случае на 36 сутки из-за полиорганной недостаточности. Среднее пребывание пациентов после ТАЭ составило $22,4 \pm 3,8$ койко-дня, трудоспособность восстановилась в среднем на $65,4 \pm 5,2$ день. При выполнении ВЭАЭ размеры образований варьировали от 1 см до 10 см. Трансабдоминальный доступ использовался в случаях необходимости симультанной лапароскопической операции, а также при опухолях размерами более 5 см. При размерах опухоли до 5 см предпочтение отдавали РД. Средняя длительность операций при правосторонней адреналэктомии посредством трансабдоминального доступа составила 82 ± 17 минут, а при левосторонней - 91 ± 15 минут. Средняя кровопотеря во время операции была 75 ± 15 мл. При ретроперитонеоскопической адреналэктомии средняя длительность операции справа составила 75 ± 16 мин, а при левосторонней - 72 ± 12 мин. Средняя кровопотеря во время операции была 55 ± 10 мл. При опухолях размерами от 8 до 10 см лапароскопическая адреналэктомия дополнялась "hand-assist". Летальных исходов после ВЭАЭ не было. Осложнения развились в 3 (2,7%) случаях: 2 интраоперационных и 1 в послеоперационном периоде. Среднее пребывание пациентов после ВЭАЭ составило $3,3 \pm 0,3$ койко-дня, сроки восстановления трудоспособности – в среднем на $15,4 \pm 2,2$ день. РЭЭ использована нами при опухолях надпочечника до 2 см. Она выполнялась под местной анестезией. При этом деструкции надпочечника и исчезновения клинической симптоматики удалось добиться, как правило, в случаях, когда размеры опухоли не превышали 1 см. При больших размерах эффекта от РЭЭ не было. После РЭЭ в 1 (2%) случае развилась гематома в области

пункции. Среднее пребывание пациентов после РЭЭ составило $2,1 \pm 1,1$ койко-дня. Таким образом, использование малоинвазивных вмешательств при опухолях надпочечника позволяют снизить частоту развития осложнений, уменьшить кровопотерю и выраженность болевого синдрома после операции, способствует сокращению сроков пребывания больных в стационаре и ускоряет их реабилитацию, а также позволяет добиться хорошего косметического эффекта. При этом применение РЭЭ эффективно лишь при размерах опухоли до 1 см. При размерах опухоли от 1 до 10 см эффективным считаем ВЭАЭ. При этом при размерах опухоли до 5 см предпочтительнее использовать РД. При размерах опухоли от 5 до 10 см эффективна адреналэктомия посредством трансабдоминального доступа. При размерах опухоли надпочечника больше 10 см считаем целесообразным традиционную адреналэктомию.

860. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Каримов Ш.И., Асраров А.А., Файзуллаев Е.Р., Зайлобиддинов О.Г., Имамов А.А., Урунов О.С.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Особую проблему при ведении больных с тупой травмой грудной клетки (ТТГК) представляют поражения сердца. Выделяют следующие виды поражений сердца: ушиб сердца, травматический инфаркт миокарда и посттравматическую миокардиодистрофию. Клинические проявления поражения сердца при тупой травме грудной клетки зависят от характера травмы.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 89 больных с ТТГК с поражениями сердца, которые находились на лечении во 2 клинике ТМА с 2006 по 2015 годы. В протокол обследования больных входили общий осмотр, электрокардиография и эхокардиоскопия по необходимости.

Результаты. Ушиб сердца был диагностирован у 50 (56,1%) больных, травматический инфаркт миокарда – у 29 (32,5%), а посттравматическая миокардиодистрофия – у 10 (11,4%). Всем пациентам с поражениями сердца проводилось купирование болевого синдрома с помощью нейролептанальгезии: фентанил - 1-2 мл 0,005% раствора с 1-2 мл 0,25 раствора дроперидола, разведенными в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия, вну-



тривенно медленно. В 80 % случаев ввиду отсутствия нарушения внешнего дыхания применялась закиси азота с кислородом в соотношении от 4:1 до 1:1. Единичные экстрасистолы были выявлены у 20 (22,5%) больных, при этом специального лечения не проводилось. При частых или групповых предсердных или желудочковых экстрасистолах у 18 (20,2%) пациентов для предупреждения мерцательной тахиритмии, пароксизмальной тахикардии было необходимо медикаментозное лечение. При предсердной экстрасистолии у 11 (12,4%) больных вводился изоптин по 40 мг 2-3 раза в день или тразикор по 20 мг 3-4 раза в день. Одновременно назначался панангин, учитывая возможную гипокалиемию; а также вводился хлорида калия внутривенно. Для устранения ацидоза проводилось внутривенное капельное введение 150-250 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия. У 5 (5,6%) пациентов при мерцании или трепетании предсердий, а также при наджелудочковой тахикардии у 2 (2,2%) больных внутривенно вводились бета-блокаторы. Появление пароксизмальной желудочковой тахикардии требовало немедленного внутривенного введения 10-15 мл 10% раствора новокаинамида или 250 мг мекситала, что было сделано у 8 (8,9%) пациентов. Из них у 3 развилась гипотония, в связи с чем новокаинамид вводился с 0,30,5 мл 1% раствора мезатона. У 2 больных из них ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии и появления признаков острой левожелудочковой недостаточности, а также при развитии фибрилляции желудочков проводилась срочное электроимпульсная терапия. Для предупреждения повторных нарушений ритма применялся лидокаин. Неполная атриовентрикулярная блокада I степени была выявлена у 11 (12,4%) пациентов и лечения не требовало. Неполной атриовентрикулярной блокады II степени выявлена у 9 (10,1%) больных, которым проводилось внутривенное введение 0,1% раствора атропина по 0,5-1 мл через каждые 4-6 ч, а также внутривенно капельно изопреналин по 1-2 мг в 500 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 1020 капель в 1 мин. У 2 (2,2%) больных развилась полная поперечная блокада с ухудшением гемодинамики, им проводилась электрокардиостимуляция. При острой левожелудочковой недостаточности применялись сердечные гликозиды и мочегонные средства. Летальный исход наступил у 2 больных с посттравматическим инфарктом миокарда, что составило 2,2%. Таким образом, пациенты с выявленными поражениями сердца при тупой травме грудной клетки требуют комплексного подхода к лечению, включающего медикаментозное лечение, а также применение электрокардиостимуляции по показаниям.

861. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хамидова Ю.В.,
Рахманов С.У., Хасанов В.Р.*

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Легочным кровотечением (ЛК) считается поступление крови из трахеобронхиального дерева. Наиболее частыми причинами ЛК являются бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит и опухоли легкого, при этом источником обычно являются бронхиальные артерии. В связи с всемирным увеличением количества больных с туберкулезом легких, частота обращения данного контингента больных с ЛК также увеличилась. К редким причинам относятся травмы легкого, артериальная гипертензия, эхинококк легкого и т.д. Материалы и методы: Нами проанализирован опыт обследования и лечения 198 больных с заболеваниями легких, осложненными ЛК за период с 2000 по 2016 годы. При этом был проведен сравнительный анализ результатов, полученных в результате проведения стандартного протокола в виде общего осмотра, общеклинических лабораторных и инструментальных методов диагностики, рентгеноскопии, фибробронхоскопии, МСКТ и выводов МСКТА, а также применения арсенала хирургических методов лечения. Результаты: Средний возраст составил $42,5 \pm 2,6$ лет. Мужчин было 119, женщин – 79. В 69 случаях ЛК было массивным (более 240 мл крови в сутки). Наиболее частыми причинами ЛК были бронхоэктатическая болезнь легких, туберкулез легких и опухоли легких, редкими причинами ЛК были болезни крови, хронический обструктивный бронхит при наличии артериальной гипертензии. В случае подозрения ЛК первичным методом исследования является полипозиционная рентгеноскопия, в 76% случаев позволяющая установить основное заболевание, приведшее к кровотечению. В случае технической оснащенности клиники всем больным необходимо производить МСКТ органов грудной клетки. МСКТА и стандартный протокол были практически одинаково эффективны в определении латерализации (чувствительность 93,1% и 87,4% соответственно, $p = 0,23$) и локализации (85% и 82,7% соответственно, $p = 0,82$) источника кровотечения. МСКТА была значительно более информативной и точной в определении непосредственной причины ЛК (70%), кроме того в 92% случаев МСКТА позволила выявить, что непосредственным источником кровотечения является система бронхиальных ар-



терий. Гибкая бронхоскопия производилась у всех больных с подозрением ЛК. В 57% случаев она позволяла выявить источник кровотечения. Ригидная бронхоскопия произведена 29 (14,6%) гемодинамически нестабильным больным с массивными и угрожающими жизни ЛК, при этом проводилась бронхообтурация с целью стабилизации состояния больного. Ургентная эндоваскулярная эмболизация бронхиальных артерий (ЭЭБА) была проведена 120 (60,6%) больным, при этом основным критерием было отсутствие гемодинамических нарушений и наличие прямых признаков ЛК, а также рецидивное ЛК (30 (15,2%) случаев). У 8 больных ЭЭБА была произведена по поводу артериовенозных мальформаций. Неотложные оперативные вмешательства на фоне временной остановки кровотечения бронхообтурацией выполнены у 15 (7,6%) больных: в 8 наблюдениях пульмонэктомия, в 3- билобэктомия и в 4- лобэктомия. Плановые радикальные оперативные вмешательства выполнены в 58 (29,3%) случаях: в 2 наблюдениях выполнена билобэктомия, в остальных - лобэктомия или сегментэктомия. После операций, выполненных в неотложном порядке, осложнения отмечены у 10 (66,7%) больных. После операций выполненных в плановом порядке осложнения отмечены лишь у 2 (3,4%) больных, летальных исходов не было. Выводы. Наиболее информативным и безопасным методом диагностики ЛК является МСКТА. Гибкая бронхоскопия должна выполняться всем больным с подозрением ЛК с диагностической и санационной целью. При наличии угрожающего жизни ЛК необходимо выполнить ригидную бронхоскопию с бронхообтурацией. ЭЭБА является надежным и малоинвазивным методом остановки ЛК в 80% случаев. Ургентные оперативные вмешательства при ЛК нежелательны, так как ассоциированы с высокими показателями летальности

862. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛИКВИДАЦИИ ДИАСТАЗ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

*Хакимов М.Ш., Самтаров О.Т., Холматов Ш.Т.,
Имамов А.А., Урунов О.С.*

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Внедрение новых технологий в хирургию позволило выполнять разные малоинвазивные хирургические вмешательства в абдоминальной хирургии с минимальной травматизацией тканей передней брюшной стенки. В этой связи, для дальнейше-

го совершенствования существующих способов, было бы целесообразным изучать возможности ликвидации диастаз прямых мышц живота мининвазивным методом. Цель исследования: оценить возможность выполнения лапароскопической ликвидации диастаз прямых мышц живота и улучшить результаты лечения данной категории пациентов. Материалы и методы. Во 2-клинике ТМА за период с 2015 по 2016 годы выполнено 21 лапароскопических операций при диастазе прямых мышц живота II-III степени. Больных с II степенью диастаз было 9 (42,8%), с III – 12 (57,2%). Возраст пациентов колебался от 36 до 62 лет. 58% больных были старше 50 лет. Мужчин было 7, женщин – 14 пациентов. У 7 больных имелась сочетанная патология, требующая выполнения симультанных операций: в 4 – желчнокаменная болезнь, в 3 – паховая грыжа. Учитывая значительный риск развития послеоперационных осложнений при открытой пластике у пациентов с высоким анестезиологическим риском, её выполнение было ограничено. Именно в таких клинических случаях целесообразно осуществление ликвидации диастаз прямых мышц живота лапароскопическим путем. Так, пациентов с ИБС было 2 (9,5%), ожирением 2-3 степени – 2 (9,5%), сахарным диабетом – 1 (4,7%), хронической патологией дыхательной системы – 1 (4,7%). В 4 (19%) наблюдениях симультанно выполнена лапароскопическая холецистэктомия, в 3 (14,2%) – лапароскопическая герниопластика. При сочетанной патологии брюшной полости ликвидация диастаз произведена вторым этапом, т.е. после выполнения холецистэктомии и лапароскопической герниопластики. Результаты: Лапароскопическая ликвидация диастаз производилась под общей анестезией. При лапароскопии определяли границы диастаз прямых мышц живота. Операцию выполняли с помощью разработанной нами эндоскопической «иглы-крючка». По правому (или левому) медиальному краю прямых мышц, под контролем лапароскопа, через насечки длиной до 2 мм вводили инструмент «эндоскопическую иглу – крючок» в брюшную полость и доставляли нить, которую фиксировали в брюшной полости эндоскопическим зажимом, введенным через рабочий прокол. Эндоскопическую иглу-крючок выводили из брюшной полости. Через имеющуюся насечку на коже под углом ориентировочно 40-60 градусов эндоскопическую иглу-крючок вводили в толщу передней брюшной стенки по направлению к левому (или правому) медиальному краю прямых мышц и входили в брюшную полость. Нить фиксировали в эндоскопической игле-крючке и выводили наружу. Производили экстракорпоральное завязывание узла на натяжение. Завязанная часть нитки оставляли внутри кожи, т.е. на месте раны в образованном подкожном туннеле. Средняя



продолжительность операции составила $52,5 \pm 5,3$ мин. При симультанной операции этот показатель составил $73,5 \pm 13,7$ мин. Интраоперационных осложнений не было. Пациенты активизировались уже к следующим суткам после операции. Легкий дискомфорт в зоне операционного действия отмечен у 5 (23,8%) больных, который прошел через 3-4 суток после операции. У 1 (4,7%) пациента отмечено развитие серомы. Прочих осложнений не отмечалось. Больные жалоб не предъявляли, физические нагрузки не вызывали дискомфорта, деформации в области передней брюшной стенки не было, края прямых мышц живота плотно прилегали друг к другу. Наши клинические результаты показывают, что больным с II и III степенями диастаз целесообразно хирургическое лечение. При этом мы считаем, что лапароскопическая ликвидация является операцией выбора, которая позволяет сохранить морфофункциональное состояние мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки. Таким образом, наш клинический опыт лапароскопической ликвидации диастаз прямых мышц живота показал, что она является высокоэффективным малотравматичным методом лечения и имеет ряд медико-социальных преимуществ: косметический эффект; максимальный комфорт для пациента в послеоперационном периоде; отсутствие хронической боли, возникающей после традиционной ликвидации диастаз; малая вероятность развития спаечного процесса в брюшной полости; возможность выполнения симультанной лапароскопической операции при сочетанной патологии, когда возможно выполнение оперативного вмешательства эндоскопическим путем.

863. МОДЕЛИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т., Урунов О.С.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Цель: в зависимости от конституциональных особенностей определить целесообразность выполнения эндовизуальной герниопластики путем дооперационного расчета оптимальных параметров введения инструментов на основе разработанной компьютерной программы. Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 286 пациентов с паховыми грыжами, находившихся на стационарном лечении во 2-кли-

нике ТМА за период с 2012 по 2016 годы. Возраст больных варьировал от 18 до 76 лет (в среднем $56 \pm 4,3$ лет). Женщин было 73, мужчин – 213. Правосторонняя грыжа была у 132 пациентов, левосторонняя – у 111, двухсторонняя – у 43. Из них у 34 (11,8%) больных была рецидивная грыжа. Пациенты были условно разделены на 2 группы: контрольная группа, куда вошли 148 (52%) больных, которым операция выполнена через стандартные точки введения инструментов и основная группа, 138 (48%) пациентов, у которых расстановка и углы введения инструментов предприняты по разработанной нами программе. Более 60% больных были конституционально нормостениками. В контрольной группе 56 (38%) пациентов и в основной группе 47 (34%) больных были с избыточным весом (ИМТ более 30 кг/см^2). Точки введения инструментов для лапароскопической герниопластики определены на основе разработанными нами программы – «Программа расчета «Hernioplasty.exe» параметров введения инструмента при лапароскопическом грыжесечении» (удостоверение от Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан DGU № 04043 от 04.10.2016 г). Результаты и обсуждения. В контрольной группе длительность операции у пациентов с ИМТ ниже 30 кг/см^2 при TAPP была в среднем $81,3 \pm 3,1$ минут при односторонней и $132,2 \pm 2,1$ минут при двухсторонней грыже, соответственно у больных с ИМТ больше 30 кг/см^2 в среднем $103 \pm 4,2$ минут при односторонней и $152,2 \pm 3,2$ минут при двухсторонней грыже. Из-за неудобности выполнения манипуляции и плохой визуализации паховой области по установленным троакарам в стандартных точках в 19 случаях у больных с ИМТ больше 30 кг/см^2 пришлось интраоперационно переустанавливать троакары на передней брюшной стенке. В трех наблюдениях рабочие части инструментов не соответствовали их рабочим местам по отношению друг к другу, что способствовало техническим трудностям выполнения операции и удлинению ее продолжительности. По методике TEP были предприняты попытки ее выполнения у 96 пациентов. При этом, из-за неправильной ориентации паховой области по отношению к введенному инструменту у 9 (6,5%) больных отмечались технические трудности выделения и вправления грыжевого мешка. В 11 (8%) случаях из-за неправильного выбранного угла введения троакара с оптикой, во время инсуфляции газ проник в брюшную полость. В 3 (2%) наблюдениях во время выделения был поврежден париетальный листок брюшины и пришлось продолжать операцию по методике TAPP. Учитывая технические трудности операций и высокую частоту интраоперационных осложнений у пациентов с морбидным ожирением, нами была разработана компьютерная программа, ко-



торая была использована в основной клинической группе. Разработанная нами компьютерная программа работает на основе математических расчетов и формул, которая позволяет определить дистанцию расположения инструмента от мышечного слоя, глубину и угол введения инструмента. В основной группе 44 (32%) больным была проведена лапароскопическая герниопластика по методике TAPP. Длительность операции была в среднем $74,5 \pm 4,3$ минут при односторонней и $124,3 \pm 4,1$ минут при двухсторонней грыже. При этом, у пациентов с ИМТ более 30 кг/см^2 продолжительность операции не увеличивалась. По методике TEP предприняты попытки ее выполнения у 94 (68%) больных. При этом, пациенты с ИМТ более 30 кг/см^2 составили 23%. Средняя длительность операции составила $62,5 \pm 4,3$ минут при односторонней и $98,3 \pm 4,1$ минут при двухсторонней грыже. Сокращение среднего времени выполнения TEP связано с точным ориентиром зоны операции и правильного выбора параметров введения инструментов. Интраоперационных осложнений не было. Таким образом, эффективность разработанной нами программы при лапароскопическом грыжесении определяются тем, что точное введение эндоскопических инструментов позволяет хирургу адекватно ориентироваться в паховой области и укорачивает длительность операции. У больных с морбидным и суперморбидным ожирением использование данной программы дает возможность легко манипулировать инструментом, не требуя их перестановки.

864. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТСРОЧЕННОГО ЭЗОФАГО-ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА И КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Разумовский А.Ю., Гебекова С.А.

Москва

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Детская Городская Клиническая Больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Актуальность: Атрезия пищевода (АП) – врожденная аномалия, при которой оральный конец пищевода заканчивается слепо с наличием или с отсутствием трахеопищеводного свища (ТПС). Частота встречаемости 1:2500-4500 новорожденных. Для данного порока операцией выбора является выполнение первичного анастомоза пищевода. Однако, по мнению многих авторов, большой ди-

астаз между сегментами пищевода, сопутствующие аномалии и масса тела менее 1500 г являются препятствиями к выполнению первичного анастомоза. Эти больные требуют нестандартного подхода к лечению. В подобных случаях возможными методами коррекции данного порока являются наложение отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза или замена пищевода толстой кишкой либо желудком. Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов лечения детей с АП после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики. Материалы и методы: На базе ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы с 2007 по 2017 гг. прооперировано 187 детей с АП. Первичный анастомоз пищевода выполнен у 152 (81,3%) детей с ТПС. 3 (1,6%) детям с изолированным ТПС выполнена ее перевязка. У 5 (2,7%) новорожденных с бессвищевой формой АП выведена эзофаго- и гастростома для последующей колоэзофагопластики. Остальным 27 (14,4%) детям наложена гастростома для выполнения отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза. Из них у 7 (25,9%) новорожденных с гастростомией констатирован летальный исход в первые 12 дней с момента поступления. 20 выжившим детям с гастростомой в последствии выполнен отсроченный эзофаго-эзофагоанастомоз. Также в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы поступило еще 48 детей с АП из других клиник после выведения эзофаго- и гастростомы для выполнения колоэзофагопластики. 53 детям в последствии выполнена колоэзофагопластика.

Результаты: Проведена сравнительная оценка результатов лечения детей с АП после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики.

Выводы: После отсроченного эзофагоэзофагоанастомоза уровень послеоперационных осложнений выше, чем в группе детей после колоэзофагопластики. Анализ отдаленных результатов после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза показывает, что в 66,7% случаях дети не приспособлены к нормальному питанию, и только в 33,3% наблюдений пищевое поведение соответствует возрасту. Пока наши наблюдения не могут свидетельствовать, что выполнение отсроченного анастомоза пищевода является хорошей альтернативой для детей с атрезией пищевода.



865. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ТАЗА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ ВНУТРИТАЗОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Ершова Н.Б.(1,2), Ганин В.Н. (1),
Разумейко А.В.(1), Мамонов С.Д. (1)*

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ Елизаветинская больница (1) Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет (2)

Введение. Повреждения костей таза относят к одному из самых тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата, характеризуются высокой летальностью (60 – 74 % летальных исходов наступает вследствие внутритазового кровотечения) и инвалидизацией. В структуре сочетанных травм повреждения таза встречаются от 18 до 38% случаев. В настоящее время отмечается стойкая тенденция к увеличению повреждений костей таза. Основные причины: ДТП, кататравма, падение возрастных пациентов с высоты своего роста. Материалы и методы. Проведено исследования 1428 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой с повреждением тазового кольца. Нестабильная травма таза с нестабильной гемодинамикой (артериальное давление менее 90 мм.рт.ст) выявлена у 521 пострадавших (36,48%). Все пострадавшие с нестабильной травмой таза, сопровождающейся внутритазовым кровотечением, были разделены на 3 группы в зависимости от тактики оказания помощи. В первую группу (ретроспективный анализ данных историй болезни пострадавших до внедрения в стандарты оказания помощи фиксации костей таза аппаратами внешней фиксации) вошли 196 пострадавших; 2 группа - пострадавшие, в лечении которых использовались аппараты внешней фиксации - 167; 3 группа - пострадавшие, при лечении которых применялись различные методы остановки внутритазового кровотечения (аппарат внешней фиксации, тампонада таза, эмболизация сосудов таза) - 158. Результаты. При анализе данных исследуемых групп выявлено, что группы по полу, возрасту, тяжести травмы и тяжести состояния по показателям шкал ВПХП и ВПХСП, лабораторным данным (уровень исходного гемоглобина), не различались, что позволило корректно сравнивать результаты исследования (при $p > 0,05$). Возраст пострадавших от 18 до 87 лет. Мужчин 255 (48,9%), женщин 266 (51,1%). При анализе общей летальности установлена тесная корреляционная связь между летальностью и тяжестью травмы таза.

866. ПИГМЕНТНЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ В ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

*Кучеренко А.Д., Кузнецов И.М., Волков А.П.,
Фёдоров К.С.*

Санкт-Петербург

ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

В хирургических отделениях поликлиник до 92-95% всех оперативных вмешательств проводятся по поводу различных новообразований кожи. Однако точно оценить количество таких пациентов не представляется возможным вследствие того, что определённая их часть попадает на лечение в косметологические кабинеты и частные клиники. В ряде случаев такие пациенты попадают на лечение в хирургические стационары. Данные о результатах их лечения носят фрагментарный характер. Наиболее опасной опухолью из этой группы новообразований является первичная меланома кожи (ПМК). На её долю приходится 3-5% всех злокачественных новообразований кожи у человека, однако среди причин смерти пациентов с опухолями этой локализации она составляет до 80%. Наиболее часто меланома развивается из пигментных невусов. Риск развития ПМК в последние десятилетия повышен не только вследствие воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, но и вследствие роста числа граждан, посещающих регионы с избыточной инсоляцией по личным мотивам или вследствие служебной необходимости. В 2005-2016 гг. в клинике проведено оперативное лечение 195 больных с новообразованиями кожи, в том числе у 79 (40,51%) – с пигментными опухолями. У 14 (7,18%) пациентов этой группы выявлены различные виды меланомы. У 9 больных опухоль выявлена при профилактических осмотрах в фазе горизонтального роста, их оперативное лечение проведено в плановом порядке. Диагноз меланомы подтверждён по результатам гистологического исследования операционного препарата. 5 пациентов поступили в клинику с опухолью в фазе вертикального роста; при поступлении клинический диагноз меланомы сомнений не вызывал. Поводом для обращения за медицинской помощью у этих больных послужили кровотечения из опухоли. Ещё одну группу составили 3 пациента с ПМК, оперативное вмешательство у которых не проводили. Причиной отказа от операции и перевода в специализированные учреждения для проведения системной терапии послужила распространённость опухолевого про-



цесса. После оперативного лечения пациенты находятся под динамическим наблюдением. После оперативных вмешательств, выполненных в плановом порядке, признаков рецидива или прогрессирования заболевания у пациентов не выявлено. Из 5 больных, подвергнутых оперативному лечению по поводу кровотечений из ПМК в фазе вертикального роста, у 3 отмечен локорегионарный характер прогрессирования заболевания в сроки от 2 месяцев до 3 лет после вмешательства; 2 из них умерли от прогрессирования заболевания (множественные метастазы в кожу, внутренние органы и кости). Больные с пигментными опухолями кожи составляют заметную часть пациентов с новообразованиями этой локализации. Несвоевременное и нерациональное оперативное вмешательство у таких больных негативно влияет на результаты лечения. Благоприятные результаты лечения пациентов с меланомоопасными невусами подтверждают необходимость профилактического удаления пигментных образований. Своевременное выявление и удаление пигментных невусов при наличии факторов риска их малигнизации (частые травмы новообразований элементами одежды или обмундирования, воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды) позволят добиться снижения смертности от первичной меланомы кожи и обеспечат удовлетворительное качество жизни пациентов.

867. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ РАН

*Раджабов А.А., Дербенев В.А., Гозиев Г.А.,
Гаджиев А.И., Морозенков И.А.*

Москва

ФГБУ "ГНЦ лазерной медицины ФМБА России"

Одним из составляющих элементов комплексной терапии больных с гнойными ранами является местная антибактериальная терапия. Однако возрастает количество возбудителей инфекций, устойчивых к большинству антибактериальных препаратов, что требует развития новых методов борьбы с раневой микрофлорой. Перспективным способом в этом направлении может оказаться лазерная фотодинамическая терапия, обладающая поливалентным положительным действием на течение раневого процесса. Бактерицидный эффект фотодинамической терапии гнойных ран мягких тканей носит локальный характер, и у микрофлоры не развивается устойчивости к ФДТ. Нами проведен анализ результатов комплексного обследования

и лечения 188 пациентов с гнойными ранами мягких тканей. В зависимости от метода лечения все пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 87 пациентов, получавших традиционную терапию. Основную группу составили 101 пациент, которым наряду с традиционным лечением проводилась фотодинамическая терапия. Пациентам основной группы на раневую поверхность наносили гель 0,5% – фотодитазина, в комплексе с водорастворимым амфифильным полимером. Рану укрывали стерильной полиэтиленовой повязкой на 40-50 минут. Затем с поверхности раны смывали остатки фотосенсибилизатора и раневую поверхность засвечивали лазерным излучением с длиной волны $661 \pm 0,03$ нм, плотностью мощности $1,0$ Вт/см², плотностью энергии $25-30$ Дж/см². Все больные сеанс фотодинамической терапии переносили хорошо, неприятных ощущений или осложнений не отмечали. После сеанса накладывали повязки с 0,02% раствора хлоргексидина или 1% водного раствора иодопирона. Общее количество сеансов ФДТ зависело от динамики раневого процесса. Клинические исследования показали, что динамика раневого процесса у пациентов опытной и контрольной групп была различной. При традиционном лечении сроки очищения ран от гнойно-некротических масс и появления грануляционной ткани составили $7,4 \pm 0,5$ суток и $7,2 \pm 0,5$ суток, соответственно. Появление краевой эпителизации выявляли на $8,1 \pm 0,5$ сутки после первичной хирургической обработки раны. Дополнение традиционного лечения лазерной ФДТ привело к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений. Субфебрильная температура тела сохранялась 1 - 2 дня. Гиперемия, отек и инфильтрация окружающей рану ткани уменьшились на 2 - 3 сутки и 5 - 6 сутки, соответственно. Использование данного метода позволило сократить сроки очищения ран от некротических масс и привело к скорейшему появлению грануляционной ткани. В среднем, очищение ран от гнойно-некротических масс и фибрина произошло на $4,2 \pm 0,4$ сутки.



868. ПРЕВЕНТИВНЫЕ СТОМЫ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЁННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Шишкина Г.А., Топузов Э.Г., Петряшев А.В.

Санкт-Петербург

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных колоректальным раком.

Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов лечения 104 больных раком прямой кишки, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии им В.А. Оппея СЗГМУ им. И.И. Мечникова за период с 2004 по 2015гг. Актуальность. Наиболее частым осложнением колоректального рака является острая кишечная непроходимость (ОКН). По данным разных авторов частота ОКН составляет 60-70% от общего числа осложнений колоректального рака. Основным методом лечения ОКН является хирургическое лечение. В зависимости от распространённости опухолевого процесса, состояния пациента, уровня подготовленности оперирующего хирурга пациентам выполняют либо паллиативные и симптоматические операции (формирование колостомы или обходного анастомоза), либо радикальные операции (резекции кишки). Формирование первичного анастомоза на фоне острой кишечной непроходимости осложнено в связи с высоким риском его несостоятельности. При этом вопрос о первичном восстановлении непрерывности толстой кишки актуален вследствие снижения качества жизни пациентов. В связи с этим при умеренно раздутых петлях толстой кишки ряд хирургов идут на риск и формируют анастомоз. Результаты. Из 104 пациентов, которым были выполнены резекции толстой кишки по поводу рака прямой кишки с первичным формированием анастомоза в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппея с 2004 по 2015гг. 8 больным (7,7%) были выполнены операции в связи с развившейся декомпенсацией кишечной проходимости- острой кишечной непроходимостью. Необходимо отметить, что формирование первичного анастомоза проводилось только при умеренно раздутых петлях кишки (до 6см в диаметре) и отсутствии видимых трофических изменений стенки кишки. В остальных случаях резекцию завершали формированием терминальной колостомы. С целью снижения риска несостоятельности сформированного анастомоза в нашей клинике используется разработанная методика декомпрессии толстой кишки (с использованием

«пластикового рукава» и отмыванием просвета толстой кишки через толстый зонд). При этом у 6 больных резекции прямой кишки были дополнены формированием превентивной стомы. 2 пациентам были выполнены резекции прямой кишки без формирования превентивной стомы. В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 3 больных (21,4%). У 1 пациента со сформированной при резекции кишки превентивной стомой и у 2 больных без превентивной стомы. При этом у пациента со сформированной превентивной стомой осложнением являлось развитие в послеоперационном периоде острой спаечной кишечной непроходимости. Таким образом несостоятельности швов анастомоза у пациентов со сформированными превентивными стомами при резекции кишки выявлено не было. У пациентов без превентивно сформированных стом осложнений явились нагноение послеоперационной раны у одного больного и развитие несостоятельности швов сформированного анастомоза также у одного больного. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между пациентами со сформированными стомами и без них ($p=0,25$), полученные результаты показали возможность дальнейшего использования методики с последующей оценкой её эффективности с включением в исследование большего числа пациентов.

Выводы. Полученные данные позволяют рекомендовать в случае умеренного расширения петель толстой кишки (до 6см.) и отсутствия трофических изменений в стенке кишки при острой кишечной непроходимости вследствие рака формировать первичный анастомоз после тщательной декомпрессии и промывания просвета кишки растворами антисептика через толстый зонд, дополняя резекцию кишки формированием превентивной стомы проксимальнее сформированного анастомоза.

869. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДАНБАРА

Иванов Ю.В., Чупин А.В., Орехов П.Ю., Терехин А.А.

Москва

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Одной из наиболее частых причин развития хронической артериальной недостаточности верхних отделов желудочно-кишечного тракта является компрессионный стеноз или экстравазальная ком-



прессия чревного ствола (синдром Данбара) срединной дугообразной диафрагмальной связкой, ножкой диафрагмы, либо нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Основным методом лечения синдрома Данбара остается хирургический. Явное несоответствие между сложностью и травматичностью лапаротомного операционного доступа и относительно небольшим объемом основного этапа, то есть простым рассечением тканей в большинстве случаев, побудило нас к использованию лапароскопического доступа. В качестве примера успешной лапароскопической декомпрессии чревного ствола при синдроме Данбара приводим собственное наблюдение. Больной Л., 36 лет, поступил в ФГБУ ФНКЦ ФМБА России с жалобами на боли в эпигастральной области ноющего характера, похудание на 8 кг за последний год. Пациент отмечал четкую взаимосвязь между объемом принимаемой пищи, временем возникновения и выраженностью болевого синдрома. Анамнез заболевания составил 8 лет. Назначаемое симптоматическое консервативное лечение (анальгетические, спазмолитические и др. препараты) имело только временный положительный эффект. Алгоритм инструментальной диагностики, помимо исследования органов желудочно-кишечного тракта, включал в себя последовательное выполнение ультразвукового исследования с дуплексным сканированием чревного ствола (УЗИ + ДС), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с 3D реконструкцией, многопроекционную ангиографию с дыхательной пробой. Основанием для постановки диагноза синдрома Данбара явилось наличие классической триады в виде абдоминальных болей после приема пищи, систолического шума в эпигастрии при аускультации, усиливающегося на выдохе и подтвержденная методиками сосудистой визуализации компрессия (> 60%) чревного ствола срединной дугообразной связкой. Пациенту под ЭТН выполнена лапароскопическая декомпрессии чревного ствола, путем рассечения срединной дугообразной диафрагмальной связки. Основные этапы операции выполняли с помощью 5 мм лапароскопического инструмента к ультразвуковому скальпелю. Показанием к окончанию лапароскопического этапа декомпрессии чревного ствола явилась визуализация передней стенки аорты и отходящего от нее чревного ствола без четких внешних признаков его стеноза. Интраоперационных осложнений, в том числе и кровопотери, не было, длительность операции составила 60 минут, дренирования брюшной полости не выполнялось. Явный клинический эффект от операции был замечен уже на 2 сутки и проявлялся отсутствием болевого синдрома после приема пищи. Контрольные инструментальные исследования (УЗИ + ДС чревного ствола, МСКТ с 3D рекон-

струкцией) показали снижения степени стеноза с 60% до 40%, а также снижение с 400 до 200 см/сек линейной скорости кровотока по чревному стволу. Преимуществом лапароскопического способа является очень низкая травматичность, короткие сроки пребывания в стационаре, минимум болевых ощущений и быстрое восстановление после операции, отличный косметический эффект, а также низкий риск возникновения спаечной болезни. Заключение. Неспецифичность жалоб длительное время заставляют в первую очередь искать патологию желудочно-кишечного тракта. Широкое внедрение в клиническую практику методов УЗИ + ДС и МСКТ привело к увеличению случаев выявления компрессии чревного ствола. Операцией выбора при синдроме Данбара на сегодняшний день является лапароскопическая декомпрессия чревного ствола. Однако, анатомическая сложность зоны и тесная взаимосвязь с аортой и крупными артериями требует от хирурга хороших навыков владения лапароскопией.

870. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРОТКИХ СЕГМЕНТАРНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Хорев Н.Г.1,2, Беллер А.В.2, Конькова В.О.1, Нагуманов Р.М.1, Шойхет Я.Н.1

Барнаул

1. ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул, Россия
2. НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Цель. Обосновать возможность восстановления кровотока по поверхностной бедренной артерии (ПБА) путем использования предлагаемого хирургического способа в виде боковой ангиопластики и представить ближайшие клинические результаты этой хирургической процедуры.

Материал и методы. В данное ретроспективное, наблюдательное исследование (2004-2015 гг.) включены 142 больных, которые были разделены на 2 группы. Основные критерии включения в исследование: больные с типами поражения ПБА В,С, D согласно TASC-II, степенями артериальной ишемии IIB, III, IV по Фонтейн-Покровскому. Операция боковой ангиопластики заключалась в проведении открытой эндартерэктомии из ПБА в месте установленного гемодинамически значимого стеноза или окклюзии. Оценка ближайшей клинической эффективности примененного способа



реконструкции ПБА поведена в сроки до 30 суток с инструментальным подтверждением проходимости и учетом возникновения послеоперационных осложнений (тромбоз, кровотечение, большая ампутация). Статистический анализ проводился с использованием параметрического критерия Стьюдента. Разницу частот встречаемости признака в группах оценивали с помощью Хи-квадрата. Данные представлены в виде $X \pm SE$. Пациенты разделены на группы в зависимости от метода хирургического лечения. В I группу (основная, $n=51$) включены больные с проведенным оперативным вмешательством в виде боковой ангиопластики, а во II группу (контрольная, $n=91$) – пациенты с бедренно-подколенным аутовенозным шунтированием исключительно аутовеной выше колена. Результаты. В исследуемых группах наибольший удельный вес составили больные мужского пола, их количественное выражение – 82,6% в I группе и 94,5% во II группе ($p>0,05$). Средний возраст больных в I группе – $60,4 \pm 2,69$ лет, во II группе – $62,0 \pm 1,64$ лет ($p>0,05$). Средняя длительность основного заболевания в I группе составила $3,17 \pm 0,86$ лет, во II группе – $3,63 \pm 0,85$ года ($p>0,05$). В группах больных также были выявлены некоторые факторы риска возникновения заболеваний периферических артерий. Основными из них явились: курение (исключительно мужчины обеих групп) – в I группе их число составило 86,1%, во II группе – 85,7% ($p>0,05$), сахарный диабет 2 типа (13,7%) и ИБС (41,2%) в основной группе, при этом частота их встречаемости была достоверно выше ($p>0,05$). По типу инфраингвинального поражения В, С и D больные соответственно распределены следующим образом: в основной группе – 56,9%, 33,3% и 9,8%, в контрольной группе – 78,0%, 15% и 6,6% ($p>0,05$). Таким образом, сформированные группы больных сопоставимы по основным клиническим характеристикам. Боковая ангиопластика с использованием аутовенозной заплаты проведена у 78,4% больных. Синтетический или биологический материал использован у 11,8% и 7,8% больных соответственно. Краевой шов наложен лишь у 1 (2,0%) пациента. В основной группе зафиксировано 5 (9,8%), в контрольной – 6 (7,0%) острых тромбозов ($p>0,05$). Число кровотечений и ампутаций в I группе было соответственно 2 (3,9%) и 1 (1,9%), 2 (2,2%) и 2 (2,2%) – во II группе, что также не имело статистически значимых различий ($p>0,05$). Выводы. По анализу ближайших результатов, полученных в ходе исследования, на данном этапе можно сформулировать следующее: предложенный способ хирургического лечения коротких сегментарных поражений ПБА в виде операции боковой ангиопластики может быть сопоставлен с результатами «золотого стандарта» реконструкции артерий инфраингвинального сег-

мента – бедренно-подколенного аутовенозного шунтирования. С учетом локального воздействия боковая ангиопластика может быть альтернативой интервенционным процедурам в этом сегменте.

871. АНТИКОАГУЛЯНТЗАВИСИМЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В УРГЕНТНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Хорев Н.Г.1,3, Толстихина Т.А.2., Бомбизо В.А.2, Момот А.П.3, Шойхет Я.Н.1

Барнаул

1. ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», 2. КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», 3. Алтайский филиал ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России.

Введение. Длительное применение антикоагулянтов для профилактики кардиальных эмболий и венозных тромбозэмболических осложнений (ВТЭО) несет в себе риски развития кровотечений, в том числе фатальных. По данным регистров больных, госпитализируемых в терапевтические клиники США по экстренным показаниям из-за побочного действия лекарственных препаратов, 33% это лица, принимающие варфарин и антиагреганты. Активная практика использования антикоагулянтов при фибрилляции предсердий (ФП) и для лечения и профилактики ВТЭО обнаруживает случаи кровотечений. Цель исследования. Определить частоту, структуру госпитализации и осложнений антикоагулянтной терапии у больных, использующих различные антикоагулянты (варфарин, дабигатран, ривароксабан и апиксабан) и антиагреганты (аспирин + клопидогрель) в различные временные периоды. Материал и методы. Это клиническое ретроспективное исследование, в котором изучены случаи госпитализаций с «большими» (RE-COVER, Einstein) кровотечениями в хирургические отделения (без неврологии) ургентного стационара в 2015 и 2016 году, в который происходит доставка всех более 90% больных с острой хирургической патологией. Всего в 2015-2016 гг. выписано 42269 больных. У 31 (0,015%) в 2015 г. и у 36 (0,016%) в 2016 г. показанием для госпитализации было наличие значимого кровотечения, которое определено, как осложнение использования длительной антикоагулянтной или антиагрегантной терапии. В эти периоды у 28 (41,8%) кровотечение развилось на фоне использования антиагрегантов, а у 39 (58,2%) больных – из-за длительного применения



872. ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА КОМБИНИРОВАННЫМ СПОСОБОМ

*Середин С.А. (1), Баулин А.В. (2),
Зиновьев Д.Ю. (1)*

Пенза

1. ГБУЗ «Городская клиническая больница №6 им. Г.А.Захарьина»,
2. ООО «Центр доклинических исследований»

Актуальность. Известно, что контакт элементов семенного канатика с протезом приводит не только к техническим трудностям в случае операции по поводу рецидива заболевания, но и к осложнениям, возникающим в результате деформации в рубце трубчатых структур семенного канатика. В результате формирующегося перипротезного фиброза происходит вовлечение в рубец тестикулярных сосудов и семявыносящего протока, что приводит сначала к их деформации, а в тяжелых случаях – облитерации. Для снижения риска возможных осложнений ряд хирургов предлагает анатомически отграничивать сетку от семенного канатика, за счёт сшивания над протезом апоневроза наружной косой мышцы живота.

Материал и методы. Анализируя технику 350 операций по способу Лихтенштейна нами установлено, что при высоком паховом промежутке возникает ситуация, когда вновь сформированная задняя стенка пахового канала представлена только эндопротезом и не включает собственные ткани, а расположение семенного канатика на сетке, может приводить к изменениям в трубчатых структурах семенного канатика. В анатомо-хирургическом эксперименте нами был разработан комбинированный способ пластики паховых грыж с укреплением задней стенки пахового канала при помощи сетчатого эндопротеза, с использованием перемещенного лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота для отграничения семенного канатика от последнего (патент РФ № 2545413). Сущность способа заключается в том, что при комбинированной паховой герниопластике, основанной на укреплении задней стенки пахового канала эндопротезом и апоневротическим лоскутом наружной косой мышцы живота, первым этапом производится фиксация нижнего края эндопротеза к подвздошно-лонному тракту и глубоким слоям паховой связки, верхнего – к месту соединения апоневрозов наружной косой и внутренней косых мышц живота. Вторым этапом производится выделение и перемещение лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота с фиксацией нижнего края последнего к глубоким

варфарина (20 больных), дабигатрана (8 больных), ривароксабана (5 больных) и апиксабана (1 больной). Результаты и обсуждение. Показанием для назначения антикоагулянтов у 39 больных были: фибрилляция предсердий с ранее перенесенным инсультом или без - 30 (76,9%); механический клапан - 4 (10,3%); заболевания периферических артерий - 2 (5,1%), а так же продленная и длительная терапия ВТЭО - 3 (7,7%) больных. В структуре осложнений после назначения антикоагулянтов преобладали желудочно-кишечные кровотечения - 27 (69,2%) больных. У 3(7,7%) больных диагностирована внутричерепная гематома, из которых двое оперированы. Гемоперитонеум установлен у 2 (5,1%) пациентов; все они оперированы. Носовое кровотечение и кровотечение из десен – 2 (5,1%), легочное кровотечение – 1 (2,6%) и гемоторакс – 1 больной (2,6%) встречались реже. Межмышечные гематомы и гематомы мягких тканей установлены у 3 (7,7%) больных; двое из них оперированы. Таким образом, оперировано 6 (15,4%) больных, у остальных кровотечение остановлено консервативными мероприятиями с использованием эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы. Специфическая терапия осложнений с использованием концентрата протромбинового комплекса проведена у 4 больных с приемом дабигатрана и у 4 с приемом варфарина. При сравнении частоты кровотечения при назначении антикоагулянтов и антиагрегантов в 2015 г. (выписано 20024 больных) и 2016 г. (выписано 22445 больных) установлено увеличение доли пациентов с новыми оральными антикоагулянтами (НОА) с 0,019% до 0,045% ($p=0,003$). Значимых различий в частоте кровотечений на фоне варфарина и антиагрегантов не отмечено. В 2016 году у больных с кровотечением из верхних отделов ЖКТ эндогемостаз с использованием полидоканола, эпинефрина или клипирования потребовался у 4 (40%) больных с варфарином и у 5 (62,5%) больных с антиагрегантами. При использовании НОА эндогемостаз не проводился. Выводы. Появление новых оральных ингибиторов коагуляции не исключает возникновение геморрагических осложнений. Варфаринные кровотечения остаются наиболее опасными и менее управляемыми в urgentной хирургии. Увеличение доли больных, принимающих НОА приводит к росту числа «новых» кровотечений. Ликвидация кровотечения на фоне НОА не всегда требует эндогемостаза. Для разворота коагуляции у больных с кровотечениями необходимо использование специфических антидотов.



слоям паховой связки, а верхнего – к подлежащему эндопротезу. На наш взгляд, такой подход позволяет, во-первых, обеспечить более надёжную фиксацию верхнего края эндопротеза и сохранить функцию замыкательного механизма пахового канала. Во-вторых, укрепить заднюю стенку пахового канала за счет собственных тканей, дополнительным слоем, используя наиболее плотную соединительнотканную структуру пахового канала. В-третьих, повысить надёжность фиксации эндопротеза. В-четвёртых, отграничить эндопротез от семенного канатика, сохранив при этом анатомию пахового канала и его «клапанную» функцию за счёт сшивания над семенным канатиком свободных краёв апоневроза наружной косой мышцы живота.

Результаты. С января 2014 г. по январь 2017 г. выполнено 39 герниопластик у 35 мужчин с хорошим результатом. Срок наблюдения после операции составил от 3 недель до 2 лет. Послеоперационное течение без осложнений. У одного пациента с рецидивной косой паховой грыжей справа был отмечен отек мошонки, купировавшийся на фоне проводимой физиотерапии. В двух случаях при выполнении пластики у больных с рецидивными пахово-мошоночными грыжами для ограничения контакта семенного канатика с сеткой нами использована ксеноперикардальная пластина «Кардиоплант». Активизация оперированных пациентов в течение первых суток после вмешательства. Болевой синдром не выражен. Рецидива грыжи и атрофии яичка на стороне операции не выявлено. В настоящее время изучается изменение репродуктивной функции после герниопластики в сравнительном аспекте. Выводы. Считаем, что способы герниопластики, направленные на улучшение качества жизни пациентов-грызносителей за счет индивидуального подхода к хирургическому лечению, и снижающие количество возможных осложнений, имеют право на существование и могут применяться в клинической практике.

873. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОВИЗУАЛИЗАЦИИ СТРУКТУР ВЕРХНЕГО ЭТАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Баталова Ю.С., Каган И.И., Нузова О.Б.

Оренбург

1)ФГБОУ "ОрГМУ" 2)ГБУЗ "Перволюцкая РБ"

Введение. Лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время является «золотым стандартом» лечения больных с желчекаменной болезнью. **Цель исследования** – оптимизация визуализации структур верхнего этажа брюшной полости на основе топографо-анатомического анализа результатов лапароскопии.

Материал и методы. Клинические исследования охватывали 92 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБУЗ Перволюцкой районной больницы Оренбургской области. При проведении оперативных вмешательств изучалась анатомия структур верхнего этажа брюшной полости при ведении лапароскопа по отношению к передней брюшной стенке под следующими градусами – 300, 450, 600, 900 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 12 (13%), женщин – 80 (87%). У 84 (91,3%) больных наблюдалась типичная анатомия структур гепатодуоденальной зоны. В 8 (8,7%) случаях отмечена атипичная анатомия. В четырех случаях (4,3%) пузырная артерия имела рассыпной тип, у трех больных (3,2%) встретился короткий общий печеночный проток, у одной больной (1,2%) 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, брюшина. 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.

Выводы. Необходимым условием для предотвращения осложнений и улучшения результатов лапароскопических холецистэктомий является знание вариантной анатомии органов верхнего этажа брюшной полости. 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.

874. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В.,
Леонов А.Л., Амбарцумян В.М., Жилин С.А.*

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская
клиническая больница"

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки за счет использования видеолапароскопической технологии.

Материалы и методы: Под наблюдением с 2013 по январь 2017 года находилось 238 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки поступившими в экстренном порядке в Центральную городскую клиническую больницу Великого Новгорода. Диагностический алгоритм больным, поступающим с клиническими проявлениями прободной язвы, включал рентгенологическое исследование живота на предмет наличия свободного газа в брюшной полости. В тех случаях, когда пневмоперитонеум отсутствовал, больным проводили экстренную фиброгастроудоденоскопию с последующим повторным рентгенологическим исследованием. Выполнение эндоскопического осмотра позволяло оценить состояние желудка и двенадцатиперстной кишки и помимо перфорации обнаружить другие осложнения язвенной болезни, такие как пенетрация, выраженная рубцово-язвенная деформация или пилорудоденальный стеноз, которые считали противопоказанием к наложению швом лапароскопическим методом. Кроме того, противопоказанием к эндовидеохирургическому пособию

считали срок более суток с момента перфорации и наличие разлитого перитонита с признаками паралитической кишечной непроходимости. При отсутствии противопоказаний, наличии технических и организационных возможностей операцию проводили с использованием лапароскопии, которая была выполнена у 59 больных (24,9 %). При выполнении эндовидеохирургического вмешательства в большинстве случаев использовали 3 троакара: первый, 10 мм - вводили на 1 см ниже пупка для лапароскопа, второй 10 мм - на 3-4 см ниже правой реберной дуги по среднеключичной линии, третий 5 мм четвертый - на уровне пупка по передне-подмышечной линии. После проведения диагностической лапароскопии и оценки возможности эндовидеохирургической коррекции, лапароскоп вводили через второй троакар, а околопупочный троакар использовали для введения иглодержателя. Через третий троакар вводили инструмент, как правило, диссектор. Такое расположение лапароскопа и эндохирургических инструментов обеспечивало эффект триангуляции и облегчало бимануальное наложение эндошва. При необходимости, с целью ретракции печени или лучшей экспозиции пилорудоденальной 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. Результаты: Из 59 операций 56 (94,9 %) удалось выполнить полностью лапароскопическим способом, в трех случаях был проведен переход на открытый доступ. Послеоперационные осложнения встретились у 5 больных (8,5 %). У 1 больной, оперированной по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной пенетрацией и стенозом, возникла недостаточность эндошва, что потребовало лапаротомии и ушивания перфорационного отверстия на 2 сутки после лапароскопической операции. У двух больных отмечено формирование декомпенсированного пилорудоденального стеноза, в связи с чем, в обоих случаях была выполнена лапаротомия и резекция желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера. Еще у двух больных отмечены осложнения в виде подпеченочного абсцесса и острого панкреатита, по поводу чего была выполнена релапароскопия, вскрытие и дренирование абсцесса. Следует отметить, что в послеоперационном периоде после эндовидеохирургических лапароскопических вмешательств характерными особенностями являлись минимальная потребность в анальгетиках, быстрое восстановление перистальтики и начало энтерального питания на второй день после операции, уменьшение койко-дня до 6 суток. Летальных исходов в группе больных, которым проводилось эндохирурги-



ческое ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не отмечено, в то время как в группе 179 больных оперированных открытым, с чревосечением, способом умерло 14 (7,8 %).

Выводы: Таким образом, использование эндоскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки имеет определенные преимущества перед открытым, с чревосечением, методом лечения и при отсутствии противопоказаний может использоваться в учреждениях, оказывающих экстренную помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Требуется определенная подготовка хирурга для выполнения таких вмешательств в частности владение методикой наложения эндохирургического шва.

875. КЛЕТочная ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Хорев Н.Г.1,2, Батаев Г.В.1, Филиппов Е.М.2, Дуда А.И.2, Конькова В.О.1, Шойхет Я.Н.1

Барнаул

1. ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет». 2. ГКБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»

Введение. Получение и применение стволовых клеток (костный мозг и периферическая кровь) для стимуляции ангиогенеза - трудоемкий и дорогостоящий процесс. Использование клеточного концентрата из аутологичной крови (плазма, обогащенная лейкоцитами и тромбоцитами) способно активировать ангиогенез, как компенсаторный механизм у больных с заболеванием периферических артерий (ЗПА). Поэтому использование лейко-тромбо-эритроцитарной взвеси способно создать условия для стимуляции ангиогенеза.

Цель. Разработать метод лечения больных хронической ишемией нижних конечностей с использованием клеточных элементов для локального воздействия на ишемический очаг. Изучить безопасность и клиническую эффективность метода.

Материал и методы: Клеточная терапия использована у 21 больного с ЗПА. Среди пролеченных пациентов мужчин было 17 (81%), женщин - 4 (19%), в возрасте от 53 лет до 81 года. Поражение аорто – бедренного сегмента отмечено у 3(14,3%), бедренно – подколенного – у 5(23,8 %), и подколенно – берцового – у 13 (61,9 %) больных. Степень ишемии IIA отмечена у 6 (28,6%), IIB – у 15 (71,4%) больных. У пациентов с дистанцией ходь-

бы менее 50 метров, а так же с III и IV степенями ишемии данный метод не использовался. Другим основанием для проведения клеточной терапии был отказ больного от операции. Также этот метод использован как альтернативный вариант консервативного стационарного лечения. Методика терапии заключалась во введении клеточной массы в икроножную мышцу. Получение субстрата состояло в следующем: из локтевой вены забиралось 500 мл крови, затем производилось мягкое центрифугирование полученной крови с последующим помещением в плазмозэкстрактор, а в дальнейшем - получение лейко-тромбо-эритроцитарной массы в количестве 50 мл. Среднее количество лейкоцитов в клеточной взвеси составило $40,86 \cdot 10^9$. Процедура проводилась сразу после получения клеточной взвеси. Введение клеточной массы осуществлялось в 4 точки икроножной мышцы. Под местной анестезией клеточная взвесь в общем количестве 50 мл, примерно равных долях вводилась в икроножную мышцу. Указанная процедура проводилась трижды с интервалом в 3-4 дня. Эффективность лечения оценивалась клинически по дистанции безболевой ходьбы, а также по показателю лодыжечно – плечевого индекса (ЛПИ) в сроки не менее трех месяцев после проведенной процедуры. После выписки из стационара больным проводилось стандартное лекарственное лечение с назначением статинов и антиагрегантов. Статистические данные представлены в виде медиан (Me) и квартилей (25 и 75 %).

Результаты и обсуждение. Осложнений после введения клеточной массы не отмечено. В первые сутки после процедуры больные отмечали боли в месте введения клеточной массы. Использования анальгетиков не требовалось. Системных побочных реакций не было. В последующем, на протяжении 2-3 суток боли уменьшались; сохранялось лишь чувство распирания, которое полностью исчезало после 5-7 дня с момента последнего сеанса введения субстрата. Отмечено статистически незначимое увеличение дистанции безболевой ходьбы со 100 (50; 300) до 120 (60; 300) м. ЛПИ до лечения по задней большеберцовой артерии составил 0,61 (0,45; 0,85), по передней большеберцовой артерии – 0,50 (0,45; 0,66). В сроки более трех месяцев статистически значимого увеличения ЛПИ не отмечено.

Метод рассчитан на стимуляцию ангиогенеза. Наличие данного процесса подтверждается клиническими сведениями о тенденции увеличения дистанции безболевой ходьбы и субъективными оценками. Отсутствие увеличения ЛПИ связано с низкой чувствительностью метода непрямого измерения давления в магистральных артериях. Эта методика не может быть использована в качестве доказательства роста коллатеральных сосудов.



Выводы. Продемонстрирована безопасность и клиническая эффективность метода клеточной терапии. Метод может быть использован как альтернатива консервативного лечения больных с ЗПА в общехирургических и терапевтических отделениях.

876. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК

*Греясов В.И.(1,2) Чугуевский В.М.(1)
Щебуняев И.С.(1)*

Ессентуки2) Ставрополь

- 1) ГБУЗ СК "Ессентукская городская больница"
- 2) Ставропольский ГМУ, кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии

Актуальность: успехи консервативного лечения язвенной болезни не оказали существенного влияния на количество перфораций, что наряду с сохраняющимся высоким уровнем общей летальности, достигающим 10% требует дальнейшего совершенствования методов хирургического лечения.

Цель исследования: оценить эффективность лапароскопических методик ушивания при лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: наблюдались 52 пациента поступивших за период 2012 - 2017г, которым были выполнены операции по поводу перфоративной язвы пилоро-дуоденальной зоны. Все больные были оперированы по экстренным показаниям. Сроки заболевания составляли от 2 до 24 часов (средний срок – $7 \pm 2,2$ часов). В основную группу вошли 22 больных, оперированные лапароскопически. В группу сравнения отнесены 30 больных, которые оперированы из лапаротомного доступа, из них у 13 выполнена диагностическая лапароскопия с последующей конверсией. Возраст больных варьировал от 16 до 78 лет. Средний возраст составил $38 \pm 0,8$. Из общего числа больных мужчины составили 44 (84%), женщины – 8 (16%). Прободная язва локализовалась в желудке у 10 (19%) больных, в двенадцатиперстной кишке – у 42 (81%). Местный перитонит диагностирован в 43 (82%) случаях, распространенный – 9 (18%). Диаметр перфорации составлял от 0,3 до 2,5 см (в среднем – 1,2 см). Всем пациентам выполняли рентгенологическое исследование органов брюшной полости, позволившее выявить свободный газ

в брюшной полости в 41 (78%) случаев. В отсутствие свободного газа в брюшной полости и при сомнительной клинической картине следующим этапом в диагностической программе было выполнение УЗИ. ФГДС произведена у 11 (22%). Наряду с этим всем больным выполнены в динамике клинические и биохимические анализы крови. В группе больных которым выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, санация и дренирование брюшной полости, при размере перфоративного отверстия до 0,5 см и менее использовали "П-образный" шов 8 (16%) наблюдений, при дефекте стенки от 0,5 до 1 см – однорядный шов 32 (62%), более 1 см – однорядный шов с укрытием прядью сальника 6 (22%). Конверсия выполнена у 13 пациентов. Результаты: Средний послеоперационный койко-день у больных с неосложненным течением послеоперационного периода составил 6 ± 1 . Абсцессов брюшной полости не отмечено. Летальных исходов – не наблюдалось. Только в одном наблюдении отмечено прорезывание швов в области ушитой ранее перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, что потребовало повторного вмешательства из лапаротомного доступа. В группе пациентов которым выполнено ушивание перфорации из лапаротомного доступа сроки лечения составили $10 \pm 1,5$. В 3 случаях отмечены воспалительные изменения со стороны раны.

Выводы: Лапароскопическое ушивание перфоративных язв гастродуоденальной зоны – эффективный и безопасный метод лечения этой категории больных. Выполнение лапароскопического ушивания позволяет сократить сроки реабилитации пациентов.

877. ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ «ОТКЛЮЧЕННОГО» ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

*Греясов В.И.(1,2), Чугуевский В.М.(1),
Сивоконь Н.И.(1), Агапов М.А.(1)*

Ессентуки2) Ставрополь

- 1) ГБУЗ СК "Ессентукская городская больница"
- 2) Ставропольский ГМУ, кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии

Актуальность. Одной из причин осложнений при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), являются рубцовые изменения в зоне гепато-билиарной связки и стенке желчного пузыря. Подобные



изменения происходят при, так называемом, «отключенном» желчном пузыре (ОЖП). В научной литературе подобный термин встречается крайне редко, как не определены и критерии признаков ОЖП и его формы. Но, выделение подобной категории больных в целях предупреждения осложнений во время плановой холецистэктомии, имеет определенное практическое значение.

Цели и задачи исследования: выделить причины осложнений и предложить пути улучшения результатов ЛХЭ у больных с хроническим калькулезным холециститом, имеющих признаки ОЖП.

Материалы и методы: За период с 1995г по 2016 гг. в «Ессентукской городской больнице» накоплен опыт 21451 ЛХЭ. В плановом порядке с хроническим калькулезным холециститом прооперировано 15306 пациентов. С практической целью нами были выделены 3 формы хронического калькулезного холецистита с признаками ОЖП: 1. Водянка ЖП. 2. Отключенный ЖП, заполненный полностью конкрементами или замазкообразной желчью. 3. Склероатрофический желчный пузырь (САЖП). Среди всех плановых ЛХЭ с водянкой ЖП оперировано 1261 (8,2%) больных, со второй формой ОЖП 3366 (21,9%), и с САЖП 615(4%). В отношении выбранной категории больных с 2011 года была принята следующая лечебно-диагностическая тактика: 1. Дооперационными критериями считали анамнестические данные (анамнез ЖКБ более 3 лет и эпизоды острого холецистита), а также УЗИ признаки (увеличенный в объеме, не сокращающийся или уменьшенный до размеров менее 4х3см желчный пузырь, склероз или утолщение его стенки более 0,3 см, отсутствие желчи или полное заполнение пузыря конкрементами и др). 2. При выявлении гипертензии в желчных протоках, холедохолитиаза или подозрении на синдром Мириizzi — выполнялось РХПГ и МРТ с контрастированием. 3. ЛХЭ при установленном диагнозе САЖП выполнялась только хирургом с опытом более 300 операций. 4. Интраоперационно обязательным этапом операции являлась пункция пузыря по принятой в клинике методике. А при выраженном склерозе в области шейки пузыря и затруднительной дифференцировке элементов связки, ЛХЭ выполнялась антеградно или по методу Прибрама. Для оценки результатов выделены 2 группы пациентов: проходивших лечение в период с 2005 по 2010 год и с 2011 по 2016гг., в сравнение были взяты осложнения, приведшие к удлинению сроков лечения или потребовавшие повторного вмешательства, а так же число конверсий.

Результаты: Общее число выбранных осложнений составило 147 (0,6%), на долю больных с признаками ОЖП 56 (38%), а с САЖП - 37 (29,3%). Травма внепеченочных желчных протоков выявлена у 12 (0,05%) больных из общего числа ЛХЭ. Причем 7

(58%) из них, при САЖП. С 2005 по 2010 год с признаками ОЖП пролечено 875 больных, осложнения встретились у 26 (2,9%). Из них – у 4 было кровотечение из зоны вмешательства, потребовавшее релапароскопии и гемостаза. У 9 - жидкостные скопления в подпеченочном пространстве, которые были дренированы под контролем УЗИ. 3 больных с желчеистечением в первые 3-е суток и 7 пациентов с гематомой ложа ЖП пролечены консервативно, без повторного вмешательства. У 3 пациентов имела место травма желчных протоков. Конверсия в лапаротомную холецистэктомию была выполнена в 3 случаях при САЖП. В исследуемой группе у 1140 больных с признаками ОЖП осложнений 7 (0,6%). Среди которых у 1 было непродолжительное желчеистечение и в 4 случаях диагностирована гематома в ложе ЖП, еще у 2 больных выполнялась пункция жидкостного образования под УЗИ. Конверсия на лапаротомию - у 2-х больных. Травм внепеченочных желчных путей за этот период не наблюдалось. Выводы: ЛХЭ у пациентов с ЖКБ имеющих признаки ОЖП и особенно при САЖП, необходимо относить к вмешательствам с высоким риском травм желчных протоков и интраоперационных осложнений. Использование вышеописанных принципов лечебно-диагностической тактики, позволяет достоверно снизить количество осложнений и улучшить результаты ЛХЭ у больных с хроническим калькулезным холециститом.

878. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ И ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ

*Шляпников С.А., Остроумова Ю.С.,
Батыршин И.М., Насер Н.Р., Склизков Д.С.,
Михельсон Е.П., Каськов А.Ю., Пичугина Г.А.*

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ СП им.
И.И.Джанелидзе»

Актуальность. Проблема лечения больных с тяжелыми формами разлитого перитонита, осложненного тяжелым сепсисом и септическим шоком, остается актуальной проблемой в современной хирургии. Крайне высокий уровень летальности, отсутствие четких протоколов по объему оперативного вмешательства и хирургической тактике требует поиска эффективных подходов и решений. Одним из возможных решений является предложенная «Всемирным обществом неотложной



хирургии» (WSES) "сокращенная" лапаротомия по принципу damage-control и применение метода вакуум-ассистированной лапаростомы для временного закрытия брюшной полости с последующим выполнением программируемых релапаротомий с целью контроля очага инфекции. Материалы и методы. С 2015 по 2017 год в НИИ СП им. И.И.Джанелидзе на базе Городского центра по лечению тяжелого сепсиса проводилось проспективное исследование с целью оценки эффективности применения метода вакуум-ассистированной лапаростомы в комплексном лечении больных с разлитым перитонитом септическим шоком. В исследование было включено 19 пациентов с тяжелыми формами перитонита (III степень тяжести по MPI от 29 б.). Диагноз тяжелого сепсиса и/или септического шока ставился на основании диагностических критериев ACCP/SCCM 1991г. Тяжесть септического процесса оценивалась по шкале SOFA. Основная группа включала в себя 9 пациентов, в лечении которых применялся метод вакуум-ассистированной лапаростомы. Объем лапаротомии - сокращенный. Программированная релапаротомия с выполнением окончательного объема сразу по стабилизации состояния пациента в течении первых 48 часов. Контрольная группа – 10 пациентов, в комплексном лечении которых применялась традиционная хирургическая тактика с выполнением лапаротомии в полном объеме, параллельно с коррекцией органной дисфункции интраоперационно и с последующим выполнением релапаротомии по требованию. Обе группы статистически однородны. Средний возраст пациентов в основной группе: 58,8+/- 14, в контрольной: 60,5+/-16,4, в обеих группах преобладали пациенты мужского пола: 6 (66,7%) в основной и 7 (70%) в контрольной. По тяжести состояния, измеренной по шкалам SOFA, статистически значимых различий в обеих группах не было – основная группа 7,6+/-2,4, контрольная 7,3+/-2,1. По MPI основная 31,6+/-4,1, контрольная 36,6+/-4,8 (p>0,05) Результаты. 1) Уровень летальности в основной группе составил 4 (44,4%), в контрольной 6 (60%) Несмотря на положительный тренд, статистически значимого различия выявлено не было (p>0,05). 2) Длительность госпитализации в основной группе составила 57+/-13,1, в контрольной 34+/-24,3.

879. НАШ ОПЫТ 1700 ОПЕРАЦИЙ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Тимербулатов В.М., Ямалов Р.А, Труханов О.Г.

Уфа

ГБУЗ МЗ РБ «Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы»

Актуальность. В хирургических отделениях герниопластика при паховых грыжах является наиболее часто встречающейся операцией и составляет 10-12% от доли хирургических вмешательств. Несмотря на существование многочисленных способов пластики пахового канала и улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж, вероятность рецидива после грыжесечения является все еще актуальной проблемой современной хирургии. С появлением новых синтетических материалов для имплантации широкое признание получили безнатяжные методики грыжесечения, особенно пластика по Лихтенштейну. Но, в период внедрения и освоения данного метода появляются нюансы в техническом исполнении, также возникают осложнения и рецидивы, что требует анализа и совершенствования метода. Материал и методы. В больнице скорой медицинской помощи г.Уфы, являющейся клинической базой кафедры хирургии ИПО Башкирского государственного медицинского университета, грыжесечение по безнатяжной методике, с использованием полипропиленовой сетки, различных фирм производителей, выполняется с 2002г. Клинический материал составили 1720 больных. По традиционной методике Лихтенштейна выполнено 550 грыжесечений, из них 23 (4,2 %) операции выполнено при ущемленных грыжах, 527 (95,8%) операции в плановом порядке. Были выявлены ряд недостатков данной методики. Это, прежде всего возникновение сером, наличие инфильтратов в области операционных ран. По нашему мнению развитию этих осложнений во многом способствует ишемия мягких тканей, возникающая при использовании традиционной методики. Кроме того, в случае больших пахово-мошоночных грыж, восстановление наружного пахового кольца сопровождается чрезмерным натяжением, обуславливая в послеоперационном периоде значительный болевой синдром. Учитывая все эти недостатки нами произведена модификация методики Лихтенштейна. С 2005г. все плановые операции паховых грыжесечений производятся по безнатяжной методике сеткой-эндопротезом по Лихтенштейну в модификации клиники. Мы полагаем что необходимо при всех паховых грыжах (прямых и косых) проводить



пластику внутреннего пахового кольца. Для этого мы накладываем один или два узловых шва на поперечную фасцию в области внутреннего пахового кольца. Это необходимо для меньшего натяжения на швы сетки-эндопротеза в первые сутки после операции, что по нашему мнению является одним из главных факторов предупреждающих рецидивы грыжи. Вторым важным моментом является применение непрерывного шва при подшивании сетки-эндопротеза к поперечной фасции, паховой связке и апоневрозу внутренней кривой мышцы живота. Применение узловых швов для фиксации эндопротеза вызывает ишемию мягких тканей и способствует образованию сером и инфильтратов. Нами изучалась микроциркуляция в области пахового канала у 24 пациентов в послеоперационном периоде, с использованием аппарата ЛАКК-02 (лазерный анализатор капиллярного кровотока, производство НПП «ЛАЗМА», Россия). Наконец при больших пахово-мошоночных грыжах, когда наблюдается истончение апоневроза наружной кривой мышцы живота и наружное паховое кольцо расширено более чем на 2 см, наложение швов на края апоневроза при формировании наружного пахового кольца сопровождается натяжением тканей, что в раннем послеоперационном периоде приводит к выраженному болевым синдрому. В этих случаях мы проводим пластику путем подшивания заранее вырезанного лоскута сетки –эндопротеза трехугольной формы, к краям апоневроза наружной кривой мышцы живота начиная от нижней трети пахового канала. Результаты: После внедрения в практику модификации пластики паховых грыж по Лихтенштейну нам удалось значительно сократить количество рецидивов с 1,7% до 0,4% случаев. Количество послеоперационных осложнений в виде инфильтратов и сером с 11,3% до 2,5%. Применение анальгетиков в раннем послеоперационном периоде также резко сократилось в группе больных с пахово-мошоночными грыжами при использовании сетчатого эндопротеза в пластике наружного пахового кольца. Использование данной модификации Лихтенштейна позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения паховых грыж.

880. ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ИСКЛЮЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПАРАКИШЕЧНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Скрудлевский С.Н., Веселов В.В.

Москва

ГНЦК

Актуальность: Традиционным показанием к проведению колоноскопии у больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки является исключение злокачественных новообразований. В то же время проведение традиционной колоноскопии у этой категории больных считается ограниченным за счет риска перфорации кишки и технических трудностей. Материал и методы: Проанализированы данные 32 оперированных больных (средний возраст 55,6±12,3 лет) с морфологически подтвержденным диагнозом дивертикулярной болезни ободочной кишки и хронического паракишечного инфильтрата, которым до операции в ГНЦК была выполнена традиционная колоноскопия. Проведен анализ данных эндоскопических исследований: 1. осложнения, 2. полный/неполный осмотр толстой кишки, 3. злокачественные новообразования, 4. наличие достоверного эндоскопического признака паракишечного инфильтрата для этой категории больных - сдавление просвета кишки извне с сужением ее просвета и отеком стенки кишки, 5. другие эндоскопические признаки - высокие, утолщенные, отечные складки кишки в сочетании с фиксацией кишки и/или наличием гемморагического компонента и/или гнойным содержимым в просвете кишки. Выполнен сравнительный анализ признаков по двустороннему критерию Фишера, проведена оценка эффективности колоноскопии в исключении злокачественных новообразований. Полученные результаты: Все 32 исследования были выполнены без осложнений. Полный осмотр толстой кишки был выполнен в 14 (43,8%) случаях. Злокачественные новообразования в этой группе больных не были выявлены. Полный осмотр толстой кишки был невозможен в 15 (83,4%) случаях за счет сдавления просвета кишки извне с сужением ее просвета и отеком стенки кишки. При полном осмотре толстой кишки этот признак присутствовал в 3 (21,4%) случаях. Анализ показал статистически значимые различия частоты полного и неполного



осмотра толстой кишки у этой категории больных в зависимости от наличия сдавления просвета кишки извне с сужением ее просвета и отеком стенки кишки - критерий Фишера двусторонний 0,00092.

881. ЭВОЛЮЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Магомедов М.П., Алиев М.А., Абдурашидов Г.А., Халилов И.Г., Гасанов Х.М.

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы лечения гидатидозного эхинококкоза печени (ГЭП) продиктована высокой распространенностью данного заболевания в эндемических зонах нашей страны, превалированием среди больных лиц наиболее трудоспособного возраста, высоким процентом осложнений после открытых вмешательств из традиционных доступов и длительным сроком реабилитации. Мы располагаем опытом применения лапароскопической хирургии у 96 больных с ГЭП, находившихся на лечении в клиниках кафедр общей и эндоскопической хирургии Дагестанского государственного медицинского университета в период с 1996 по 2016 годы. Возраст больных колебался от 6 до 69 лет, размеры кист варьировали от 3,5 до 14,2 см. Вся наша деятельность по внедрению видеолaparоскопической хирургии при лечении ГЭП прошла несколько этапов: 1. Первый опыт внедрения: строгие показания; открытая эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости печени (ОПП) известными способами (1996-2002 годы, 37 больных) 2. Расширение показаний, открытая эхинококкэктомия с абдоминализацией ОПП (2002-2010 годы, 34 больных) 3. Трехмерная реконструкция печени, открытая эхинококкэктомия с абдоминализацией ОПП, закрытая эхинококкэктомия с различными вариантами резекции печени (2011 год – по настоящее время, 25 больных) Показания к лапароскопической эхинококкэктомии на этапе освоения определялись с учетом размеров кист (до 7 см), локализацией в III, IV, V, VI сегментах, отсутствием дочерних пузырей в полости кисты. К противопоказаниям относили: наличие дочерних пузырей в полости кисты, внутривнутрипеченочное расположение, поддиафрагмальную локализацию, первично множественную локализацию эхинококкоза, осложненный эхинококкоз. На втором этапе

расширился круг выполняемых вмешательств: локализация во II, VIII сегментах; ранние и поздние посмертные изменения эхинококка; размеры до 14 см. Значительным достижением последних лет в лечении эхинококкоза печени считается широкое использование закрытых методик эхинококкэктомии. На начальных этапах освоения метода (37 больных) мы пытались максимально ликвидировать остаточную полость путем ее капитонажа, инвагинации и оментопластики с дренированием остаточной полости печени. У 3 больных это привело к нагноению остаточной полости печени и у одного имелось желчеистечение из ОПП. В связи с этим на втором этапе методом выбора ликвидации остаточной полости печени считали способ абдоминализации с использованием ультразвуковой диссекции (34 больных), при условии тщательной эндовидеоскопии остаточной полости печени. На двух первых этапах (71 больных) в 4 случаях выполнена конверсия из-за неадекватной дооперационной инструментальной (УЗИ, КТ, МРТ) оценки локализации и расположения кист. В двух случаях киста располагалась на заднедиафрагмальной поверхности печени, в двух - имело место полное внутривнутрипеченочное расположение. На современном этапе (25 больных) применяется следующая тактика. Дооперационная диагностика проводится на основе трехмерной реконструкции печени, которая позволяет адекватно определить способ лапароскопического вмешательства (открытая или закрытая эхинококкэктомия) или отказаться от него. При краевом расположении печени выполняется закрытая эхинококкэктомия, в остальных случаях – открытая эхинококкэктомия с абдоминализацией остаточной полости печени. Случаев перехода на лапаротомию в данной группе пациентов не было. При изучении результатов лечения больных всех групп выявлено, что средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 56 минут. Средний койко-день составил 6,5 дней. Рецидив имел место в двух случаях в первых двух группах больных. Летальных случаев не было. Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия печени при правильном подборе больных и неукоснительном выполнении всех технических принципов этой операции может занять свою нишу в хирургии эхинококкоза.



**882. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ
БОЛЬШОГО САЛЬНИКА В УСЛОВИЯХ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОСТРОЙ
СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ**

*Родин А.В., Леонов С.Д., Привольнев В.В.,
Барсуков А.Н., Даниленков Н.В.*

Смоленск

Смоленский государственный медицинский
университет

Актуальность. Острая кишечная непроходимость сопровождается серьезными патологическими изменениями со стороны органов брюшной полости. Возможным методом оценки выраженности нарушений является биоимпедансометрия, то есть измерение полного электрического сопротивления биологических тканей. Цель исследования: оценить диагностические возможности биоимпедансометрии большого сальника в условиях острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости. Материалы и методы. Исследование выполнено на 49 взрослых белых крысах линии «Вистар» массой 180-230 г. Острую странгуляционную тонкокишечную непроходимость (ОКН) моделировали путем наложения толстой лигатуры на петлю тонкой кишки (длиной 1,5-2 см) вместе с брыжейкой на расстоянии 12-15 см от илеоцекального угла до полного прекращения кровотока. Экспериментальные животные были разделены на 4 группы. В 1-й группе (n=13) исследованы показатели импеданса тонкой кишки в норме. Во 2-й группе животных (n=11) произведено моделирование ОКН на срок 1 час, в 3-й группе (n=13) – на 3 часа, в 4-й (n=12) – на 6 часов. Инвазивную биоимпедансометрию (БИМ) производили с помощью устройства для измерения импеданса биологических тканей БИМ-II (Патент РФ №2366360). БИМ большого сальника осуществляли в 3-6 точках центрального (вблизи большой кривизны желудка) и периферического его отделов с последующим расчетом средней величины импеданса. Участки стенки лигированной петли тонкой кишки резецировали с последующим гистологическим исследованием. Полученные результаты подвергались статистической обработке. Статистически значимым считалось значение p

**883. К ВОПРОСУ О «ВУЗОВСКОМ»
КОМПОНЕНТЕ НЕПРЕРЫВНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ХИРУРГОВ**

*Хамидов М.А., Магомедов М.П.,
Муртузалиева А.С.*

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский
университет

Одно из положений резолюции XIX съезда РОЭХ (2016) гласит, что «...Съезд считает принципиально важным – продолжать совершенствование системы непрерывного медицинского образования врачей хирургических специальностей в рамках имеющихся образовательных программ по эндохирургии...». Подготовка врачей по эндоскопической хирургии в Даггосмедуниверситете проводится с 2009 года по рабочей программе в объеме 288 часов. Первый месяц курсанты находятся на основной учебной базе, где применяются самые современные образовательные технологии. После аттестации полученных практических навыков и допуска к клиническому обучению, во второй месяц проводятся первые операции на рабочем месте курсанта под контролем наставника. С 2009 по 2016 годы подготовку прошли более 200 хирургов, большинство из них во время обучения приступали к самостоятельному выполнению первых эндоскопических операций. Переход к системе непрерывного медицинского образования (НМО) ставит много задач и вопросов перед всеми участниками образовательного процесса. Вот, некоторые из них. 1. Нужно определить и реализовать 5-летнюю образовательную траекторию по хирургии в рамках ежегодных 36 часов «вузовского» компонента. «Чего хотят» и «что нужно» потенциальным курсантам и руководителям медицинских организаций (которые и будут эту траекторию, по крайней мере, в государственных медорганизациях, составлять и выдавать для ее реализации образовательные сертификаты). 2. Какие организации могут участвовать в образовательном процессе (поэтому слово вузовский в названии взят в кавычки)? 3. Должны ли рабочие программы делиться по уровню подготовленности специалиста? 4. Какую часть в них займут дистанционные, симуляционные технологии и практика? 5. Должна ли входить электрохирургия в перечень базовых навыков по эндохирургии и учитываться при аттестации для допуска к клиническому обучению? 6. Должно ли быть взаимодействие между ведущими, в том числе зарубежными, учебными центрами и кафедрами университетов? 7. Роль россий-



884. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

*Магомедов М.Г., Меджидов Р.Т.,
Магомедов Н.М.,*

Махачкала

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный
медицинский университет

ских профессиональных сообществ в «вузовском» компоненте НМО. Ответы на эти вопросы нам видятся в следующем виде. 1. Для успешного формирования и реализации индивидуального плана обучения на каждые 5 лет необходимы: мониторинг запросов хирургов и руководителей МО с помощью профессиональных сообществ и отраслевых региональных министерств, взаимодействие «обучающих» профессионалов под эгидой РОХ для разработки рекомендаций по НМО. 2. Программы НМО трудоемкостью 18 или 36 часов реализуются организациями, участвующими в образовательной деятельности (кроме вузов это может любая организация, имеющая лицензию на ДПО – как они это будут делать?) 3. Рабочие программы имеет смысл предлагать по трем уровням, как это принято в ведущих центрах (начальный, средний, продвинутый). 4. Дистанционные и симуляционные технологии обучения должны быть вспомогательными. 5. Обязательное включение в перечень базовых навыков электро- и энергетической хирургии (она является важнейшей частью практической подготовки хирурга, но она не входит в известные перечни). 6. Сетевые формы реализации образовательных программ должны шире использоваться в системе НМО. Однако, будет ли учитываться в НМО подготовка хирургов в зарубежных центрах? 7. Роль РОХ и других профессиональных сообществ значительна – начиная от участия в разработке и согласовании рабочих программ, составления рекомендаций по принципам формирования индивидуальных планов (не все руководители медицинских организаций и хирурги могут это правильно сделать) и до аккредитации. Мы обращаемся к Правлению нашего ведущего общества с предложением обсуждения необходимости разработки «Рекомендаций РОХ по организации НМО хирургов» для всех участников образовательного процесса – обучающихся, обучающихся, руководителей медицинских организаций и организаторов НМО федерального отраслевого министерства.

Введение Выбор лечебной тактики хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) и его осложнений обусловлен значительным ростом числа больных. Несмотря на некоторые успехи фармакотерапии, число лиц которым требуется хирургическое лечение остаётся высоким (до 70%). Своевременно выполненная радикальная хирургическая коррекция дают лучшие результаты. Цель исследования. Изучение результатов и выбор оптимальных способов операций у больных с ХП и его осложнений. Материалы и методы. В клинике общей хирургии ДГМУ в период с 2010 по 2016 гг. прошли лечение 318 пациентов с ХП и его осложнениями. Средний возраст пациентов $45,5 \pm 2,3$ лет. Для диагностики характера патологических изменений в поджелудочной железе (ПЖ) и установления показаний к оперативному лечению, наряду с клинико-объективными и лабораторными данными, проводили УЗ - исследование органов брюшной полости, ФГДС, РКТ, МРТ и МРХПГ и др. В 231 наблюдении преимущественно были использованы консервативное лечение и малоинвазивные хирургические вмешательства. В 87 случаях применяли резекционные, резекционно-дренирующие и дренирующие технологии, которые носили повторный характер. Изолированные воспалительно-фиброзные поражения тела ПЖ были у 10 (11,5 %) пациентов, хвоста ПЖ – у 11 (12,6%). Кистозные образования ПЖ диагностированы у 21 (24,1 %) пациентов. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ – у 31(35,7%), с изолированным поражением головки ПЖ – у 14 (16,1). ПДР проведена 9 (10,3%), ГПДР - 33 (37,9%) пациентам, операция Бегера - 7 (8,1%), операция Фрея – 17 (19,6%), центральная резекция ПЖ – 10 (11,5%) пациентам, дистальная резекция ПЖ – 11 (12,6%) больным. Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа, были распределены на две группы: основная группа (44 пациента), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были сформированы на «каркасных» дренажах и контрольная (43 пациента), которым вышеуказанная методика не была использована.



Результаты и их обсуждение Медиана длительности операции в группах сравнения достоверно не отличались.

885.УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИИ КИСТИ

Неусыпин В.В., Фомин А.А., Першаков Д.Р.

Ярославль

ГУЗ ЯО больница 7

Известно много способов вакуум-терапии в различных областях хирургии. В доступной нам литературе мы не нашли описания применения вакуума в лечении гнойной патологии кисти. Предлагаем способ вакуум-терапии гнойной патологии кисти, суть которого заключается в следующем: на очаг гнойной патологии, расположенный на пальцах кисти, поверх асептической повязки накладывается кусок поролона с имплантированным в него перфорированным катетером (мочевой катетер Нелатона 10 Fr) для отвода воздуха и отделяемого из гнойной раны. Описанная конструкция изолируется медицинским презервативом или напальчником при панарициях с локализацией на пальцах. При распространении воспалительного процесса на кисть поверх асептической повязки надевается тканевая перчатка (хлопчатобумажная). Между повязкой и перчаткой помещается катетер Нелатона. И последней поверх надевается медицинская резиновая перчатка. Герметичность конструкции достигается путем изоляции лейкопластырем по краю резинового изделия. К противоположному концу катетера присоединяется сжатая медицинская груша. После проведения тестовых исследований разрежение в которой составило «-0,1» атмосферы. Предложенный способ апробирован у 23 больных с различными видами панарициев. Его применение позволяет резко уменьшить болевой синдром (ВАШ с 6 до 2 баллов), сократить курс антибиотикотерапии с 12-14 до 7-8 дней, ускоряет течение раневого процесса (сроки заживления с 18 до 12-14 суток), а также укорачивает срок нетрудоспособности с 21 до 14 дней. Данный метод может с успехом применяться в амбулаторных условиях.

886.ДИНАМИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПОСЛЕ МАЛЫХ АМПУТАЦИЙ НА СТОПЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ

Фомин А.А., Першаков Д.Р., Возгрин Д.В., Неусыпин В.В.

Ярославль

ГУЗ ЯО больница 7

У пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, после малых ампутаций на стопе, высокий риск несостоятельности раны в ранний послеоперационный период, что связано с нарушением коллатерального кровотока, снижением резистентности мягких тканей к инфекции. Цель исследования: Оценить роль вакуум-терапии на заживление ран, после малых ампутаций на стопе, в ранний послеоперационный период. Материал и методы: В исследование включено 47 человек, которым выполнялись первичные малые ампутации на стопе. Средний возраст пациентов составил 67 ± 5 лет. Подавляющее число пациентов составляли мужчины 68% и 32% - женщины. Десяти (21.3%) пациентам выполнена экзартикуляция первого пальца, 13 (27.7 %) пациентам выполнена метатарзальная ампутация первого пальца, 17 (36.2 %) пациентам выполнена трансметатарзальная ампутация стопы, 7 пациентам выполнена ампутация по Лисфранку. Уровень первичной ампутации определялся характером кровотока на магистральных артериях нижних конечностей. Оценить состояние кровотока позволяло ультразвуковое дуплексное сканирование и доплерография сосудов нижних конечностей, а так же слепое доплеровское картирование сосудов стопы аппаратом «Минидоп БИОСС». Всем пациентам в первые двое суток с момента операции непрерывно на 48 часов накладывалась вакуум система с целью стимуляции коллатерального кровотока, лучшего дренирования раны и отграничения зоны оперативного вмешательства от возможного источника инфекции. Далее пациенты были разделены на две группы: Первой группе, состоящей из 15 человек(32 %), производилась ежедневная стандартная обработка послеоперационной раны антисептиками без вакуум терапии. Второй группе, состоящей из 32 человек (68 %), производилась ежедневная обработка послеоперационной раны с последующим подключением к вакуум установке. Срок наложения вакуума составлял 15 суток с техническими характеристиками давления 0.125 атмосферы.

Результаты: Из общего числа пациентов, которым выполнены первичные малые ампутации на стопе,



спустя 30 суток после операции, 5 пациентом (11 %), были выполнены повторные оперативные вмешательства в виде реампутаций. Четыре пациента из первой группы и 1 пациент из второй группы. Причинами реампутаций в первой группе стали появление краевых некрозов по линии наложения кожных швов, последующим попаданием инфекции в нее, раскрытием культи и прогрессированием гнойного процесса по стопе в проксимальном направлении. Одному пациенту из второй группы реампутация на уровне среднего отдела стопы выполнена в связи с травмой культи стопы, а именно случайным падением на нее. В месте падения на культю появились обширные некрозы, присоединилась инфекция, возможности укрыть опил кости и мягкие ткани не пораженными участками не представлялось возможным, что и явилось показанием к реампутации. Выводы: Вакуум терапия, как метод стимуляции коллатерального кровотока, должен активно применяться у пациентов с первичными ампутациями стопы в ранний послеоперационный период, с целью профилактики образования краевых некрозов зоны наложения кожных швов, активного дренирования раны, попадания и распространения инфекции.

887. ХИРУРГИЯ ГЛУБОКОЙ ПОДОШВЕННОЙ ФЛЕГМОНЫ СТОПЫ

Фомин А.А., Першаков Д.Р., Неусыпин В.В., Возгрин Д.В.

Ярославль

ГУЗ ЯО больница 7

Цель: Оценить роль иссечения сухожилий, проходящих в лодыжковом канале, используя новый хирургический доступ, в предотвращении распространения глубокой подошвенной флегмоны. Материал и методы: В исследование вошли пациенты с сахарным диабетом, диабетической стопой: глубокой подошвенной флегмоной, 25 и 27 человек, соответственно. В группе сравнения мы делали дополнительный разрез (5-7 см) сразу проксимальнее медиальной лодыжки и параллельно заднему краю большеберцовой кости. Через этот разрез удалялись все вовлеченные в патологический процесс сухожилия и лодыжковый канал затем дренировался. За 30-дневный период наблюдения оценивали распространение флегмоны на глубокое клетчаточное пространство задней области голени с помощью ультразвуковой диагностики. Результаты: В послеоперационном периоде не было отмечено каких либо осложнений, связан-

ных с новым доступом. За 30-дневный период наблюдения в группе сравнения не было ни одного случая распространения глубокой подошвенной флегмоны на клетчаточные пространства голени, а в контрольной группе таких случаев было 8 (30 %), что потребовало дополнительного оперативного вмешательства в каждом из них. Выводы: Для предотвращения распространения глубокой подошвенной флегмоны на клетчаточные пространства голени через лодыжковый канал рекомендуем в обязательном порядке профилактическое иссечение сухожилий, проходящих в этом канале, через предложенный нами дополнительный разрез.

888. НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Фомин А.А., Першаков Д.Р., Возгрин Д.В., Неусыпин В.В.

Ярославль

ГУЗ ЯО больница 7

Цель: Изучить уровень микроциркуляции кожи у условно здоровых людей и у пациентов с окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей. Материал и методы: Произведена оценка уровня кожной микроциркуляции всех 40 ангиосом у 46 условно здоровых людей, из них у 26 в ангиосомах нижних конечностей. Исследование проводили на аппарате "Easy-LDI, Aimago". Лазерная доплеровская визуализация - это метод неинвазивной оценки перфузии кожи в режиме реального времени, в основе которого лежит эффект Доплера. Некоторые большие по площади ангиосомы нижних конечностей были разделены. Точкой контроля была выбрана ангиосома локтевой области. Во второй части исследования аналогичные параметры были изучены у 11 пациентов с окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей, подтвержденным с помощью ультразвукового дуплексного ангиосканирования. Результаты: Полученные данные нашли свое отражение в рисунках тела человека с обозначенными на них границами ангиосом и полученных значений микроциркуляции. Числовые значения представлены с помощью медианы, верхнего и нижнего квартилей и 95%-доверительного интервала. В некоторых ангиосомах, в том числе и соседних, полученные результаты значительно различались. Это в первую очередь зависит от анатомии кровоснабжения кожи. Сравнение микроциркуляции кожи ангиосом нижних конеч-



ностей у условно здоровых и у пациентов с окклюзионно-стенотическим поражением показало, что микроциркуляция кожи значительно снижалась, если в питающей магистральной артерии был обнаружен стеноз или окклюзия. Выводы: Эффективность реваскуляризирующих операций у пациентов с окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей должна оцениваться не только с помощью рентгенконтрастной ангиографии и ультразвуковых методов диагностики, но и путем измерения кожной микроциркуляции. Более того, по сниженному уровню микроциркуляции кожи можно заподозрить наличие стеноза или окклюзии магистральной артерии и поставить показания к прямой реваскуляризации.

889. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Луганск, ЛНР.

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

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остаётся одним из наиболее угрожаемых и трудно диагностируемых состояний. Летальность от нелеченных ТЭЛА составляет 30%. В поисках путей решения этой сложной проблемы в клиническую практику внедряются все новые методы диагностики и лечения ТЭЛА. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей – синдром, характеризующийся нарушениями венозного оттока, который приводят к дезорганизации регионарной системы микроциркуляции. ХВН – распространенное заболевание, регистрирующееся у 10–15% взрослого населения. Это синдром развивающийся при полиэтиологическом заболевании – варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК). ВБНК и ХВН представляют собой важную социально-экономическую проблему, так как в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости у лиц трудоспособного возраста, росту числа осложненных форм и, как следствие – к формированию стойкой нетрудоспособности. Цель исследования. Изучить результаты профилактики ТЭЛА у больных, оперированных по поводу

ХВН. Материал и методы. В период 2012 г. по 2016 г. было прооперировано 2393 пациента с ХВН в отделение трансплантологии и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы ЛНР. Средний возраст больных составил $58,37 \pm 13,66$. ВБНК была у 1794 (75 %) больных, посттромботическая болезнь нижних конечностей у 599 (25 %). Выполнены следующие операции: флебэктомия 2393, верхняя кроссэктомия 2393, нижняя кроссэктомия 386, операция Линтона 38. Всего выполнено 5210 операций. За два часа до операции больным подкожно вводились низкомолекулярные гепарины (НМГ) 20 мг эноксапарина натрия или 0,3 надропарина кальция в случаях, когда операция выполняется под внутривенной или местной анестезией. Если планируется спинальная анестезия, первую инъекцию проводим за 12 часов до операции. Всем больным после операции назначался курс ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг в течении 1 месяца. Ношение компрессионного трикотажа и приём флеботропных препаратов являлись обязательными компонентами послеоперационной реабилитации больных. В группе сравнения взяты 183 больных с аналогичным диагнозом и клиническими проявлениями ХВН, лечение которым проводилось консервативными методами лечения. Средний возраст $52,71 \pm 11,2$. Причиной выбора консервативной терапии являлись: отказ больных от предложенного оперативного лечения - 142 (77,6%) больных, тяжёлая сопутствующая патология (критический митральный стеноз, бронхиальная астма, хроническая болезнь почек V стадии, декомпенсированный сахарный диабет, терминальная стадия) - 41 (22,4%) больной. Всем больным проводилась аналогичное лечение, которые принимали больные в послеоперационном периоде. Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде все пациенты отмечали положительную динамику. Летальных исходов не отмечено. Усиления симптомов нарушения венозного оттока и стойкого сохранения симптомов венозного стаза у пациентов не отмечено. У всех пациентов на момент выписки из стационара симптомы венозного стаза регрессировали полностью. В отдалённом периоде тромбоз глубоких вен и ТЭЛА в мелкие ветви имели место только у 5 больных (0,2%), которому была выполнена флебэктомия. В группе сравнения положительная динамика в первые 5 суток консервативного лечения отмечалась у 35 (19,1 %) человек. У 148 (80,9 %) положительная динамика не была отмечена в течении 5 дней, что вызвало необходимость расширить консервативную терапию (назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, препаратов ривароксабана), после чего в течении 5 суток больные начали отмечать положительный результат. Летальных исходов не отмечено. В от-



далённом периоде рецидив ТЭЛА у 47 (25,7 %) больных. Заключение. Положительный результат комплексной терапии пациентов, оперированной по поводу ХВН нижних конечностей значительно выше, чем в группе сравнения, что позволяет снизить частоту ТЭЛА с 25,7 % до 0,2%.

890.ДИДАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОХИРУРГИИ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Левин Л.А., Акимов В.П.

Санкт-Петербург

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Старейшая хирургическая кафедра последипломного обучения врачей, носящая имя ее основателя Н.Д.Монастырского, одной из первых в России начала освоение лапароскопической хирургии и обучение врачей этой технологии. Первые попытки поделиться полученным опытом с коллегами предпринимались нами в 1992-1994 гг. В этот период проводилось индивидуальное обучение хирургов на рабочем месте в клинике. К середине 90-х годов резко возросшая потребность в эндохирургической подготовке врачей побудила к разработке специальной учебной программы. С 1995 г. на кафедре стали проводиться плановые 144-часовые циклы тематического усовершенствования врачей по видеолапароскопии и лапароскопической хирургии, на которых ежегодно обучалось около 100 специалистов. Поскольку обучение проводилось преимущественно в виде практических занятий на тренажерах и в операционных залах, учебная группа ограничивалась десятью врачами-слушателями. За 20 лет обучение на циклах прошли около 2000 врачей. Первое время среди слушателей помимо общих хирургов были гинекологи, урологи, торакальные, сосудистые и детские хирурги, онкологи и врачи других специальностей. У них была единая задача нулевого уровня – овладеть основами эндохирургической техники оперирования. Сегодня программа начального уровня эндохирургической подготовки уже осуществляется на кафедрах оперативной хирургии применительно к студентам. А использованию технологии в смежных с хирургией областях обучают теперь на соответствующих профильных кафедрах. Поэтому последние годы учебные группы формируются обычно из хирургов общего профиля. Заметно изменился и возрастной состав врачей-слушателей. В 90-х годах группы состояли, как правило, из специалистов со стажем работы 10-15

лет и более. В последние годы все заметнее становится «омоложение» и возрастное «расслоение» слушателей на эндохирургических циклах. Сегодня до 30% обучающихся составляют молодые специалисты после хирургической интернатуры и клинические ординаторы первого-второго года обучения, не имеющие ни хирургического опыта, ни навыков лапароскопического оперирования. В дальнейшем, следует полагать, этот процент будет возрастать. В то же время многие врачи-слушатели, хорошо владеющие лапароскопической техникой холецистэктомии и других операций, приезжают на учебу с целью расширить свой спектр эндохирургических вмешательств. Происходящие изменения в составе обучающихся потребовали корректировки учебных программ по отношению к опыту врачей. В них больше внимания стало уделяться вопросам хирургической тактики в разнообразных ситуациях, в том числе в ургентной абдоминальной и торакальной хирургии с позиций эндохирургической технологии, расширяющимся возможностям технологии и перспективам ее развития, организационным вопросам. Занятия с врачами проводятся на 4 клинических базах, где работают сотрудники кафедры. Основной базой является скорпомощная многопрофильная Александровская больница на 1200 коек. Здесь в 1996 г. по инициативе проф. А.Е. Борисова было создано технологически специализированное отделение неотложной эндовидеохирургии, которое со временем трансформировалось в клинический учебно-методический центр по эндохирургии. Успешному обучению в центре благоприятствует обилие клинического материала и широкое использование эндохирургической технологии в повседневной практике. Лапароскопической техникой владеют все штатные хирурги, гинекологи, урологи больницы. Ежегодно в Александровской больнице выполняется более 3000 различных плановых и экстренных эндохирургических вмешательств. Для совершенствования учебного процесса и расширения его возможностей организована видеотрансляция из операционных залов в учебные классы, а также видеозапись операций, которые в любое время можно воспроизвести на экране и проанализировать. Стало возможным одновременно наблюдать за ходом нескольких операций в 2-4 «окнах» на экране. На базовом уровне эндохирургической подготовки мануальные навыки ограничиваются теми, что получены на тренажерах. А этого, все же, недостаточно. Слушатели могут присутствовать непосредственно в операционных залах во время операций, но возможность их участия в операциях представляется редко. Поэтому мы практикуем проведение тематических выездных циклов усовершенствования по эндохирургии. К началу цикла на месте «накаплива-



ют» достаточное число больных для определенных плановых операций, в которых обучающиеся врачи участвуют сначала как ассистенты, а затем как операторы при ассистенции опытного преподавателя. Таким путем удастся быстро внедрить в лечебном учреждении лапароскопическую технологию или расширить спектр ее применения. Переход к системе непрерывного медицинского образования предполагает ежегодное прохождение врачами укороченных циклов усовершенствования по индивидуальному выбору. В русле новых требований на кафедре разработаны программы 36-часовой подготовки по более узким разделам эндохирургии – ее применению в герниологии, хирургической гастроэнтерологии, ургентной абдоминальной хирургии, торакальной хирургии, в смежных с хирургией областях (гинекология, урология и др.) для общих хирургов. Хотя основной задачей эндохирургических циклов усовершенствования является освоение врачом новой для него технологии или расширение спектра выполняемых им эндохирургических вмешательств, она не должна достигаться в ущерб теоретической общехирургической подготовке специалиста.

891. ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Копяев А.О. (1), Копяев О.В. (2),
Вищипанов А.С. (1)*

Москва, 2) Россошь

1)РНИМУ им. Н.И.Пирогова, 2)БУЗ ВО
Россошанская ЦРБ

Введение. Среди ведущих причин смертности населения лидирует ишемическая болезнь сердца (ИБС). Хирургические вмешательства существенно снижают летальность от ИБС, однако возраст как один из ведущих факторов риска оперативного вмешательства до нынешних дней оценивается неоднозначно, поэтому существуют затруднения в прогнозировании исходов операции в зависимости от возрастной группы. Цель исследования. Оценка значимости возраста больного ИБС как фактора операционного риска и влияния его на исходы хирургического лечения. Материалы и методы. В исследовании обобщен опыт хирургического лечения 1072 больных с ИБС, проходивших лечение в ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева с 2006 по 2010 гг. Возрастной интервал исследуемых пациентов от 30 до 79 лет. Выделено две подгруппы пациентов: не старше 45 лет – 115 человек (10,72%); и диаметрально противоположная, старше 70 лет – 53

человек (4,9%). В работе использовалась методика Каплана-Меера, с помощью которой оценивались отдаленные результаты операций. В результатах анализа значатся: доверительный интервал (ДИ) равный 95% и отношения шансов (ОШ). За статистически достоверные принимались результаты исследования только при значении.

892. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Шляпников С.А., Склизков Д.С., Батыршин И.М.,
Насер Н.Р., Остроумова Ю.С., Двойнов В.Г.,
Бородина М.А., Михельсон Е.П.*

Санкт-Петербург

ГБУ "Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе"Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. МечниковаСанкт-Петербург

Введение. Некротизирующие формы инфекции мягких тканей характеризуются быстро прогрессирующим воспалительным процессом, некрозом, осложняющимся выраженной интоксикацией, а в наиболее тяжёлых случаях – органной дисфункцией, тяжелым сепсисом(септическим шоком), сопровождаются высокой летальностью. В настоящее время в литературе активно обсуждается новый перспективный метод лечения некротизирующих инфекций – вакуум ассоциированная терапия. Оценка его роли и значимости в лечении некротизирующих форм инфекции является актуальной проблемой. Материалы и методы. С 2015 по 2017 год в НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе на базе Городского центра по лечению тяжелого сепсиса проведено проспективное исследование с целью оценки эффективности применения систем терапии отрицательным давлением в комплексном лечении больных с некротизирующей инфекцией мягких тканей. В исследование включено 30 пациентов, которые были разделены на две группы: контрольная группа - пациенты, у которых местное лечение ран проводилось классическим способом (16), и группа исследования – пациенты, у которых в комплексном лечении применялась терапия локальным отрицательным давлением (14). По тяжести септического процесса, которое оценивалась по шкале SOFA, статистически значимых различий в обеих группах выявлено не было. Уровень поражения мягких тканей находился в диапазоне от 2го до 4го (Ahrenholz, 1978) , по площади раневой процесс охватывал от 1 до 10% площади



тела. В группе исследования вакуум ассоциированная повязка накладывалась во время первой операции, при условии наличия адекватного гемостаза. Использовался переменный режим отрицательного давления (120 и 80 мм ртст, интервал 3 минуты). Смена повязок осуществлялась каждые 48-72 часа. Полученные результаты. В результате проведенного исследования были получены следующие результаты: 1. Уровень летальности в контрольной группе составила 62,5% (10).

893.ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ II-III СТЕПЕНИ

Кошель А.П., Алексеев В.А., Клоков С.С., Рудая Н.С.

Томск

ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова

Выбор тактики лечения при II-III степени ахалазии остается сложной проблемой. До настоящего времени одной из основных методик хирургического лечения таких пациентов является операция Геллера (Heller), частота рецидивов при которой составляет от 3 до 50%. После эндохирургического вмешательства рецидивы дисфагии развиваются у 5-14% больных. Таким образом, остается актуальным поиск малотравматичных и эффективных, в плане снижения числа осложнений и рецидивов в отдаленные сроки после вмешательства оперативных пособий.

Материалы и методы. В эксперименте разработан способ хирургического лечения ахалазии кардии II-III стадии (Патент РФ № 2489970 от 20.08.2013). Методику формирования искусственного кардиоэзофагеального перехода отработывали на 20 кроликах породы шиншилла обоего пола весом 5-10 кг. Операция выполняется следующим образом. Под внутривенным золотиловым наркозом выполняли верхне-срединную лапаротомию. Производили мобилизацию абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка, для чего низводили кардию и абдоминальный отдел пищевода вместе с клетчаткой, связочным аппаратом, стволами блуждающих нервов и их основными ветвями. На протяжении 6-7 см. мобилизовали абдоминальный и внутрихиатусный сегменты пищевода, скелетировали проксимальный участок малой кривизны тела желудка с пресечением 1-2 коротких сосудов. Выполняли селективную проксимальную ваготомию. В зоне кардиоэзофагеального перехода выполняли демускуляризацию

пищевода с обязательным сохранением блуждающих нервов. Для этого на предполагаемом уровне демускуляризации накладывали швы-держалки. Далее производили поперечные циркулярные миотомные разрезы: один на 15 мм проксимальнее визуальной границы пищеводно-кардиального перехода, другой - на 5 мм дистальнее неё. Разрезы выполнялись под углом 60°, мышечные волокна рассекали до подслизистого слоя. Без вскрытия просвета пищевода производили полное циркулярное удаление мышечно-серозного покрова. После чего на мышечную оболочку пищевода и серозно-мышечную оболочку желудка накладывали узловые швы-держалки, которые поочередно завязывали, при этом производили погружение подслизисто-слизистого футляра, формируя тем самым инвагинационный арефлюксный клапан. Результаты и обсуждение. Изучение формы клапана в разные сроки после операции проводили с помощью «ледяной анатомии». Для этого после извлечения органокомплекс промывали проточной водой. Далее в просвет препарата нагнетали воздух до принятия им формы, напоминающей естественную, после чего его помещали в морозильную камеру при температуре -25°C. По истечении 4 часов производили срезы органокомплекса в трёх плоскостях: фронтальной, сагиттальной и аксиальной. На замороженных препаратах желудок и пищевод обычной формы и объёма, отчётливо визуализировался острый угол Гиса. На аксиальном срезе пищевода непосредственно над искусственным клапаном створки плотно сомкнуты, просвет желудка не виден. На сагиттальном разрезе в области кардиоэзофагеального перехода чётко виден антирефлюксный клапан, образованный внутренним слизисто-подслизистым футляром органокомплекса, инвагинирующий в просвет желудка. На разрезе клапан представлен складкой слизистой оболочки пищевода и, частично снаружи, слизистой оболочкой желудка, высотой до 12 мм. При оттаивании органокомплекса клапан отчётливо пальпируется через стенку желудка, створки клапана эластичны, подвижны. Заключение. Таким образом, разработанный способ операции позволяет сформировать в области пищеводно-желудочного перехода искусственный клапан, который сохраняет свою форму в различные сроки после операции. Применение на практике нового метода лечения ахалазии кардии позволит повысить качество жизни оперированных пациентов во все сроки после операции и сократить количество послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания в отдаленные сроки после операции. в эксперименте показало, что предпринятый вариант оперативного вмешательства способствует формированию на границе пищевода и желудка своеобразной антирефлюксной



структуры сохраняющей свою анатомическую состоятельность во все сроки наблюдения.

894. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Кошель А.П., Клоков С.С., Воробьев В.М.

Томск

ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова

Любое вмешательство на желудке в раннем послеоперационном периоде сопровождается выраженной болевой реакцией, нарушениями водно-электролитного, углеводного и белкового обменов, снижением объема циркулирующей крови. Не подлежит сомнению тот факт, что основа благоприятного течения отдаленного послеоперационного периода закладывается в ранние сроки после операции, а медицинская реабилитация пациентов оперированных на желудке должна проводиться в три этапа: 1 этап – ранний стационарный (до выписки из отделения); 2 этап – ближайший (в сроки от 1,5 до 2 мес. после операции); 3 этап – лечебно-реабилитационный (по показаниям): наличие признаков болезни оперированного желудка, выявленной в после операции. В нашей клинике в 90-х годах разработана стратегия ведения раннего послеоперационного периода в которой особое внимание обращается на следующие моменты: 1. адекватное обезболивание; 2. декомпрессия оперированного желудка; 3. восстановление моторно-эвакуаторной функции проксимального отдела пищеварительного тракта; 4. коррекция водно-электролитных нарушений и полноценное энтеральное питание в ранние сроки после операции; Интенсивная боль после операции является одним из факторов реализации катаболического ответа на травму: повышается концентрация катехоламинов и кортизола, на фоне снижения инсулина и тестостерона. Развивается отрицательный азотистый баланс, гипергликемия, повышается липолиз. Неадекватная анестезия ограничивает мобильность пациента, что повышает риск возникновения тромбозов, замедляет процесс восстановления функции желудочно-кишечного тракта, «задержка кашля» приводит к застою секрета в бронхиальном дереве, с развитием ателектазов, очагов пневмонии и т.д. Формирование пилороподобного гастроуденоанастомоза взамен разрушенного или удаленного пилорического жома ведет к неизбежному повышению тонуса в просвете оперированного

желудка в ранние сроки после операции за счет затруднения опорожнения последнего. Исходя из изложенного выше считаем, что особое внимание в раннем послеоперационном периоде у больных после операций с использованием пилоромоделирующих и пилоросохраняющих технологий следует уделять декомпрессии оперированного желудка и восстановлению пропульсивной способности проксимального отдела пищеварительной трубки. Восстановление питательного статуса пациента после операций на желудке, является одним из основополагающих условий благоприятного течения раннего послеоперационного периода. Наличие ряда осложнений парентерального питания, на фоне его высокой стоимости снижает его привлекательность. В этой связи альтернативой парентеральному питанию является энтеральное зондовое питание. Применение последнего позволяет доставлять полноценные продукты питания непосредственно в тощую кишку, что способствует более полному усвоению энергетического материала, значительно ускоряет процессы регенерации тканей в области анастомозов и послеоперационной раны; стимулирует перистальтику кишечной трубки; исключает осложнения характерные для парентерального питания; снижает стоимость койко-дня. В заключении следует еще раз подчеркнуть, что ранний (стационарный) период реабилитации после операции на желудке требует особенно тщательного внимания со стороны врача. Обязательными моментами в первом периоде являются адекватное обезболивание; декомпрессия оперированного желудка; восстановление моторно-эвакуаторной функции проксимального отдела пищеварительного тракта; коррекция водно-электролитных нарушений и полноценное энтеральное питание в ранние сроки после операции. Проведение указанного комплекса реабилитационных мероприятий способствует более быстрому и адекватному восстановлению не только функции оперированного желудка, но и всего организма в целом, обеспечивая наиболее благоприятные условия для включения адаптационно-приспособительных механизмов.



895. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛУДКЕ

*Кошель А.П., Копанчук А.В., Рудая Н.С.,
Дибина Т.В.*

Томск

ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова

Цель исследования разработать методы профилактики и лечения моторно-эвакуаторных нарушений у больных в ранние сроки после операции на желудке. Материал и методы. Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 255 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде проводилась коррекция моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка с использованием автономного электро-стимулятора желудочно-кишечного тракта (АЭС ЖКТ) - основная группа (n=125) и медикаментозная стимуляция (церукал 2,0 внутримышечно два раза в сутки) – группа контроля (n=130). Обе группы были близки по полу и возрасту, локализации язвы, характеру осложнений и объему операции (резекция 1/2 желудка с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза). Субъективная оценка клинических результатов проводилась интервьюером, который был дистанцирован от того, какой метод стимуляции был применен. Инструментальные методы изучения моторной функции оперированного желудка включали рентгеноконтрастное исследование и электрогастрографию. Результаты и обсуждение. По данным рентгеноскопии констатируется нормализация тонуса желудка через 5 суток после начала стимуляции, за счет уменьшения процента больных с гипотонией, что особенно важно с признаками атонии желудка. При этом имеется статистически достоверная разница между группами пациентов, получающими АЭС ЖКТ-3 и медикаментозное лечение. Изучение электрогастрограмм (ЭГГ) до и после различных вариантов стимуляции (медикаментозная, АЭС ЖКТ) с использованием системы Polygraf ID было проведено у 70 больных (35 основной и 35 – контрольной группы) в сроки от 5 до 10 суток после операции, при этом получены следующие данные. У пациентов в течение 5-и суток получавших медикаментозную стимуляцию доминантная частота до приема пищи составила $0,8 \pm 0,03$ СРМ (норма – 3,15), после приема пищи $3,3 \pm 0,9$ СРМ (норма 3,23). Доминантная мощность до приема пищи $51,3 \pm 7,5$ dB

(норма 26,1), после приема пищи $50,9 \pm 6,1$ dB (норма 28,4). Нормогастрия до приема пищи $34,6 \pm 5,9\%$ (норма более 70), после приема пищи $55,6 \pm 9,9\%$ (норма более 70). Через 5 сут. на фоне изолированного приема АЭС ЖКТ отмечается увеличение мощности сигнала или амплитуды после приема пищи, что соответствует норме. Доминантная частота до приема пищи $2,9 \pm 0,9$ СРМ (норма 3,15), после приема пищи $3,2 \pm 1,08$ СРМ (норма 3,23). Доминантная мощность до приема пищи $26,1 \pm 1,1$ dB (норма 26,1), после приема пищи $28,2 \pm 1,5$ dB (норма 28,4). Нормогастрия до приема пищи $96,4 \pm 2,9\%$ (норма более 70), после приема пищи $86,4 \pm 5,6\%$ (норма более 70). Осложнений, связанных с применением зонда стимулятора, мы не отмечали. Заключение. Применение автономного электростимулятора желудочно-кишечного тракта позволяет в относительно короткие сроки (5 суток) значительно уменьшить признаки нарушения моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, в сравнении с медикаментозной стимуляцией. При использовании АЭС ЖКТ – 3 достоверно уменьшаются такие проявления дискоординации моторной функции пищеварительного тракта как тяжесть в эпигастрии, вздутие живота. Для этой группы пациентов был характерен самостоятельный стул уже через 2 – 3 дня после начала стимуляции. Раннее и эффективное восстановление моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка и пищеварительного тракта в целом, способствует значительному сокращению сроков социальной и трудовой реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде.

896. МОНИТОРИНГ И РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

*Мартынов А. А., Баранов А. И., Демьянов В.С.,
Белогорохов С. А., Лещинин Я. М.,
Васильев С. А., Бухтияров А. П.,
Майнагашев С. С.*

Новокузнецк

НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Цель: Определить роль мониторинга внутрибрюшного давления (ВБД) в плановой хирургии. В исследование включено 87 больных перенесших операции на органах брюшной полости с удалением или резекцией одного или нескольких органов. Из них женщин -47(54%), мужчин -40(46%). 4-го больных



умерли (4%) Внутрибрюшное давление (ВБД) измерялось по стандартной методике через мочевого пузырь, начиная с первых часов после операции, не менее 2 раз в сутки. Мониторинг проводился все время нахождения пациента в отделении реанимации Среднее нахождение пациента в палате интенсивной терапии- 2,8 суток. Возрастная группа от 30-70 лет, 70% старше 60 лет. 31 больной (35%) ВБД от 100 до 190мм. в.д. ст. -8-14мм .рт. ст 26 больных (29%) ВБД от 60 - 99мм. в.д. ст. -4-7мм. рт. ст. 30 больных (34%) ВБД от 0-59 мм. в.д. ст. - 0 - 4 мм. рт. ст У больных, которым выполнены обширные операции на органах брюшной полости, взаимосвязи изменения ВБД от этажей брюшной полости (мезогастрий, гипогастрий или эпигастральная область) не выявлено. Больные, оперированные по поводу больших забрюшинных опухолей и органах забрюшинного пространства, а так же больные с комбинированными операциями на органах брюшной полости, ожирением в после операционном периоде сопровождались длительным парезом кишечника и как правило повышением ВБД (35%). На ВБД одними из факторов влияющих на его значение, а точнее снижающих его - является выбор метода обезболивания, как во время самой операции, так и в после операционном периоде (длительная эпидуральная анестезия), адекватная инфузионная терапия, борьба с парезом кишечника- ранняя стимуляция его. Интубация тонкой кишки назоеюнальным зондом, интубация толстой кишки по Кону, наложение привентивных коло и энтеростом, девульсия ануса по Пайру. 8 больным (9%) потребовалась релапаротомия по поводу различного вида осложнений. (удаление гематомы малого таза, интубация тонкой кишки по поводу паралитической кишечной непроходимости, вскрытие гнойника малого таза, эндоскопическая экстирпация матки с придатками- ранение аорты, внутрибрюшное кровотечение, геморрагический шок, массивная забрюшинная гематома- релапаротомия, ушивание раны аорты, интубация тонкой кишки. Больной с раком нижне- ампулярного отдела прямой кишки, некроз низведенной сигмовидной кишки при брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмы- релапаротомия, операция Гартмана) 3 больным (3%) выполнена релапаротомия, наложением лапаротомы по поводу несостоятельности швов анастомоза, разлитого перитонита ВБД у таких больных повышалось 8-14мм. рт. ст(110-190мм в.д ст), что сразу настораживало и требовало дополнительных методов обследования. Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости, обзорный рентген снимок органов брюшной полости, компьютерная томография органов брюшной полости 2 больным операции закончены лапаростомой, с целью динамического контроля за состоянием

резецированных органов брюшной полости. У 57 больных(64 %) прослеживалось повышение ВБД от 4-7мм.рт.ст(60-99мм в.д ст), до I степени внутрибрюшной гипертензии 8-14мм .рт. ст (100-190мм в.д ст). У 30 больных (34%) внутрибрюшное давление в норме или не превышало 0-4 мм. рт. ст (0-59мм в.д ст). У больных ранний после операционный период протекающий с осложнениями и требующие повторного оперативного вмешательства, в 100%случаях отмечалось повышение ВБД. Исключения составили больные, перенесшие обширные операции на органах брюшной полости, которые заканчивались лапаростомой. В дальнейшем проводились программированные санации брюшной полости от 1-2, при необходимости интубация кишки. Брюшная полость ушивалась, в последующем проводились измерения ВБД в отделении реанимации Выводы: 1) Контроль за ВБД в отделениях реанимации и палатах интенсивной терапии необходим. 2)Нормальные значения внутрибрюшного давления и отсутствие тенденции к его повышению в течение первых суток после операционного периода является благоприятным прогностическим признаком 3) Нарастание ВБД в раннем после операционном периоде является настораживающим фактором для врача, требующим интенсивного лечения, дополнительных методов обследования, а в некоторых случаях и показанием для релапаротомии.

897.ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДПК ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ: ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Кошель А.П., Воробьев В.М., Клоков С.С.,
Чирков Д.Н., Маевский Е.И.*

Томск, Северск

ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова
ФГБУ Сибирский федеральный научно-
клинический центр ФМБА России

Актуальность. Проблема остановки гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии остается одной из ведущих в ургентной хирургии. В первую очередь это обусловлено стабильно высоким уровнем летальности, который вот уже на протяжении многих лет остается на уровне 10%. Цель: обоснование индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 984 больных с гастродуоденальными кровотечениями. В том числе 741 мужчина и 243 женщины в возрасте от 15 до 89



лет. Всем пациентам при поступлении в клинику с признаками гастродуоденального кровотечения в приемном отделении выполнялась экстренное эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта с целью топической диагностики источника геморрагии и оценки состояния сосудистого гемостаза в дне язвы по классификации J. Forrest (1987), а так же попытки эндоскопической остановки кровотечения. Язвенная болезнь желудка имела место у 301 (30,6%) пациента, ДПК – у 614 (62,4%), у 46 (4,7%) пациентов имелись сочетанные гастродуоденальные язвы, у 23 (2,3%) – язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II). После эндоскопического исследования и выяснения источника и локализации геморрагии, определялась дальнейшая тактика. Результаты. Пациенты с продолжающимся кровотечением или высокой угрозой рецидива (F-I-A, F-I-B и F-II-A, F-II-B), были госпитализированы в отделение интенсивной терапии. Пациенты со струйным артериальным кровотечением из язвы (F-I-A) после короткой предоперационной подготовки были оперированы. Наличие капельного венозного кровотечения (F-I-B) являлось показанием для гемостатической терапии. Если через 6 ч. при контрольной ФЭГДС кровотечение продолжалось, пациентам предлагалось выполнение экстренной операции. Если через сутки интенсивной терапии сохранялась угроза кровотечения (F-II-A, F-II-B) пациентам с длительным течением язвенной болезни, либо наличием эпизодов гастродуоденального кровотечения в анамнезе настоячиво рекомендовалось выполнение срочной операции. При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (F-II-C) при эндоскопическом контроле через сутки, больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 суток) решением вопроса о плановом оперативном лечении. Пациенты группы F-II-C и F-III либо госпитализировались в стационар для дальнейшего планового обследования, либо им рекомендовалось пройти комплексное обследование в поликлинике по месту жительства. Послеоперационная летальность составила 3,7% (16 из 434 оперированных). Осложнения в раннем послеоперационном периоде имели место у 53 (12,2%) больных. Все осложнения были неспецифическими, т.е. характерными для любой операции на органах брюшной полости. Средний койко-день после операции составил – $19,5 \pm 3,3$ сут. Таким образом, при решении вопроса о тактике лечения у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями следует придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. Степень кровотечения F-I-A является показанием для выполнения экстренной операции. При кровотечении F-I-B показано проведение

консервативного гемостаза, при неэффективности которого в течение 6 часов, следует решать вопрос об оперативном лечении. При неэффективности консервативных мероприятий (особенно у пациентов с хроническими язвами и наличием эпизодов желудочно-кишечных кровотечений) следует активно предлагать оперативное лечение. Операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой. При кровотечении F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология) возможно проведение консервативных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем.

898. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОННЫХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОНОМНЫХ СИСТЕМ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

*Скляр Ф.В.(1), Жолковский А.В.(2),
Пономарев А.В. (1), Песков Н.А.(1), Чудинов Г.В.(1)*

Ростов-на-Дону

1)ФГБОУ ВО РостГМУ, 2)РКБ ЮОМЦ ФМБА России

Актуальность: по мере старения населения планеты и эволюции хирургических подходов к лечению аритмий, увеличивается количество имплантаций антиаритмических имплантируемых систем (АИС). Сегодня в мире ежегодно имплантируется более миллиона АИС. Инфекционные осложнения достигают 5%. Поскольку инфицирование АИС является абсолютным показанием к ее удалению с последующей реимплантацией, проблема ведения раны и местной элиминации инфекции приобретает особую актуальность. Материал и методы: исследование построено на ретроспективном анализе результатов лечения двух идентичных по возрасту, полу, коморбидным состояниям и показаниям к удалению АИС (инфекционные осложнения) групп пациентов. Клинический материал накоплен в 2008 - 2016 гг. В первую группу (n=15) вошли пациенты с традиционным подходом к ведению раны: после удаления АИС выполнялась хирургическая обработка подкожного ложа устройства с выполнением некрэктомии, дренирования, открытого ведения или сведения краев раны с дренажем инфицированной полости. Во второй группе (n=15) выполнялась некрэктомия и сана-



ция раневой поверхности с последующим ушиванием раны наглухо и последующей аппликацией системы вакуумного ведения хирургической раны (WNP технология). Различий в назначении АБ терапии в группах не было: всем больным назначались цефалоспорины IV поколения ex ivantibus с последующей сменой антибиотика после получения бактериологического результата. Анализировались сроки и результаты госпитального этапа лечения, продолжительность амбулаторного этапа, свобода от рецидива инфекционных осложнений через 1,6,12 мес. Объем обследований включал физикальное исследование, УЗИ послеоперационной раны, ЭхоКг, выполнение ОАК. Результаты: средний послеоперационный койкодень в первой группе составил 9,4 против 6,2 во второй группе. В первой группе в 5 наблюдениях (33%) имело место заживление раны вторичным натяжением, во второй группе все раны зажили первичным натяжением. Среднее время полного заживления (в послегоспитальном периоде) составило 17,3 сут. для больных первой группы и 8,0 сут. во второй группе. Соответственно, в случаях отсутствия стимуляционной зависимости, реимплантация АИС с использованием той-же анатомической зоны выполнена 11 больным первой группы в средние сроки 22,1 сут. против 9,5 сут. во второй группе (у 13 больных). Среди пациентов первой группы в одном случае имело место реинфицирование ложа электрокардиостимулятора с развитием клинической манифестации в сроки 6 мес п/о периода. Указанная ситуация потребовала повторного удаления АИС, ведения раны с использованием аппликации системы вакуумного ведения хирургической раны (WNP технология, Smith&Nephew Co.) и переноса АИС на контрлатеральную сторону. Еще один больной был реоперирован спустя 13 мес в связи с развитием стойкого болевого синдрома в проекции ложа имплантированного кардиовертера-дефибриллятора без признаков воспаления. Во второй группе инфекционных и иных осложнений, потребовавших хирургических вмешательств не было. Летальности в сроки наблюдения до 12 мес в обеих группах не зафиксировано. Обсуждение: механизм действия постоянного отрицательного давления в области послеоперационной раны связан с рядом факторов: эвакуация раневого отделяемого, тканевых продуктов воспаления и нежизнеспособных клеток; усиленный приток крови (полнокровие) в области приложения хирургического вакуума и, как результат, активизация напряженности местного клеточного и гуморального иммунитета; локальное повышение концентрации антибактериальных препаратов. Все перечисленные механизмы действуют синергично и взаимно потенцируют противовоспалительные и репаративные процессы. Клиническое использование

данной методики позволяет не только сократить госпитальный период лечения пациента, но и уменьшить абсолютную дозировку антибактериальных и противовоспалительных средств. Выводы: использование системы вакуумного ведения хирургической раны (WNP технология) позволяет сократить сроки заживления инфицированных ран, предотвратить рецидивирование инфекционного процесса, сократить сроки пребывания больного на больничной койке и получить финансовую выгоду за счет сокращенного койкодня и экономии лекарственных средств. Рекомендации: клиническое применение системы вакуумного ведения хирургической раны показано для всех категорий пациентов, перенесших удаление инфицированных компонентов АИС.

899. БЕСКОНТРАСТНАЯ МР-ВЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВЕНОТРОМБОЗОВ И ЭКСТРАВАЗАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ЕЕ БАССЕЙНА

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

Москва

1)ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва 2)МДЦ «Рэмси Диагностика», Москва

Цель исследования: оценить информативность магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике венотромбозов и экстравазальной компрессии. Материал и методы: в исследование включены 28 пациентов с ХВН (клинический класс С3-С6 по классификации СЕАР), из них 7 мужчин и 21 женщина. Средний возраст пациентов составил $43,6 \pm 11,6$ 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 сентябрь 2015 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



МР и 3D. Время сканирования - не превышало 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 13 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. Одному пациенту 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. У 10 пациентов выявлены посттромботические изменения глубоких вен: посттромботическая облитерация левой ОПВ в 4 случаях, правой ОПВ, нижней полой вены (НПВ) в 3 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. В 2 случаях патологических изменений глубоких вен выше паховой связки выявлено не было, по данным УЗАС отмечался субтотальный рефлюкс по большой подкожной вене. Обсуждение: 3D-реконструкция НПВ и ее бассейна может быть использована при планировании реконструктивных, коррегирующих и восстановительных операций у пациентов не только с ПТВ, 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.

900. ОЦЕНКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Куликова А.Н., Байтман Т.П.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России
Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

Актуальность Варикозная болезнь (ВБ) вен нижних конечностей доминирует в нозологическом спектре хронических заболеваний вен (Покровский А.В., 2013). Во многом это обусловлено тем, что существует множество факторов риска развития ВБ. Цель Изучить частоту встречаемости модифицируемых факторов риска развития патологии вен у лиц женского и мужского пола, страдающих варикозной болезнью вен нижних конечностей. Материалы и методы В исследование включены 100 пациентов (50 женщин, 50 мужчин), госпитализированных на плановую флебэктомию в I и II отделения сосудистой хирургии ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 1 им. Ю.Я.Гордеева». Критерий включения – диагноз ВБ нижних конечностей, установленный на основании клинического осмотра и ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей (аппарат Vivid 7 Dimension, GE Medical System). Опрос больных проводился с использованием специально составленной анкеты, направленной на выявление ключевых модифицируемых факторов риска развития ВБ. Результаты и обсуждение Проанализированы следующие модифицируемые факторы риска развития ВБ: избыточный вес и ожирение, профессиональная деятельность, связанная с длительным пребыванием в вертикальном положении, регулярные значительные физические нагрузки, плоскостопие, курение, малоподвижный образ жизни, использование давящей и/или на каблуках обуви, беременность и роды. Избыточный вес и ожирение выявлены с учетом ИМТ у 76 больных: 44 (58%) женщин, 32 (42%) мужчин. Высокая частота встречаемости этого фактора соответствует результатам исследований K. Kohno et al. (2014), A.J. Lee et al. (2015), S. Onida et al. (2016). Профессиональная деятельность, связанная с длительным пребыванием в вертикальном положении (продавец, инженер, медсестра, разнорабочий и др.) отмечена у 68 больных: 36 (53%) женщин, 32 (47%) мужчин. Сходные результаты получены в исследованиях J.W. Bahk et al. (2012), N. Josef et al. (2016). Регулярные значительные физические нагрузки характерны для 49 респондентов: 25



(51%) женщин, 24 (49%) мужчин. Роль физических нагрузок в развитии ВБ подтверждена в работе A. Sancini et al. (2012). Факт курения установлен у 35 респондентов: 12 (34%) женщин, 23 (66%) мужчин. Средняя продолжительность курения составила 20 и 23,5 лет соответственно. При этом среднее число сигарет, выкуриваемых в день, больше у женщин – 18,6 против 17. Piazza G. (2014), отмечает, что курение влияет на развитие ВБ в связи с воздействием на эндотелий венозной стенки. Однако K.N. Selçuk et al. (2014), S. Tabatabaeifar et al. (2015) не выявили связи ВБ с этим параметром. Плоскостопие диагностировано у 35 пациентов: 7 (20%) женщин, 28 (80%) мужчин. Вели малоподвижный образ жизни 32 опрошенных: 22 (69%) женщины, 10 (31%) мужчин. Указывают малоподвижный образ жизни в качестве фактора риска ВБ I. Bihari et al. (2012), G. Abelyan et al. (2017). Некоторые факторы риска характерны только для женщин. Так, использование давящей и/или на каблуках обуви выявлено только у лиц женского пола – 38 (76%). Связывали развитие заболевания с беременностью и родами 32 (64%) женщины, 2 и более беременностей – у 25 (59,5%), 2 и более родов – 15 (36%). Влияние беременности и родов на развитие ВБ подтверждают F. Banhidly et al. (2010), S. Tabatabaeifar et al. (2015). M. Ropacka-Lesiak et al. (2012), предполагает, что риск ВБ прямо пропорционален количеству родов, но в работе С.А. Engelhorn et al. (2010) данный факт не подтвержден. Выводы Наиболее распространенные модифицируемые факторы риска развития ВБ, общие для женщин и мужчин, – избыточный вес и ожирение, длительное пребывание в вертикальном положении, значительные физические нагрузки. Специфические для женщин наиболее часто встречаемые модифицируемые факторы риска – беременность и роды, использование неудобной обуви, для мужчин – плоскостопие, курение.

901. ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

*Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е., Швецов Р.В.,
Уткин А.К.*

Ярославль

Ярославский государственный медицинский
университет

Актуальность проблемы возникновения посттравматического панкреатита значительно возросла в последнее время. Это связано с ростом количества травм поджелудочной железы у лиц

работоспособного возраста и отсутствием четких представлений о сроках развития и вариантах клинического течения посттравматического панкреатита. Цель исследования: Установить частоту возникновения посттравматического панкреатита в зависимости от локализации и степени повреждения поджелудочной железы. Изучить возможности прогнозирования развития посттравматического панкреатита у лиц с травмой поджелудочной железы. Материалы и методы: Предметом клинического наблюдения стали 159 больных с травмами поджелудочной железы. Для объективной оценки травмы поджелудочной железы применялась классификация Northrup W.F (1979 г.). Среди больных преобладали пациенты с закрытой травмой поджелудочной железы (53,4%). Доля сочетанных повреждений составила 57,2%. Объем оперативного вмешательства зависел от степени поражения поджелудочной железы, тяжести кровопотери, наличия сопутствующих повреждений. Посттравматический панкреатит наблюдался у 102 пациентов с травмой поджелудочной железы (64,1%). Диагноз посттравматического панкреатита ставился на основании интраоперационной картины, клинических проявлений в послеоперационном периоде, появлением специфических панкреатогенных осложнений. Результаты исследования: Наибольшая частота развития посттравматического панкреатита отмечалась у пациентов с 1 и 4 степенью повреждения поджелудочной железы (88% и 77,3% соответственно). Достоверных отличий между частотой возникновения посттравматического панкреатита у больных с повреждением паренхимы железы и травмой панкреатических протоков получено не было. Установлено, что при открытой травме поджелудочной железы панкреатит развивался в 51% случаев, а при закрытой у 80% больных. По нашим данным существенное значение на развитие послеоперационного панкреатита оказывал характер проводимой операции на поджелудочной железе. При проведении тампонирования поджелудочной железы с целью остановки кровотечения, панкреатит развивался в 66% случаев, тогда как при обычном дренировании только в 49% случаев. По-видимому, это связано с дополнительной травматизацией паренхимы железы при тампонировании. Абдоминализация поджелудочной железы приводила к развитию острого панкреатита в 97,6% наблюдений. При проведении дистальной резекции поджелудочной железы посттравматической панкреатит не развивался. При манипуляциях на протоковой системе поджелудочной железы панкреатит развивался в 100% случаев. Наибольшая частота развития посттравматического панкреатита отмечалась при повреждении перешейка железы (86,32%) и хвоста железы (77,9%). При сочетанных повреж-



дениях панкреатит развивался в 100% случаев. Установлено, что с увеличением тяжести поражения железы клинические проявления панкреатита становятся более выраженными. Общая летальность при повреждении поджелудочной железы составила 26,4%. В структуре летальности посттравматический панкреатит составил 15,1%. При 1 степени повреждения поджелудочной железы летальность составила 20%, при 4 степени 26,4%. При деструктивном посттравматическом панкреатите летальность составила 28,9%. Выводы: Улучшение результатов лечения пациентов с травмой поджелудочной железы напрямую связано с адекватно проведенным оперативным вмешательством, а также назначением в послеоперационном периоде всем пациентам упреждающей патогенетической терапии.

902.ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Недид С.Н. (1), Белоус Р.А.(2), Смирнова О.Н. (2), Степаненко Е.А. (2), Вдовин О.Б. (1), Смирнова Н.Е., Яцишин Д.А. (2), Гремблат А.Б. (2), Щур А.Ю. (2), Цыганчук Е.В. (2)

Благовещенск

1) ФГБОУ ВО «Амурская Государственная Медицинская Академия», 2) ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»

Актуальность: По данным литературы доля детей в возрасте до 3х лет с острым аппендицитом не превышает 6-8% от общего числа заболевших. Диагностика у таких пациентов довольно часто вызывает серьезные затруднения, и как правило диагноз выставляется только после развития осложнений. Цель: провести анализ диагностики, результатов лечения, послеоперационных осложнений острого аппендицита у детей младшей возрастной группы (до 3х лет) на базе хирургического отделения Амурской областной детской клинической больницы. Материалы и методы: за период с 2010 по 2016 год в хирургическом отделении АОДКБ с диагнозом острый аппендицит оперировано 725 детей, из них 20 в возрасте 0-3х лет (2,75%). 90% детей этой возрастной группы поступили в отделение спустя более 2 суток с момента заболевания. Поздняя госпитализация обусловлена быстрым развитием общих симптомов (многократная рвота, жидкий стул, повышение температуры тела выше 38,0С), что и заставило родителей заниматься самолечением, либо обращаться в поликлинику, где педиатром без осмотра хирургом назначалась симпто-

матическая терапия. Наибольшую по численности группу составили пациенты с осложненными формами аппендицита – 18 (90%): местный гнойный перитонит 4 (20%); распространенный гнойный перитонит 9 детей (45%); периаппендикулярный абсцесс 3 (15%); аппендикулярный инфильтрат 1 (5%) флегмона забрюшинного пространства 1 (5%) В 80% случаев диагноз выставлен до операции и подтвержден результатами ультразвукового исследования. В 14 случаях (70%) выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Послеоперационные осложнения достигли 25 % (все дети с осложненными формами острого аппендицита) и распределились следующим образом: Прогрессирующий послеоперационный перитонит 2 (10%). Лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости – выздоровление; Послеоперационный абсцесс брюшной полости 2 (10%). Лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости - выздоровление Сепсис, острое нарушение мезентериального кровообращения в бассейне нижней брыжеечной артерии с некрозом ½ поперечно-ободочной, нисходящей, сигмовидной кишки, сегментарный тромбоз верхней брыжеечной артерии с некрозом подвздошной кишки – 1 (5%). Выполнены неоднократные релапаротомии, резекция некротизированных участков кишки, илео-, колостомия. В настоящее время проводятся этапные реконструктивные операции; Двусторонняя септическая пневмония, полиорганная недостаточность 1 (5%). Летальность среди детей этой возрастной группы остается высокой и составила 5%: ребенок в возрасте 11 мес, поступил через 3 суток от момента заболевания, на операции ретроперитонеальное расположение аппендикса, с развитием флегмоны забрюшинного пространства. Послеоперационный период осложнился двусторонней септической пневмонией, плевритом, полиорганной недостаточностью. Выводы: несмотря на высокие достижения на современном этапе в диагностике и лечении острого аппендицита, доля осложнений и летальность среди детей младшей возрастной группы остаются высокими. Повышение уровня просвещенности населения, настороженность врачей первичного звена и более широкое применение ультразвукового исследования на амбулаторном этапе, позволит установить диагноз острого аппендицита до развития осложнений. Внедрение в практику лапароскопической аппендэктомии даже при осложненных формах острого аппендицита позволило существенно снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений. Лапароскопия дает возможность адекватной ревизии и санации органов брюшной полости, осуществлять damage control, программированные санации брюшной полости, избегая широких лапаротомий и последующих осложнений.



903. СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ПОДВЕРГШИХСЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ

*Мушба А.В., Цветкова А.А.,
Денисенко-Канкия Е.Т., Вахромеева М.Н.,
Виноградов О.И., Кузнецов А.Н.*

Москва

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

Актуальность: эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют, что острые нарушения мозгового кровообращения продолжают доминировать в структуре всех цереброваскулярных расстройств. Стено-окклюзирующее атеросклеротическое поражение магистральных и интракраниальных церебральных артерий рассматривается в качестве наиболее значимого фактора риска ишемического инсульта. Показаниями к хирургическому лечению атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий является симптомный стеноз сонной артерии более 70% по данным дуплексного сканирования и более 50% по данным ангиографических исследований. Однако остается неясным влияние реваскуляризирующих операций на состояние церебральной гемодинамики. Цель: оценить церебральную гемодинамику у больных атеротромботическим патогенетическим подтипом ишемического инсульта, подвергшихся реваскуляризирующим операциям. Материал и методы: обследовано 30 пациентов (22 мужчин (73,3%), 8 женщин (26,7%), средний возраст составил $62,5 \pm 1,3$ лет), с атеротромботическим патогенетическим подтипом ишемического инсульта. Всем больным выполнялась каротидная эндартерэктомия (КЭ). Пациентам до и после операции проводились следующие методы исследования: дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальное дуплексное сканирование артерий Виллизиева круга, МРТ головного мозга, однофотонная эмиссионная компьютерная томография головного мозга (ОФЭКТ) с $Tc99m$ -НМРАО. Результаты: после проведения КЭ отмечено улучшение церебральной перфузии аффертированного полушария. По данным ОФЭКТ головного мозга в бассейне средней мозговой артерии после операции показатель перфузии увеличился с 83,1% до 92,1%.

904. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

*Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В.,
Колесников В.Е., Харагезов Д.А., Гречкин Ф.Н.*

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Ростовский научно-исследовательский онкологический институт" Минздрава России

Актуальность. Колоректальный рак продолжает оставаться актуальной проблемой современной онкологии. Основным методом лечения больных колоректальным раком является хирургический, в котором за многолетнюю историю существования произошли прогрессивные изменения. Особое положение в ряду инновационных технологий в хирургическом лечении колоректального рака занимают лапароскопические хирургические вмешательства. Преимуществами лапароскопического доступа являются: менее выраженный болевой синдром, меньшая кровопотеря, уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, быстрая реабилитация. В нашей стране в настоящее время в крупных онкологических центрах нашей страны ощутимая доля оперативных вмешательств на толстой и прямой кишке выполняется лапароскопически с хорошими результатами. Цель работы. Проанализировать опыт лапароскопических вмешательств при колоректальном раке клиники ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт» Минздрава России. Материалы и методы. Проведен анализ результатов лапароскопических вмешательств у 350 больных колоректальным раком T1-4N0-1M0-1 в возрасте от 25 до 81 года. Гистологически у большинства больных была установлена аденокарцинома. Больным выполнены различные лапароскопические вмешательства, наибольшую долю из которых составили: передняя резекция прямой кишки – 104 (29,7%), резекция сигмовидной кишки – 101 (28,8%), гемиколэктомия справа – 58 (16,6%), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 53 (15,1%). Из особенностей лапароскопических вмешательств при колоректальном раке хотелось бы отметить следующее. Считаем принципиально важным выполнение тотальной мезоректумэктомии при хирургическом лечении рака прямой кишки, которая с 2010 года в ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России выполняется всем больным. При выполнении гемиколэктомии межкишечный анастомоз чаще формировали ручным способом через минилапаротомную рану. При резекции сигмовидной и



прямой кишки анастомоз формировали с использованием одноразового сшивающего скрепочно-аппарата по типу «конец в конец». Превентивная кишечная стома накладывалась при передней резекции прямой кишки в случаях положительной воздушной пробы, а также при низкой передней резекции прямой кишки. При этом на этапах становления лапароскопической хирургии колоректального рака в нашем учреждении превентивно выполнялась трансверзостомия, однако в настоящее время операцией выбора считаем выведение илеостомы. Реконструктивно-восстановительные операции этим больным были выполнены через 1-2 месяца.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 28 (8%) больных. Частота несостоятельности аппаратного колоректального анастомоза составила 5,8%. Выше частота несостоятельности анастомоза наблюдалась после передней резекции прямой кишки - 9,4%. В исследовании мы выявили преимущества лапароскопического доступа в хирургии рака прямой кишки: менее выраженный болевой синдром (в 2,7 раза снижается потребность в анальгетиках), уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре (на 3-5 дней), быстрая реабилитация больных (сокращение сроков восстановления физической активности на 3-4 суток).

Вывод. Внедрение лапароскопических оперативных вмешательств является несомненным достижением хирургии колоректального рака, а дальнейшее развитие данного направления позволит улучшить результаты лечения больных.

905. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Милакин А.Г., Донцов В.А.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Ростовский научно-исследовательский онкологический институт" Минздрава России

Актуальность. Взгляды на лечение больных метастатическим колоректальным раком изменились в последние десятилетия. Если ранее таким больным проводили только многокурсовую химиотерапию, то в настоящее время производится удаление резектабельных метастазов в печень, легкие, головной мозг и другие органы, что позволило улучшить результаты лечения. Улучшению функ-

циональных результатов лечения, реабилитации больных способствует и выполнение лапароскопических оперативных вмешательств, которые позволяют соблюдать все онкологические принципы, не ухудшая отдаленные результаты лечения. Цель работы. Оценить возможности миниинвазивных комбинированных вмешательств при метастатическом колоректальном раке. Материалы и методы. Проведен анализ 232 комбинированных оперативных вмешательств при метастатическом колоректальном раке. Преобладали G2 аденокарциномы (70,7%). Отдаленные резектабельные метастазы были в печени – у 235 больных, придатках матки – у 79 больных, легких – у 9 больных. Объем вмешательства на толстой и прямой кишке был стандартным. По поводу метастазов выполнено 121 резекция печени, 23 гемигепатэктомии, 42 надвлагалищные ампутации матки с придатками, 37 пангистерэктомий, 9 резекции легкого. 37 комбинированных вмешательств выполнено из минидоступа: 14 резекций печени, 1 гемигепатэктомия, 8 надвлагалищных ампутаций матки с придатками, 5 пангистерэктомий, 9 резекций легкого. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 15% больных после малоинвазивных вмешательств и у 32% после открытых (р

906. ОПЕРАЦИИ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Хрипун А.И. (2), Саликов А.В. (1), Алимов А.Н. (2), Миронков А.Б. (1,2), Асратян С.А. (1), Прямиков А.Д. (1,2)

Москва

- 1) Городская клиническая больница им. В.М. Буянова, г. Москва,
- 2) Кафедра хирургии и эндоскопии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение: в статье представлен опыт диагностики и лечения 38 пациентов в острой стадии ишемического инсульта.

Материалы и методы: оперированы 23 больных (основная группа) в сроки от 2 до 7 суток от момента острого нарушения мозгового кровообращения. Контрольную группу составили 15 больных с ишемическим инсультом, отказавшихся от хирургической профилактики повторного инсульта. Обе группы по возрасту, полу, уровня неврологического дефицита и размерам ишемического очага головного мозга были сопоставимы. Оперативное лечение в основной группе было представлено либо каротидной эндатерэктомией (n=18),



либо стентированием внутренней сонной артерии (n=5). В зависимости от тяжести поражения коронарных артерий и наличия сопутствующей торапневмической патологии предложены варианты оперативного лечения с разными анестезиологическими пособиями.

Результаты: на момент выписки неврологический дефицит был ниже у больных основной группы — 1,2 балла по шкале NIHSS в основной группе против 2,6 баллов в контрольной группе — однако разность эта была недостоверной (p=0,47). В основной группе было два осложнения: гематома послеоперационной раны, потребовавшая ее ревизии и интраоперационная транзиторная ишемическая атака при стентировании внутренней сонной артерии, купировавшаяся на операционном столе после удаления устройства дистальной церебральной защиты. Достоверно лучшие результаты были получены по следующим показателям: в основной группе количество пациентов, выписавшихся без неврологического дефицита (0 баллов по шкале NIHSS), было достоверно больше по сравнению с контрольной группой: 52,2% против 6,7%.

907. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРОБЛЕМЫ

Геворкян Ю.А., Кит О.И., Солдаткина Н.В., Харгаезов Д.А., Каймакчи Д.О., Ильченко С.А., Полуэктов С.И.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "Ростовский научно-исследовательский онкологический институт" Минздрава России

Цель работы. Оценить результаты трансанальной эндоскопической удаления опухолей прямой кишки. Материалы и методы. 58 больных, оперированных методом трансанальной эндоскопической хирургии по поводу аденом (38 больных) и начальных форм рака прямой кишки (20 больных). Опухоли располагались на расстоянии от 3 до 13 см от зубчатой линии, их размер был от 1,2 до 5 см. Результаты: Интраоперационно соединение с брюшной полостью было у 5 (8,6%) больных: в 3 случаях удалось герметично ушить дефект кишки, в 1 случае потребовалось выведение превентивной сигмостомы, в 1 случае выполнена передняя резекция прямой кишки. Послеоперационные осложнения были у 5 больных (8,6%). В 2 случаях возникла фебрильная температурная реакция. В 3 случаях наблюдалось кишечное кровотечение,

остановленное консервативными мероприятиями в 2 случае, потребовавшее повторной трансанальной эндоскопической операции — в 1 случае. За время наблюдения (от 3 месяцев до 4 лет) рецидив опухоли выявлен у 4 больных (6,9%) через 10 - 14 месяцев после операции. 2 больным с рецидивом аденомы выполнена повторная трансанальная эндоскопическая резекция, 2 больным с рецидивом рака выполнена лапароскопическая резекция прямой кишки. Трансанальное эндохирургическое вмешательство не оказало существенного влияния на функцию прямой кишки. Заключение. Имеющиеся проблемы при трансанальной эндоскопической резекции прямой кишки являются преодолимыми, не умаляют преимуществ метода, что позволяет рекомендовать трансанальную эндоскопическую резекцию прямой кишки к широкому внедрению в хирургическую практику. Трансанальное эндоскопическое удаление опухолей вполне может стать методом выбора у больных с начальными формами рака прямой кишки.

908. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Хрипун А.И. (2), Саликов А.В. (1), Шурьгин С.Н. (1), Миронков А.Б. (1,2), Прямиков А.Д. (1,2)

Москва

1) Городская клиническая больница им. В.М. Буянова, 2) Кафедра хирургии и эндоскопии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель: продемонстрировать собственный опыт применения эндоваскулярных вмешательств в лечении острого артериального нарушения брыжеечного кровообращения. Материал и методы: представлен опыт эндоваскулярного лечения острого нарушения мезентериального кровообращения у 8 пациентов. Результаты: технический успех в виде восстановления магистрального кровотока по верхней брыжеечной артерии достигнут у 7 из 8 пациентов (87,5%). Лапаротомия и резекция кишечника потребовались у 2 (25%) больных, при этом, в одном случае объем резекции был значительно уменьшен после эндоваскулярной тромбэктомии. Респираторный дистресс синдром как осложнение реперфузионного синдрома развился в 2 (25%) случаях. Летальных исходов было 2 (25%). Заключение: эндоваскулярные вмешательства можно рассматривать как самостоятельный метод лечения пациентов с острым нарушением



брыжеечного кровообращения в стадии ишемии кишечника. Кроме того, методика позволяет в случае развития гангрены кишечника уменьшить объем некротического поражения кишечника.

909. ВНУТРИБРЮШИННАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Молчанов М.А., Кривошеков Е.П.

Самара

СОКБ им. В.Д. Середавина

Актуальность. При вентральных и пупочных грыжах возникает необходимость иссечения избытков кожно-жировых тканей брюшной стенки. Большой отвислый живот отягощает течение грыжевой болезни. В области переходной складки по линии бикини возникает мацерация кожи, гнойничковые высыпания, образование раневых поверхностей. Их профилактика представляет комплекс ежедневных медицинских мероприятий. Существующая техника абдоминопластики не всегда предусматривает сохранения пупка. В более частом варианте он входит в состав удаляемого лоскута. Сохранение пупка благоприятно влияет на психо-эмоциональное состояние больных. Цель. Разработать технику операций с сохранением и ремоделированием пупка при протезирующей внутрибрюшинной пластике вентральной и пупочной грыж. Материал и методы исследования. На фоне 191 операций у больных с послеоперационными и пупочными грыжами произведены 13 операций, сочетающих внутрибрюшинную герниопластику с удалением кожно-жирового фартука брюшной стенки и сохранением и ремоделированием пупка. Максимальный объем удаляемых тканей составил 9 кг. По Мадридской классификации (1999) грыжи соответствовали MW-2 – MW-3 с площадью грыжевого дефекта от 80 до 250 см². Женщин было 12, мужчин – 1 человек. Возраст колебался от 28 до 46 лет. Перед операцией проводили разметку операционного поля и определение объема удаляемых тканей. При удалении значительных объемов тканей, включающих жировой «фартук», применяли разрез в форме якоря. Операцию начинали с циркулярного разреза 2-2,5 см диаметром вокруг венчика пупка. Формировали венчик и пупочную ножку с оставлением на ножке слоя подкожной клетчатки, переходящей на стенку грыжевого мешка. Затем приступали к иссечению кожно-жирового лоскута по линиям якорного разреза. Пупок с его кожной

составляющей, пупочной ножкой, прослойкой жировой ткани и сохраненными связями со стенками грыжевого мешка оставался в ране. Кровоснабжение его не было нарушенным благодаря сохранению основных источников питания. Они включали сеть подкожного и подфасциального сосудистых сплетений и систему артерий-перфорантов, концентрирующихся в центральной зоне и околопупочной области. Следующим этапом рассекали грыжевой мешок. Центральную его часть, прилегающую к пупочной ножке и околопупочной области, оставляли без рассечения. Это позволяло сохранить достаточное кровоснабжение пупка. Через вскрытую полость грыжевого мешка производили внутрибрюшинную протезирующую пластику. Смещаемость тканей позволяла провести тоннелизацию имплантата и его фиксацию изнутри брюшной полости по периметру грыжевых ворот. Кишечник защищали прокладкой из большого сальника. Над фиксированным имплантатом сшивали листки сохраненного грыжевого мешка. На завершающем этапе операции проводили ушивание якорного разреза и формирование пупка. Определяли правильное положение пупка. Оно соответствовало средней линии и середине расстояния между мечевидным отростком и лоном. При ушивании раны конфигурация разреза превращалась в форму в виде перевернутой буквы «Т». Для лучшей адаптации кожных подлежащих пупка в вертикальной ране иссекали участки кожи и делали выемки-кулисы по линии кривизны пупочного венчика. Это придавало эстетичность создаваемой форме пупка. Результаты и их обсуждение. Заживление раны проходило первичным натяжением. Пупок обычной окраски, без цианотичных изменений. У 1 больной отмечен инфильтрат пупочной области, не потребовавший дополнительных вмешательств. Эстетический результат хороший. Выводы. Внутрибрюшинный подход к герниопластике создает условия для сохранения и ремоделирования пупка при морбидном ожирении и иссечении избыточных кожно-жировых тканей брюшной стенки (фартука).

910. СПОСОБЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ

Кривошеков Е.П., Молчанов М.А.

Самара

СОКБ им. В.Д. Середавина.

Актуальность. Высокая травматичность операций



при вентральных и пупочных грыжах связана с большими разрезами, широкой отслойкой подкожной клетчатки и рассечениями апоневроза, что неизбежно сопровождается длительной лимфореей, сецернированием жидкости и скоплением ее в ране. Эти факторы приводят у 20% пациентов к раневым осложнениям. Технических решений по профилактике осложнений мало.

Цель исследования. Применить IPOM-пластику послеоперационных и пупочных грыж, предусматривающую снижение травматичности вмешательств и интраоперационную профилактику раневых осложнений.

Материал и методы. Оперировано 92 больных с послеоперационными и 26 человек с рецидивными пупочными грыжами. По классификации Shevrel-Rath (1999) грыжи MW-1 обнаружены у 18 пациентов, MW-2 – у 45, MW-3 – у 34, грыжи MW-4 – у 21 больного. Размеры дефекта составили от 12 см² до 875 см². Мужчин было 57, женщин – 61 человек. Возраст пациентов колебался от 15 до 79 лет. Техника операции. Через рассеченный верхний купол грыжевого мешка входили в брюшную полость и выполняли весь дальнейший объем вмешательства. Грыжевой мешок не удаляли. Это снижало травматичность вмешательства и позволяло проводить операции без травмы подкожной клетчатки, ее широкой отслойки и дополнительных рассечений апоневроза. Сеть лимфатических коллекторов оставалась неповрежденной, разработанные технические приемы обеспечивали снижение продукции жидкости ее скопление в ране, контакт синтетического протеза с клетчаточным пространством был полностью исключен. Листки сохраненного грыжевого мешка разводили на зажимах и создавали полость, работа внутри которой удобна, визуальна, контролируема и может быть проведена с максимальным соблюдением условий асептики – нет нависания рыхлой клетчатки, а кишечные петли легко удерживаются в созданной полости и не выпадают на брюшную стенку. Протез фиксировали к мышечно-апоневротическому контуру грыжевых ворот, образованному прямыми мышцами живота. Такая фиксация позволяет создать условия эластической декомпрессии за счет сократительной способности мышц. Создание демпферной разгрузки по линии швов повышает надежность пластики и снижает болевые проявления после операции. Наложение П-образных швов по периметру грыжевых ворот с захождением протеза за края дефекта на 5 см исключает фиксацию имплантата край в край. В швы включали также ткань сальника, который становился защитной прокладкой между кишечником и протезом. Не допускали контакта синтетического протеза с подкожной клетчаткой. Брюшинную поверхность листков грыжевого мешка дезэпители-

зировали с целью подавления продукции жидкости и сшивали над поверхностью протеза. Протез становился расположенным между поверхностью грыжевого мешка и сальником. Это клинически важно – продуцируемая жидкость всасывается брюшиной и ее скопления в ране не происходит. Удаление избытков мягких тканей у больных с большими грыжами проводили по заранее намеченным реперным линиям. Наносили среднюю линию живота. Грыжевой мешок без значительного натяжения смещали в латеральную сторону и у основания грыжевого мешка проводили линию, совпадающую со средней линией живота. Затем, такие же действия проводили на противоположной стороне. При рассечении по этим линиям края раны с каждой стороны соответствовали средней линии и находились в состоянии адекватного сопоставления и натяжения. Такая разметка позволяет проводить иссечение избыточных тканей единым блоком и обеспечивает их послойное сшивание край в край, без натяжения и образования мертвых пространств и скопления жидкости.

Результаты и их обсуждение. Заживление раны проходило первичным натяжением. Выраженного отека тканей не наблюдали. Раневые осложнения возникли у 6 (5,9%) больных. Внутривентральных осложнений не было. Рецидивы возникли у 2 (1,6%) больных. Пациенты активны, работоспособность сохранена. Выводы. Применение нового способа внутрибрюшинной пластики создает условия для интраоперационной профилактики раневых осложнений.

911. ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ. ОДНОЭТАПНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОРХОПЕКСИЯ

Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Кулаев А.В., Лазишвили М.Н., Корочкин М.В., Врублевский А.С.

Москва

ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница ДЗМ, отделение плановой хирургии и урологии-андрологии. ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии.

Введение. В настоящее время при абдоминальной форме крипторхизма во всем мире проводятся оперативные вмешательства по нескольким методикам, результаты которых не в полной мере удовлетворяют хирургов. Так вероятность развития атрофии яичка, низведенного по двухэтапной методике Фовлера – Стефенса варьируется от 17



до 37%. Высокая вероятно атрофии яичка вынудила нас провести анализ мировой литературы с целью определения алгоритма ведения пациентов, позволяющего проводить одноэтапную операцию. Цель исследования. Определение эффективности применения ХГЧ в качестве предоперационной подготовки перед низведением яичка у детей, страдающих абдоминальным крипторхизмом. Материалы и методы. В отделении урологии-андрологии МДГКБ с 2012 по 2016 гг находилось под наблюдением и на стационарном лечении 235 мальчиков в возрасте от 6 мес. до 2 лет с крипторхизмом. В 81% случаев выявлена паховая форма крипторхизма, в 19% (у 44-х пациентов)- абдоминальная. Всем детям, поступившим с предварительным диагнозом синдром непальпируемого яичка выполнялась диагностическая лапароскопия. При обнаружении яичка в брюшной полости пациентам назначалась предоперационная подготовка хореоническим гонадотропином по разработанной схеме. По окончании курса было отмечено самостоятельное стойкое опущение яичка в паховый канал в 4-х случаях (9%), терапия признана эффективной в 38 случаях (79%), у 5-ти пациентов эффекта от предоперационной подготовки не отмечено. Соответственно 4-м детям была выполнена орхопексия по Шемакеру-Петривальскому, 38-ти детям – одноэтапная лапароскопическая орхопексия, 5-ти пациентам мы вынуждены были провести двухэтапную операцию Стефенса Фовлера. В послеоперационном периоде всем детям каждые 6 месяцев проводилось УЗИ яичек с доплерографией, т.о. отслеживалась динамика роста яичка и изменения его кровообращения. Результаты. Применение ХГЧ в предоперационной подготовке позволило одноэтапно низвести яички из брюшной полости в мошонку у 90% детей при сохранении удовлетворительного кровотока и прогрессивного роста гонад. Недостатки двухэтапной методики Фовлера-Стефанса отражаются на результатах лечения: в исследовании отмечена высокая вероятность атрофии яичка (38%). Таким образом, мы можем констатировать удовлетворительный результат лечения при использовании гормональной терапии у 89% больных. Выводы. Применение гормональной терапии в качестве предоперационной подготовки в большинстве случаев позволяет избежать проведения двухэтапной операции Фовлера-Стефенса, сохранить основной сосудистый пучок и повысить вероятность нормального развития гонады.

912. ОСТРЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ТРОМБОЗЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

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

Луганск, ЛНР.

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

Актуальность. Лечение острых тромбозов на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих перед современной сосудистой хирургией. 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: Оценить эффективность результатов лечения больных с острой ишемией конечностей на фоне злокачественных новообразований. Материалы и методы: В период с 2014 по 2016 гг. было прооперировано 67 больных (48 мужчин и 19 женщины) с острой ишемией конечностей на фоне злокачественных новообразований, находившиеся на лечении в отделение трансплантологии и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Средний возраст составил 72 года (от 51 до 90). Стадия ишемии при поступлении II А – II Б. Острая ишемия нижней конечности была у 38 (56,7% %) больных. Острая ишемия верхней конечности была у 23 (56,7% %) больных. Острая ишемия верхней и нижней конечности была у 6 (9 %) больных. Все больные имели злокачественные новообразования. У 37 (55,2 %) больных в анамнезе страдали перемежающейся хромотой, у остальных острая ишемия возникла без предшествующего хронического фона. Все больные до поступления были диагностированы: рак молочной железы – у 5, рак матки - 10, рак яичников - 4, лейкоз – 5, рак легкого – 13, рак желудка – 19, рак поджелудочной железы - 4, рак прямой кишки - 7. Результаты. Все больные были оперированы по поводу острой ишемии в течении 6 часов от момента заболевания. Выполнена тромбэмболектомия из периферических артерий с последующим восстановлением дефекта при помощи сосудистого шва. В раннем послеоперационном



периоде все больные отмечали положительную динамику. В позднем послеоперационном периоде, 23 (34,3 %) больных были оперированы повторно, по поводу ретромбоза. Ампутации выполнены у 16 (23,9 %) больных. Летальных исходов стационаре не было. Выживаемость в течение года составила 47,8 %. 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.

913. ВЫБОР МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Харитонов С.В., Родоман Г.В., Харитонов С.С.

Москва

РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Актуальность. В течение последних десятилетий оперативные пособия у больных с паховыми грыжами занимают лидирующее положение в структуре хирургических вмешательств стационаров. Результаты хирургического лечения этой категории пациентов во многом зависят от типа грыжевого образования, вида оперативного вмешательства, возраста и сопутствующей патологии, а также типа применяемого синтетического имплантата. Учет этих многочисленных факторов позволяет не только предотвратить рецидив грыжевого образования и минимизировать частоту развития послеоперационных осложнений, но также определяет и дальнейшее качество жизни пациентов. Цель исследования. Разработка алгоритма выбора метода герниопластики и изучение отдаленных результатов лечения у больных с паховыми грыжами. Материал и методы. За период с 2012 по 2016 гг. в клинике общей хирургии и лучевой диагностики лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова оперировано более 900 больных с паховыми грыжами в возрасте от 19 до 82 лет. Оперативные вмешательства выполнялись как по методу Лихтенштейна, так и с применением эндовидеохирургических технологий (TAPP и TEP). При проведении герниопластики были использованы различные полипропиленовые импланты. У 257 оперированных пациентов оценивали манипуляционные свойства сетки, проводили мониторинг

интенсивности и продолжительности боли в раннем послеоперационном периоде, а также выполняли скрининговое ультразвуковое исследование зоны оперативного вмешательства. В отдаленном послеоперационном периоде (3, 6 и 12 месяцев после операции) проводили клинический осмотр с оценкой качества жизни по протоколу SF-36. Результаты. Анализ результатов лечения больных с паховыми грыжами позволил выявить, что определяющими факторами рационального применения эндовидеохирургической пластики являются степень анестезиологического риска пациентов, размеры и двухсторонний характер грыжевого образования, наличие сопутствующей патологии и других ранее выполненных оперативных вмешательств. При проведении оценки результатов лечения больных было отмечено, что интенсивность боли в раннем послеоперационном периоде после применения эндовидеохирургических методик имела существенные отличия от имевшейся у пациентов с открытыми оперативными вмешательствами, которые заключались в более низком уровне болевого синдрома. Подобная закономерность также имела и при применении имплантатов, не требующих фиксации как в группе пластики пахового канала по Лихтенштейну (Parietene ProGrip), так и при применении импланта 3DMax™ Light Mesh во время выполнения TAPP. Имеющийся низкий уровень боли и ее продолжительность во всех клинических наблюдениях позволяли выписывать больных на амбулаторное долечивание на 2-3 сутки после выполнения герниопластики. Местные тканевые реакции и ультразвуковая картина раневого процесса у пациентов в группах пластики пахового канала по методике Лихтенштейна и группах применения эндовидеохирургических технологий не имели принципиальных отличий, за исключением особенностей экзоструктуры использованных имплантов. Основные отличия в результатах лечения пациентов были зарегистрированы в отдаленном послеоперационном периоде. Данные клинических осмотров пациентов показали, что применение имплантата 3DMax™ Light Mesh при TAPP и TEP-пластика имплантатом Ultrapro сопровождались более низкими показателями частоты возникновения боли и дискомфорта, что в свою очередь определяло менее выраженное ограничение физических нагрузок. Анализ показателей качества жизни этих больных также позволил прийти к заключению о более прогрессивной динамике восстановления показателей их физического и психологического компонентов здоровья. Заключение. Таким образом, применение эндовидеохирургических видов оперативных вмешательств и не требующих фиксации имплантатов у пациентов с паховыми грыжами имеет несомненные преимущества, которые заключаются



в снижении интенсивности боли в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, более быстрой их социальной и физической реабилитации. Результаты применения алгоритма выбора метода герниопластики и вида имплантата для ее проведения позволяют оптимизировать результаты лечения данной категории больных.

914.МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ БИЛИАРНЫМ И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ ОПУХОЛЕВЫМ СТЕНОЗОМ

Давыдова С.В., Фёдоров А.Г., Климов А.Е.

Москва

Российский университет дружбы народов,
кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Сочетание билиарного и пилорoduоденального стеноза осложняет рак органов билиопанкреатoduоденальной области на поздних стадиях, а также может наблюдаться при стенозирующем раке желудка с метастатическим поражением лимфатических узлов гепатoduоденальной связки или прямой инвазией опухоли в желчный проток. Лечение для большинства пациентов является паллиативным, а результаты хирургических операций формирования обходных анастомозов нельзя назвать удовлетворительными. Цель исследования – анализ результатов вмешательств, направленных на восстановление желчеоттока и гастрoduоденальной проходимости у пациентов с сочетанным опухолевым стенозом. Материал и методы. Миниинвазивные вмешательства предприняты у 11 пациентов (мужчины – 3, женщины – 8) в возрасте от 59 до 89 лет (медиана – 74 года) с IV стадией онкологического заболевания. У 6 пациентов (опухоль поджелудочной железы [ПЖ] – 4, рецидив опухоли желчного протока в гепатикоеюноанастомозе – 1, рак желудка – 1) билиарная и пилорoduоденальная стриктуры сформировались одновременно. У 3 пациентов (опухоль ПЖ – 1, желчного протока – 1, большого сосочка двенадцатиперстной кишки [БСДК] – 1) стенозы формировались последовательно с первоначальным развитием механической желтухи и последующим появлением симптомов дуоденального стеноза через 4-14 месяцев после первичной билиарной декомпрессии. У 2 пациентов (рак желудка – 1, рецидив рака желудка в гастрoduоденoанастомозе – 1) желтуха развилась в сроки до 10 дней после гастрoduоденального стентирования. Всем пациентам осуществлено пилорoduоденаль-

ное эндопротезирование саморасширяющимися стентами в сочетании с одним из вариантов билиарного дренирования (установка саморасширяющегося билиарного стента эндоскопическим [7] или чрескожным чреспечёночным [2] доступом, эхоконтролируемая чрескожная холецистостомия [2]). Результаты. Сочетанное билиарное и пилорoduоденальное стентирование саморасширяющимися стентами осуществлено у 9 пациентов. В 6 случаях двойное стентирование выполнено одновременно: эндоскопическая установка пилорoduоденального стента произведена одновременно с эндоскопическим первичным билиарным стентированием (4), сменой ранее установленного пластикового эндопротеза на саморасширяющийся (1) или с чрескожной установкой билиарного стента (1). В 3 случаях вмешательства были выполнены последовательно, в два этапа: сначала установлен билиарный стент (эндоскопически – 2, чрескожно – 1), затем в различные сроки пилорoduоденальный. У всех 9 пациентов билиарное дренирование предшествовало пилорoduоденальному. Осложнения, во всех случаях обусловленные билиарным стентированием, отмечены у 3 пациентов: острый холецистит (1) после транспиллярной установки покрытого саморасширяющегося стента; холангит (1) вследствие неполного расправления покрытого стента в плотной стриктуре; гидроторакс (1) после чрескожной установки стента, без летальных исходов в стационаре. У 2 пациентов с распространённым опухолевым процессом, у которых желтуха развилась в условиях уже имплантированного непокрытого пилорoduоденального стента, попытка транспиллярного доступа была безуспешной, ввиду тяжести состояния пациентов с целью билиарной декомпрессии выполнена чрескожная эхоконтролируемая холецистостомия, смерть наступила на 11 и 21 сутки после стентирования от прогрессирования основного заболевания. Отдалённый результат прослежен у всех пациентов, медиана продолжительности жизни после вмешательства по поводу сочетанного стеноза составила 91 день. Заключение. Двойное стентирование является эффективным методом паллиативного лечения пациентов с сочетанным билиарным и пилорoduоденальным опухолевым стенозом. Успешное применение минимально инвазивных вмешательств возможно при условии мультидисциплинарного подхода с использованием методик оперативной эндоскопии, интервенционной радиологии и ультрасонографии.



915. НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Щеголев А.А.², Папоян С.А.¹, Громов Д.Г.,¹
Чевокин А.Ю.¹, Мутаев М.М.², Васильев М.В.¹

Москва

1- ГБУЗ “ГКБ им Ф.И. Иноземцева”. 2- ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова, кафедра хирургических болезней педиатрического факультета

Цель: Оценить эффективность собственного результата эндоваскулярного лечения синдрома 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. Накануне и в день операции проводилась предоперационная подготовка: очистительная клизма, душ со сменой белья, бритьё операционного поля. За 30 минут до исследования в/в вводили 2мг цефтриаксона. Ангиографическое обследование проводилось всем пациентам, на ангиографической установке формы Toshiba. Использовались контрастные йодсодержащие вещества “ultravist 370” (фирмы “Nicomed” Норвегия), введение контрастного вещества осуществлялось автоматическим шприц-инжектором Angiomat -Illumena. Рентгеноэндоваскулярная ангиопластика и стентирование выполнялись плечевым и бедренным доступами по методике Сельдингера. Далее выполнялась аортография в переднезадней и боковой проекциях катетерами типа Cobra, Simmons или Jadcins. После завершения ангиопластики и стентирования обязательно выполняли контрольную ангиографию для документации её результатов, 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 2016 года в отделение сосудистой хирургии ГКБ им Ф.И. Иноземцева прооперировано 12 пациентов с клиникой хронической ишемией органов пищеварения. Возраст больных от 57 до 77лет, средний возраст составил 67,4±7,4года. Распределение по полу составило: 8 мужчин и 4 женщин. Сред-

няя длительность болезни атеросклерозом составила 40,2±19,6мес. По сопутствующей патологии у 6(43%) больных рапе переносили острый инфаркт миокарда, у всех 12(100%) больных имелась гипертоническая болезнь. При этом 1(14%) больной перенес ранее операцию коронарного шунтирования, 3 больных каротидную эндалтерэктомия, эндоваскулярную операцию на артериях н/к б, эндоваскулярную операцию на почечной артерии 2. Всем больным проводили клинические и биохимические анализы крови, электрокардиографию, эхокардиографию, гастроскопию, ультразвуковое дуплексное сканирование брюшной аорты, артерий н/к и брахиоцефальных, и мультиспиральная компьютерная томография в сосудистом режиме. Рентгеноэндоваскулярная ангиопластика и стентирование выполнено плечевым доступом у 4(33,4%) больных и бедренным 8 (66,6%) доступами. Баллонная ангиопластика и стентирование выполнено у 12(100%) больных. Во время операции использовала контрастный препарат ультравист 370, средний расход на операцию составил 220±67мл. У всех больных в послеоперационном периоде отмечалось значительное улучшение общего состояния в виде полного прекращения абдоминального болевого синдрома. ВЫВОДЫ Рентгеноэндоваскулярная 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.

916. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Папоян С.А., Щеголев А.А., Савкова О.Н.,
Красников А.П., Мутаев М.М.,
Сыромятников Д.Д., Паламарчук В.Н.,
Радченко А.Н., Сазонов М.Ю.

Москва

1) ГБУЗ ГКБ им. Иноземцева 2) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра хирургических болезней

Цель исследования: изучить и оценить эффективность стентирования внутренних сонных артерий у пациентов старческого и пожилого возраста. Материалы и методы: С января 2014 года по настоящее время в отделении сосудистой хирургии РСЦ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева 56 пациентам имплантировано 73 стентов во внутреннюю сонную



артерию (ВСА). 18 пациентам выполнено стентирование ВСА с обеих сторон. Средний возраст пациентов – 74,4±2,2 лет. 35 (62,5%) пациента были симптомными. Из сопутствующих заболеваний у всех пациентов диагностирована гипертоническая болезнь 2-3ст 100% и ишемическая болезнь сердца у 87% пациентов. Стентирование коронарных артерий у 5%. ХОБЛ наблюдалось у 15,2% пациентов; бронхиальная астма у 3,2%; ПИКС у 34,2% пациентов; 2,4% пациентам выполнено АКШ; 4% пациентам имплантация ЭКС. У 52,3% пациентов сахарный диабет. У 9% пациентов постоянная форма фибрилляции предсердий. Пациентам перед операцией выполнялось ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий, мультиспиральная компьютерная томография интра- и экстракраниальных артерий с контрастированием, осмотр невролога для оценки неврологического статуса. За 3 дня до назначалась двойная дезагрегантная терапия (клопидогрель 75 мг и аспирин 100 мг) или за 12 часов до операции «нагрузочная» доза (Клопидогрель 300мг). Во время процедуры проводилась системная гепаринизация. Для уменьшения раздражения синокаротидной внутривенно вводили от 0,5 до 1,5 мг атропина.

Результаты: При стентировании сонных артерий использовали саморасширяемые стенты: Хаст Carotid Stent System – 5(4%) пациентам; Acculink RX – 9(8%) пациентам; Cristallo Ideale – 38(55%) пациентам; PRECISE PRO RX – 21 (33%) пациентам. Защита сосудов головного мозга от материальной эмболии осуществлялась с использованием: AccUNET RX – 14 (17,7%) пациентам; Emboshield NAV6 – 21 (27,4%) пациентам; AngioGuard RX - 22 (32,3%) пациентам; при критическом стенозе ВСА установлена система проксимальной защиты Mo.Ma Ultra – 18 (22,6%) пациентам, среднее время пережатия сонных артерий составило 11+2 минут. После имплантации выполнялась постдилатация стента баллонами 5-5,5мм. При анализе результатов технический успех получен у всех пациентов - 100%. У одного пациента при контрольной ангиографии выявлена диссекция общей сонной артерии, что потребовало имплантации дополнительного стента в общую сонную артерию. Осложнения в послеоперационном периоде составило 2%, на вторые сутки у одного пациента произошло нарушение мозгового кровообращения в контралатеральной стороне. Летальных случаев, связанных с рентгенэндоваскулярным стентированием сонных артерий, не было. В отдаленном периоде в сроки через год – рестеноза зоны стентирования ВСА не выявлено, два пациента умерло от сердечной недостаточности. Выводы: Таким образом, как показывает наш опыт, эндоваскулярный метод лечения при стенозическом поражении сонных артерий для пациентов пожилого и старческого возраста,

являются малотравматичным и эффективным методом, а также для пациентов имеющих тяжелую сопутствующую патологию, что обусловлено высоким риском открытого хирургического вмешательства.

917.КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАТОМИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Папоян С.А., Щеголев А.А., Савкова О.Н.,
Красников А.П., Мутаев М.М.,
Сыромятников Д.Д., Паламарчук В.Н.,
Радченко А.Н., Сазонов М.Ю.*

Москва

1) ГБУЗ ГКБ им. Иноземцева 2) ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра хирургических болезней

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения стенозов сонных артерий более 60% в острой период ОНМК по ишемическому типу. Материал и Методы: В период с 01.01.2013 по настоящее время в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева прооперированно 167 пациентов с стенозическим поражением сонных артерий, перенесших ОНМК. Среди оперированных больных мужчин 117 (70,2%), женщин 50 (29,8 %). Средний возраст составил 64+6,2 года. Перед операцией всем больным проводилось УЗАС БЦА с ТКДГ и мультиспиральную компьютерную томографию интра и экстракраниальных артерий с контрастированием с оценкой степени стенозов и состояния Вилизиева круга и осмотр невролога для оценки неврологического статуса. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом в сочетании с блоком шейного сплетения Интраоперационно проводилось измерение ретроградного давления для решения вопроса об использовании внутрипросветного шунта. При ретроградном давлении менее 40 мм рт.ст. устанавливался внутрипросветный шунт. Оперированные пациенты были разделены на две группы: первая группа 72 больных, которым выполнена операция каротидная эндартерэктомия при стенозах ВСА более 60% в период до 3 недель после перенесенного ОНМК по ишемическому типу с восстановлением неврологической симптоматики до 3 баллов по шкале Рэнкина. Вторая группа 95 пациентов, которым выполнена операция каротидная эндартерэктомия при стенозах ВСА более 60% через 2 месяца после перенесенного ОНМК.

Результаты: В первой группе средний возраст пациентов составил 63+4,2года, в во второй 65+3,4года.



Длительность операции в первой группе составило 74+11,2 мин, во второй 80+3,5мин. Длительность пережатия сонных артерий составила в первой группе 20+2,6мин, во второй 22+3,5мин. Внутрипросветный шунт использовался в первой группе у 7 (9,2%) больных, во второй группе у 11 (11,6%) больных. Средний койко-день в стационаре после операции составила в первой группе 4+1,2 дня, во второй группе 5+0,1 дня. Летальных исходов или очаговой неврологической симптоматики после операции не наблюдалось в обеих группах. В ближайшем послеоперационном периоде в каждой из групп наблюдалось осложнения в виде гематом послеоперационных ран.

Выводы: Сравнимые группы не отличались по среднему возрасту и полу, не выявлено существенной разницы по частоте использования внутреннего шунта и длительности пережатия сонных артерий и длительности лечения после операции. Летальных исходов и повторных ОНМК в ближайшем послеоперационном периоде не было. Полученные результаты показали высокую эффективность и безопасность хирургического лечения значимых стенозов в острой стадии ишемического нарушения мозгового кровообращения, что безусловно важно с точки зрения профилактики повторных инсультов.

918.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРИНЦИПОВ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ТОКИЙСКИМИ ПРОТОКОЛАМИ 2013 Г.

Демко А.Е.(1), Шляпников С.А.(1), Осипов А.В.(1), Суров Д.А.(2), Святненко А.В.(1), Унгуриян В.М.(1)

Санкт-Петербург

1) СПб ГБУ НИИ скорой помощи им.И.И. Джанелидзе) ВМедА им. С.М. Кирова

Цель: улучшение непосредственных результатов лечения больных с острым холангитом в многопрофильном стационаре скорой помощи. За последние 15 лет частота гнойного 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 процентом осложнений (до 54,1%) и высокой летальностью (4,7-28,5%). Проанализированы результаты лечения 223 пациентов с острым холангитом, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2012-

2017 гг., из них 176 (96,0%) поступили по неотложным показаниям. Мужчин было - 98 (43,9%), женщин - 125 (56,1%). Согласно Токийским протоколам (2013г.) выделяли 3 группы больных холангитом: grade 1(легкий), grade 2(средней тяжести) и grade 3(тяжелый). Пациентов с острым холангитом легкой степени было 53 (23,8%), средней степени тяжести – 116 (52,0%), тяжелым – 54 (24,2%). При этом большинство больных (n=169, 75,8%) поступали с острым холангитом, вызванным доброкачественными причинами. Острый холангит злокачественной этиологии был диагностирован только у 54 (24,2%) больных. Основной причиной холангита являлся холедохолитиаз (N=163, 73,1%). Средний возраст больных составил 70,8±14,6 года (20-93 лет). При этом более 70% пациентов были в возрасте старше 60 лет. Применялась двухэтапная тактика хирургического лечения: неотложная билиарная декомпрессия, затем отсроченное устранение причины холангита. При этом нам удалось добиться того, что 79,3% пациентов с холангитом средней степени тяжести были дренированы в сроки до 12 часов и 72,4% больных с холангитом тяжелой степени подверглись декомпрессивному вмешательству ранее 6 часов от момента поступления в стационар. При первичном дренировании желчных протоков предпочтение отдавалось антеградным методам. Выполнено 149 чрескожных чреспеченочных вмешательства, 23 дренирующих эндоскопических операций. Манипуляции 2 этапа проведены у 76,1% пациентов с доброкачественными причинами холангита и у 68,3% с холангитом злокачественной этиологии. Произведено 24 гибридных оперативных вмешательства. В результате использования принципов маршрутизации больных и двухэтапной тактики их лечения частота осложнений сократилась с 36,4% до 20,5%, а госпитальная летальность снизилась с 21,6% до 11,4%. Таким образом, дифференцированная тактика двухэтапного хирургического лечения пациентов с острым холангитом, основанная на объективной оценке степени тяжести холангита, соблюдения сроков декомпрессии, а также обоснованной маршрутизации пациентов позволяет снизить летальность и частоту осложнений в указанной категории в стационаре скорой помощи. Однако, очевидно, что проблема лечения больных острым холангитом далека от решения. Требуется дальнейший анализ и научный поиск подходов к диагностике и лечению острого холангита.



919. "ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ" ТАКТИКА ПРИ ПРИКРЫТЫХ ПЕРФОРАЦИЯХ ДИВЕРТИКУЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Погосян А.А., Григорян Л.М., Митюрин М.С.,
Рахманин С.Ю., Терпугов А.Л.*

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница № 6

Актуальность. Значительный процент в структуре колопроктологических больных составляют больные с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК). Частота ДБТК увеличивается с возрастом и варьирует от 10% у лиц младше 40 лет до 50–60% у пациентов старше 70 лет. Наиболее частыми осложнениями ДБТК являются дивертикулярные кровотечения, дивертикулиты и перфорации. Материалы и методы. Исследование было проведено на базе МБУЗ Городская больница №6 г. Ростова-на-Дону. Критерием включения в исследование являлась документированная ДБ, осложненная прикрытой перфорацией с формированием инфильтрата или абсцесса (всего за период с 2011 по 2015 годы на лечении находилось 13 пациентов с данным диагнозом). Полученные данные ретроспективно обработаны методом вариационной статистики с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel» и «STATISTICA-6.0». Для оценки достоверности между величинами использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни для малых выборок, признавая их статистически значимыми при $p \leq 0,05$, ранговый корреляционный анализ. Результаты исследования: В период с 2011 по 2015 года в городском колопроктологическом лечебно-диагностическом центре городской больницы № 6 находилось на лечении 84 пациента с осложненными формами дивертикулярной болезни ободочной кишки. Среди больных преобладали женщины 50 чел. (59,5 %), мужчин 34 (40,5%). Возраст пациентов от 38 до 81 года. 40 % составили пациенты старше 68 лет с сопутствующей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. Состав больных следующий: дивертикулярная болезнь осложненная кровотечением 61 чел (72,6 %), перфорации дивертикулов с развитием разлитого перитонита 10 человек (11,9%), прикрытые перфорации с формированием параколических инфильтратов и абсцессов 13 чел (15,4 %). Группа больных с прикрытыми перфорациями дивертикулов ободочной кишки с формированием параколическим инфильтратов и абсцессов являются самой актуальной. При сборе анамнеза все 13 пациентов данной группы отмечают появление

незначительных болей за 5-7 дней до обращения в медицинское учреждение. Боли носили незначительный характер с тенденцией к усилению, так же отмечали усиление болей при напряжении мышц передней брюшной стенки и при позывах к дефекации. У всех больных отмечалась гипертермия до 38 С. В общем анализе крови у 10 больных отмечался лейкоцитоз до $13-16 \times 10^9/l$ со сдвигом формулы до 14-18 п\я. У 3-х больных наблюдался сдвиг лейкоформулы до юных форм. При УЗИ у 9 больных определялся инфильтрат в левой половине живота, по ходу левой половины толстой кишки, который так же определялся пальпаторно. У 4 больных кроме инфильтрата так же определялось анэхогенное образование округлой формы с уровнем жидкости от 10 до 30 мм. Учитывая ограниченность процесса всем больным проводилась интенсивная антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, голод на протяжении 3-4 суток. На 4 сутки у 7 больных снижение температуры тела до 37,0-37,2 С, снижение уровня лейкоцитов до $8-10 \times 10^9/l$, а так же возвращение лейкоцитарной формулы в норму. Пальпаторно и при УЗИ определялось уменьшение инфильтрата в размерах. У 3 больных на протяжении 5 суток сохранялась субфебрильная гипертермия в вечернее время, а так же лейкоцитоз с умеренным сдвигом формулы. При УЗИ не наблюдалась положительная динамика. Учитывая отсутствие положительной динамики от проводимой консервативной терапии все 4 больных были прооперированы. Выполнены видеоассистированные обструктивные резекции левых отделов ободочной кишки. Летальных исходов нет. Выводы: Основываясь на собственном опыте лечения, пришли к выводу, что при наличии у больных диагноза прикрытой перфорации дивертикула ободочной кишки с формированием параколических инфильтратов и абсцессов тактика лечения является «выжидательной». Оперативному лечению в данной группе больных подлежат пациенты не поддающиеся и «не отреагировавшие» на проводимую консервативную терапию.

920. HAL-RAR - БУДУЩЕЕ ПРОКТОЛОГИИ

*Погосян А.А., Григорян Л.М., Лигай Д.В.,
Камчаткина Т.И.*

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница 6

Актуальность проблемы: Геморроидальная болезнь одно из наиболее широко распространен-



ных заболеваний, встречающихся у лиц любого возраста и пола. Его доля, по данным разных источников, составляет от 34 до 41 %. Вышесказанное ориентирует современного проктолога на поиск методов лечения, дающих максимальный результат в кратчайшие сроки. Одним из таких современных и относительно молодых методов является HAL-RAR. Цель: Оценка эффективности лечения геморроидальной болезни методом HAL-RAR. Материал и методы: В период с 2013 по 2015 гг., в МБУЗ ГБ № 6 Городской колопроктологический центр по методике HAL-RAR был прооперирован 91 человек. У всех больных был установлен диагноз: Хронический геморрой III-IV стадии. В гендерном соотношении 44 человека составили лица мужского и 47 лица женского пола. Возраст больных варьировал от 31 до 67 лет. Оперативное вмешательство выполнялось под внутривенной анестезией, средняя продолжительность операции составила $30 \pm 0,8$ минут. При операции HAL прошивались 5-6 сосудов на глубине залегания артерии 5-6 мм. при операции RAR выполнялась стандартная методика лифтинга слизистой при помощи окна аноскопа, и под непосредственным пальцевым контролем. Результаты: Интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в течении всего пребывания больного в стационаре и составил в среднем 1-2 балла и купировался ненаркотическими анальгетиками. Первая дефекация у больных в среднем была на 2-е сутки. При этом средний послеоперационный койко-день составил $3,5 \pm 0,5$ суток. Во время нахождения пациентов в стационаре в послеоперационном периоде у 1 больной отмечены осложнения в виде некроза слизистой анального канала на 3 часах на 5 сутки после операции с образованием дефекта, который самостоятельно зажил в течение месяца, у 1 больной отмечен отек наружного геморроидального узла на 11 часах на 10 сутки после операции. При контрольном обследовании пациентов через 1, 3 и 6 месяцев после операции у всех больных отмечено полное регрессирование симптомов геморроя. Заключение: 1. Оперативное лечение геморроидальной болезни с помощью HAL-RAR эффективно при всех стадиях геморроя. 2. Преимуществом данного метода является отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде и сокращение сроков пребывания в стационаре.

921. ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИКАЦИИ ОПЕРАЦИИ ФРЕЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КИСТОЗНО-КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПАНКРЕАТИТА

Калашник Р.С., Пархисенко Ю.А., Жданов А.И.

Воронеж

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Несмотря на существующий широкий спектр оперативных вмешательств, предложенных для хирургического лечения хронического кистозно-калькулезного панкреатита, в настоящее время отсутствует единый подход к показаниям и выбору предпочтительного варианта хирургической коррекции данного заболевания. Целью данного исследования являлось обоснование выбора наиболее рационального оперативного вмешательства при хронического кистозно-калькулезного панкреатита в зависимости от морфоструктурных изменений отделов поджелудочной железы и ее протоковой системы, опирающееся на оценку результатов различных способов хирургической коррекции данного заболевания. С января 2009 г. по март 2016 г. находились на лечении 160 пациентов. Транскутанные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем были выполнены 101 пациенту (63,1%), причем 26 (16,3%) было произведено по 2 и более манипуляции. Пункционное дренирование кисты поджелудочной железы под эндосонографическим контролем было выполнено 4 больным (2,5%). Осложнения после пункционно-дренирующих манипуляций под ультразвуковым контролем были отмечены у 7 пациентов (4,4%). Лапаротомные оперативные вмешательства после попытки лечения с помощью пункций и дренирования под ультразвуковым контролем были произведены 43 больным (26,9%). Всего оперативному лечению были подвергнуты 74 больных (46,3%). Из резекционно-дренирующих операций предпочтение при хроническом калькулезном панкреатите с кистозной трансформацией головки поджелудочной железы было отдано модификации операции Фрея, разработанной авторами и выполняемой в клинике с 2014 г. (патент РФ №2580197). После резекционно-дренирующих операций в послеоперационном периоде не наблюдали эпизодов механической желтухи, развития панкреатогенного сахарного диабета и рецидивов абдоминального болевого синдрома. Пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем следует рассматривать только как первый этап в хирургическом лечении хронического кистозно-калькулезного панкреатита, после которого



необходимо выполнение резекционно-дренирующей или дренирующей операции. Выполнение резецирующих операций требует существенных показаний. Дополнение резекционно-дренирующего оперативного вмешательства по типу Фрея, рекомендованного в качестве преференциальной операции, контактной ультразвуковой литотрипсией позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническим кистозно-калькулезным панкреатитом.

922. ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПАНКРЕАТИТА

Калашник Р.С., Пархисенко Ю.А.

Воронеж

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

В настоящее время отсутствует единое мнение как по вопросу показаний к оперативным вмешательствам (особенно при клинике протоковой гипертензии без расширения главного панкреатического протока (ГПП)), так и по вопросу наиболее рационального варианта хирургического лечения хронического калькулезного панкреатита. Цель работы – обоснование целесообразности оперативных приемов и пособий, применяющихся в хирургическом лечении хронического калькулезного панкреатита, на основании патологических изменений паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) и ее протоковой системы. В исследование было включено 42 пациента. Хирургические вмешательства выполнены в период с января 2011 г. по март 2016 г. Выделены 3 основные и 1 контрольная группы, в которую вошли пациенты (n=13) после наложения продольного панкреатоюноанастомоза (ПЕА) на выключенной петле по Ру (операция Partington-Rochelle). В основные группы были включены пациенты: 1 группа – после резекционно-дренирующих операций (n=10), 2 группа – после наложения продольного панкреатоюноанастомоза и билиодигестивного анастомоза на выключенной петле по Ру (n=12), 3 группа – после таких резекционных хирургических вмешательств, как панкреатодуоденальная резекция, резекция тела поджелудочной железы и дистальная резекция поджелудочной железы (n=7). При проведении сравнительного анализа произведена оценка частоты и характера послеоперационных осложнений, длительности госпитализации, качества жизни пациентов и интенсивности абдоминального болевого синдрома. Абсолютным показанием к

операции была клиника гипертензии ГПП при его расширении более 5-7 мм по данным инструментальных методов диагностики. Относительными показаниями к оперативному вмешательству служили выраженные клинические проявления у пациентов с данной патологией (в первую очередь, интенсивный болевой синдром) без дилатации ГПП или при расширении его до 3-4 мм. Результаты. Летальных исходов не отмечено. Наименьшее количество послеоперационных осложнений и наилучшие показатели качества жизни по всем шкалам международного опросника MOSSF-36 и по всем показателям анкеты-опросника для прооперированных пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом, разработанной авторами, отмечены в основной группе 1. Значительно улучшить результаты оперативного лечения пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом позволяет ультразвуковая селективная диссекция паренхимы ПЖ вокруг фиксированных панкреатолитов протоков I-II порядка на 2-3 мм по боковым поверхностям, по задней стенке ГПП с последующим удалением панкреатолитов (патент РФ №2580197). Применяя способ ультразвуковой селективной диссекции паренхимы ПЖ вокруг панкреатолитов с последующим их удалением, мы стремились к удалению в зоне вскрытого ГПП фиксированных панкреатолитов протоков I-II порядка с частичной диссекцией ткани ПЖ по верхнему и нижнему краю рассеченного по передней поверхности ГПП, улучшая отток панкреатического сока из протоков I-II порядка. Этот способ позволяет удобно выделять и удалять панкреатолиты в толще паренхимы при расширении ГПП по Фрею в головке ПЖ, а также улучшить отток из дистального отдела ГПП и освободить от панкреатолитов проксимальный участок ГПП без прохождения в ДПК. Расширение ГПП на границе головки и тела ПЖ позволяет более длительное время не облитерироваться ПЕА. Селективная диссекция паренхимы головки ПЖ при выполнении операции по типу Фрея с помощью ультразвукового диссектора-аспиратора предпочтительнее использования электрокоагуляции, поскольку обеспечивает постепенное послойное продвижение вглубь ткани головки и крючковидного отростка ПЖ с обнажением стромальных сосудов, своевременного гемостаза, что уменьшает кровопотерю и способствует улучшению оттока панкреатического сока. Получено статистически значимое улучшение суммарного значения показателей качества жизни пациентов после нашей модификации операции Фрея в сравнении с суммарным значением показателей качества жизни после операций Фрея и Избицки. Заключение. Использование разработанного авторами способа ультразвуковой селективной диссекции паренхимы поджелудочной железы



вокруг панкреатолитов с последующим их удалением позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с хроническим калькулезным панкреатитом.

923. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ВОЕННОЕ И МИРНОЕ ВРЕМЯ

*Гринцов А.Г.(1), Антонюк С.М.(1),
Борота А.В.(1), Попандопуло Г.Д.(1),
Куницкий Ю.Л.(1), Харьковский В.А.(2),
Христуленко А.А.(1).*

Донецк

- 1) Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького (ДонНМУ),
- 2) Республиканский травматологический центр (РТЦ)

Клиника располагает опытом лечения 29 больных с повреждениями ободочной и прямой кишки, что составляет 1,4% от всех случаев травмы живота. Механизм повреждений прямой и ободочной кишки был следующим: ножевое ранение—1, повреждение прямой кишки инородным телом—6, падение на кол, производственная травма, автокатастрофа, огнестрельное ранение—2, травма кишки сжатым воздухом, изнашивание, повреждение во время медицинского аборта, термический ожог—по 1 наблюдению. Локализация повреждений была следующей: внебрюшинная часть прямой кишки—9, внутрибрюшинное повреждение—6, сигмовидная, нисходящая, поперечная ободочная кишка—4, слепая кишка -2 больных. Типы оперативных вмешательств, применяемые в клинике, зависели от локализации и обширности повреждений, выраженности проявлений перитонита и воспалительных изменений в клетчатке промежности. При травме внебрюшинной части прямой кишки ушивали место и дренировали параректальную клетчатку в этой зоне. При наличии уже развившейся флегмоны параректальной клетчатки выполняли «разгрузочную» сигмостомию, тщательно дренировали и орошали рану промежности антисептическими растворами. После ликвидации воспалительных изменений в ране промежности закрывали сигмостому через 2-3 мес. после вмешательства. В случае внутрибрюшинного повреждения прямой кишки выполняли ушивание дефекта, тщательный лаваж и дренирование брюшной полости с последующей сигмофиксацией. Отсутствие перитонеальных симптомов позволяет на 5-6 сутки после операции снять кожные швы,

фиксирующие сигмовидную кишку к брюшной стенке и погрузить ее в брюшную полость, восстановить целостность брюшной стенки над ней. Предложенная методика позволила значительно сократить сроки лечения этой категории больных. При повреждениях ректосигмоидного отдела прямой кишки, сигмовидной, а также ободочной кишки применяем вариант операции, разработанный в клинике. После срединной лапаротомии устанавливаем место и характер повреждения. Поврежденную ободочную кишку выводим через дополнительный разрез на переднюю брюшную стенку. Ушиваем дефект в кишке и фиксируем выведенную кишку по всему периметру серозно-дермальными швами к краям кожного разреза. Брюшную полость дренируем и ушиваем. После заживления кожной раны снимаем серозно-дермальные швы. К этому времени наступает сращение брюшины с серозным покровом выведенной стенки кишки. Отделяем стенки кишки от предбрюшинной клетчатки и над стенкой кишки послойно сшиваем апоневроз и кожу. Линия швов на месте повреждения кишки оказывается лежащей внебрюшинно. Используемый разработанный способ обеспечивает профилактику развития перитонита, сокращает сроки лечения больных в связи с отсутствием необходимости выполнения второго этапа вмешательства, как того требуют классические подходы – закрытия сигмостомы. В случаях ножевого ранения ободочной кишки и небольшой давности от момента нанесения травмы ограничиваемся ушиванием дефекта ободочной кишки. Огнестрельные повреждения ободочной кишки, отличающиеся обширностью повреждения стенки кишки и ее брыжейки, диктуют необходимость резекции поврежденного участка кишки. Из 29 оперированных больных умерли 2 (6,9%). Причиной летального исхода явились тяжелый травматический и гемморрагический шок. Таким образом: при проникающих ранениях брюшной полости с повреждением ободочной кишки и отсутствии перитонита допустимо ушивание дефекта кишки с последующим лаважом и дренированием брюшной полости. При наличии перитонита следует ушить дефект в кишке, вывести этот участок через дополнительный разрез на переднюю брюшную стенку с последующей фиксацией кишки к кожной ране. При огнестрельных ранениях брюшной полости с повреждением ободочной кишки показана резекция участка кишки, несущей рану. При повреждениях прямой кишки показана сигмостомия. Закрытие сигмостомы выполняется через 2-3 мес. после первого вмешательства при условии полного купирования воспалительных явлений в параректальной клетчатке.



924. КЛАССИФИКАЦИЯ БОЕВОЙ ТРАВМЫ

Куницкий Ю.Л.(1), Харьковский В.А.(2)

Донецк

- 1) Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького (ДонНМУ),
- 2) Республиканский травматологический центр (РТЦ)

На основании приобретенного опыта оказания первой и квалифицированной хирургической помощи пострадавшим во время локальной войны в Донбассе (2014-2016 г.г.) нами усовершенствована классификация боевой травмы. Всего было 108 пострадавших. Пострадавшие от минно-взрывной травмы (МВТ) преобладали (92-85,2%), по сравнению с огнестрельными пулевыми ранениями (16-14,8%) больных. Среди пострадавших с МВТ одиночные осколочные ранения получили 33 (35,9%), множественные 42 (45,6%) больных. При этом слепые осколочные ранения имели место у 73 (79,3%), сквозные - у 2 (2,2%) пострадавших. Отмечались ранения передней брюшной стенки, головы (лицевая, мозговая части черепа), шеи, плечевых, локтевых, тазобедренных суставов, включая проникающие ранения полости суставов, поясничной области, ягодиц, бёдер, голени в различной их комбинации. Мягкие ткани, которые подвергались поражению представлены кожей, подкожной жировой клетчаткой, апоневрозом, мышцами. Характерной особенностью МВТ является то, что осколочные ранения у 4 (4,3%) больных сочетались с контузией в результате ударной волны и классифицировались как закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ). У одного из этих больных выполнена трепанация черепа. МВТ с осколочными ранениями в сочетании с кровотечением имела место у 3 (3,3%), с повреждением опорно-двигательного аппарата (плечевой, локтевой, коленные суставы, лобковая, седалищная кость) у 9 (9,8%) больных. Среди больных с проникающими осколочными ранениями (n=11) повреждение костей в различной их комбинации отмечено у 4 (36,4%) больных. Сочетанное торакоабдоминальное ранение имело место у 1 (9,1%) больного, комбинированная травма (осколочное ранение, ожог левой ноги площадью 18% поверхности тела у 1 (9,1%) пострадавшего. Из 11 больных у 10 констатировано проникающее ранение брюшной полости с повреждением тонкой кишки (n=3), тонкой и сигмовидной кишки (n=1), слепой и восходящей кишки (n=1), желудка, селезенки (n=1), сигмовидной кишки и ее брыжейки (n=1), поперечной ободочной кишки, множественные повреждения

подвздошной кишки (n=1), правой почки (n=1), нисходящей кишки (n=1). У всех больных имело место внутрибрюшное кровотечение с геморрагическим шоком 1-2 ст. Из 10 больных с открытой огнестрельной травмой живота у 5 (50,0%) она сочеталась с повреждением опорно-двигательного аппарата в различной комбинации: открытого перелома большеберцовой кости (n=1), правого плеча, правой молочной железы (n=1), правого локтевого и тазобедренного суставов (n=1), локтевой кости (n=1), лобковой кости, сквозное ранение седалищной кости (n=1), правого бедра (n=1), правого плеча, правого бедра (n=1). Таким образом, предложена классификация боевой травмы с выделением двух ее основных видов: минно-взрывной и пулевых повреждений, что имеет ведущее значение, поскольку минно-взрывная сочетается с черепно-мозговой травмой. Данная ситуация коренным образом меняет хирургическую тактику.

925. ЛАПАРОЦЕНТЕЗ В УСЛОВИЯХ БОЕВОГО И МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Куницкий Ю.Л.(1), Харьковский В.А.(2),
Белозерцев О.А.(3), Виноградов Ю.Н.(3),
Христуленко А.А.(1), Мурашко Е.В.(3)

Донецк

- 1) ДонНМУ им. М.Горького, 2) РТЦ, 3) ЦГКБ №1

Клиника располагает опытом выполнения диагностического и лечебного лапароцентеза у 134 больных. 93 (69,4%) больных составили группы: ДТП -28 (30,1%), шахтная травма - 58 (62,4%), авиакатастрофа - 7 (7,5%) больных. Пострадавших от огнестрельных ранений (пулевое, осколочное), минно-взрывной травмы в условиях реальных боевых действий в условиях локальной войны в Донбассе было 41 (30,6%) больной. При условии массовой госпитализации пострадавших в условиях боевого времени, либо производственной (шахтной) травмы лапароцентез считаем ведущим диагностическим методом. Диагностический способ лапароцентеза выполняли следующим образом: после пункции троакаром брюшной полости ниже пупка в типичном месте в последнюю вводили «шарящий» катетер. При получении крови вопрос решали однозначно: показана лапаротомия. В случае отсутствия выделения крови и содержимого полых органов в брюшной полости оставляли дренажную трубку на 3 суток для контроля. При отсутствии крови через шарящий катетер вводили 400,0 мл. 0,9% физиологического раствора с получением обратного тока всей введенной жидкости, извле-



кали введенную жидкость из брюшной полости, проводили микроскопию и биохимическое исследование и, при лейкоцитах на все поле зрения диагностировали гнойный перитонит, α -амилазы с уровнем 16-2014 ед.- ферментативный перитонит, характерный для острого панкреатита. Именно при объеме 400.0 мл., введенного в брюшную полость есть возможность получить патологическое содержимое из брюшной полости. Даже в том случае, если есть прикрытая перфорация полого органа и количество патологического содержимого небольшая (3.0-5.0 мл.), при разведении 400.0 мл. введенного физиологического раствора в брюшную полость указанное количество содержимого может быть изъят для микроскопического и лабораторного контроля. Проведение брюшинного лаважа при острой хирургической патологии объемом 2000.0 мл. физиологического раствора значительно снижает интоксикацию, улучшает состояние больного и, при соответствующем установленном диагнозе, может быть использован в качестве предоперационной подготовки. Дренажную трубку, при отсутствии показателевого содержимого, оставляли на 3 суток с ежедневным контролем микроскопии и данных биохимического анализа. Диагностика повреждений внутренних органов при закрытой травме живота в случае внутрибрюшного кровотечения, либо повреждения полых органов с развитием перитонита была адекватной во всех без исключения случаях. Таким образом, предложенный нами способ диагностического и лечебного лапароцентеза при закрытой травме живота и острых хирургических заболеваниях позволяет: безошибочно диагностировать повреждение внутренних органов при закрытой травме живота, провести дифференциальную диагностику между гнойным и ферментативным перитонитом при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, значительно уменьшить интоксикацию, использовать способ для передоперационной подготовки, или для временного основного метода лечения, безошибочно диагностировать повреждение внутренних органов при закрытой травме живота. при наличии внутрибрюшного кровотечения, повреждения полых органов с развитием перитонита.

926. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Куницкий Ю.Л., Христуленко А.А.

Донецк

ДонНМУ им. М.Горького

Клиника располагает опытом хирургического лечения положен 177 больных с сочетанием желчекаменной, язвенной болезнями, их осложнениями и вторичным панкреатитом. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных – от 27 до 82 (50,4+3,7) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124 (70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 (5,3+6,6) лет, ургентных больных от 3,5 до 144 (43,4+5,4) часов. Хронический калькулёзный холецистит имел место у 53 (29,9%), острый калькулёзный холецистит у 69 (39,0%), механическая желтуха у 55 (31,1%) больных, перитонит имел место у 20 (29,0%), холангит – у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 136 (74,0%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 14 (7,9%), вторичный панкреатит у 177 (100,0%) больных. 33 (18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ. Активная фаза язвенного процесса на момент операции была у 51 (28,8%) больных. У 88 (49,7%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Контрольную группу составили 63, основную 114 больных. Все больные оперированы. У больных контрольной группы были использованы традиционные методы хирургического лечения. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 18 (28,6%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5+4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. На основании анализа развившихся осложнений в ближайшем послеоперационном периоде у больных контрольной группы выявлены факторы риска развития осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни, разработаны меры их профилактики. При хирургическом лечении больных основной группы предпочтение отдавали миниинвазивным



и этапным вмешательствам (лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), в том числе лапароскопическая круроррафия, фундопликация по Ниссену при ГПОД, селективная ваготомия, операция Я.Д. Витебского при хронической дуоденальной непроходимости). При хроническом калькулёзном холецистите холецистэктомию выполняли после курса противоязвенной терапии (ПЯТ), рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При остром калькулёзном холецистите выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с учетом ПЯТ в до- и послеоперационном периоде. При язве желудка операции предшествовала гастробиопсия с верификацией доброкачественности язвы. У больных с ведущим диагнозом острый (обострение хронического) панкреатит проводили противопанкреатическую терапию с использованием базисной терапии (лечение неосложненного панкреатита) и в сочетании со специализированным лечебным комплексом у больных с тяжелой формой острого панкреатита в сочетании с массивной противоязвенной терапией до нормализации клинических и лабораторных показателей. При механической желтухе на почве холедохолитиаза использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутривенного желчного протока под контролем УЗИ с последующим курсом ПЯТ, эндоскопической папиллосфинктеротомией, ЛХЭ. Симультанные операции по поводу сочетанной язвы у больных основной группы выполняли при осложненных формах и высокой степени риска развития осложнений с ее стороны на основе органосохраняющих вмешательств и ваготомии. ЛХЭ у больных основной группы выполнена у 51(66,2%), симультанные операции у 54(30,5%) больных, из них у 38(21,5%) больных на основе органосохраняющих вмешательств. Разработанный новый подход к хирургическому лечению больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы позволил уменьшить количество осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни в ближайшем послеоперационном периоде с 28,6% до 1,7%.

927. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПАО «ГАЗПРОМ»

Апякин А.В.

Москва

ОКДЦ ПАО "Газпром"

Целью работы стали определение объема амбу-

латорной ринохирургической помощи с использованием эндоскопии, организация подготовки к операции, оптимизация техники стационарзамещающих операций, выработка принципов послеоперационного ведения таких пациентов. Проанализированы амбулаторные карты пациентов, которым выполнено 450 ринологических операций в поликлинике ПАО «Газпром» с 2012 по 2016 гг. Система отбора и предоперационной подготовки пациентов, включающая типичные предоперационные клинические исследования, плюс компьютерную томографию в 2-3-х проекциях, при необходимости - обследование больных СОАС при помощи прибора «Arnoe Link»; а также послеоперационное наблюдение и последующее ведение позволили существенно расширить объем оперативных вмешательств в условиях поликлиники с использованием транспортных возможностей отделения скорой помощи (СП) и медицинской помощи на дому. Выполнены следующие ринохирургические вмешательства: септопластика, в.т. числе эндоскопическая - 79 операций, ресептопластика- 6, закрытая ринопластика при различных деформациях наружного носа - 3, малоинвазивные вмешательства на носовых раковинах (нижняя, средняя подслизистая лазерная или радиоволновая вазотомии, моделирование парадоксальноизогнутой средней носовой раковины, частичные щадящие конхотомии) под контролем риноскопов - 191, рассечение синехий носовых ходов- 12; эндоскопическая полипотомия носа - 19, эндоскопическая полисинусотомия - 47 операции, эндоскопически ас-систированное вскрытие верхнечелюстных пазух через переднюю стенку с удалением полипов, кист - 40, инородных тел верхнечелюстных пазух (пломбирочный материал, мицето-мы)- 12; вскрытие и коагуляция кисты Торнвальда -1; баллонопластика лобных пазух -3, верхнечелюстных пазух -2; пластика перфораций перегородки носа -2, аденотомии - 3, радиоволновое удаление доброкачественных опухолей носа, коагуляция кровоточащих сосудов полости носа, в т. числе в глубоких отделах носа с применением риноскопов - 30. Оперативные вмешательства выполнены под местной, сочетанной или общей анестезией типичными методами с применением хирургического инструментария, в т. числе эндоскопического, диодного лазера «Dornier Medilas D 60», радиохирургического аппарата "Surgitron", электрохирургического оборудования, микродебридера «Medtronik» с использованием различных шейверов, хирургической стойки «Carl Shtorz» с различными жёсткими и гибкими эндоскопами. Малоинвазивные методы операций на носу и околоносовых пазухах производятся под контролем оптики, в т.числе эндоскопа "Циклоп" с 360 градусным обзором, часто с исполь-



зованием микродебридера, би- и монополярной коагуляции. В ходе операций дежурила бригада СП с санитарным автомобилем. Договор с близлежащим стационаром обеспечивал круглосуточную возможность экстренной госпитализации больного при возникновении осложнений. После операций пациенты или отправлялись на санитарном транспорте домой или находились в течение суток в палате дневного стационара под наблюдением анестезиолога. Через сутки производилось удаление тампонов из носа, туалет носа и ОНП под контролем риноскопов и пациенты машиной СП отправлялись домой. В послеоперационном периоде, в первые несколько дней – ежедневно, затем через 1-2 дня выполнялся туалет носа и ОНП в поликлинике с последующим проведением физиотерапевтического лечения до полного выздоровления пациента. Осложнений после операций не было. Сроки нетрудоспособности после выполнения риноскопических операций в Поликлинике оказались на 5,7 дней меньше, чем после аналогичного стационарного лечения, что связано с ранней активизацией больных и созданием психологической атмосферы, направленной на быстрое выздоровление. Экономическая выгода также совершенно очевидна. Плюс пациент постоянно находится под наблюдением одного врача, который выполнял операцию, знает её особенности и имеет возможность назначить адекватное и наиболее оптимальное послеоперационное лечение конкретному пациенту. Выводы: • Малоинвазивная эндоскопическая ринохирургия является щадящей и перспективной методикой в поликлинических условиях. При её использовании, можно устранить нарушения функций, не ожидая развития патологического процесса. Этим будет реализовано профилактическое направление эндоскопической ринохирургии. • Малотравматичные инструменты, надежные методы гемостаза, интраоперационный постоянный видеоконтроль способствуют уменьшению операционной травмы, что обеспечивает раннюю активизацию пациентов и благоприятное течение послеоперационного периода в домашних условиях. • Тщательное предоперационное обследование и подготовка больного позволяет избежать осложнений в ходе операции и раннем послеоперационном периоде. • Обязательным условием развития стационарзамещающих технологий является наличие договора с близлежащим ЛОР-стационаром для срочной госпитализации пациента в случае возникновения интра- или послеоперационных осложнений.

928. АРТРОСКОПИЯ КАК МЕТОД СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Жданович В.В., Ярмак Д.О.

Москва

ОКДЦ ПАО "Газпром"

В системе здравоохранения длительное время приоритеты в оказании медицинской помощи отдавались больницам и госпиталям, до 80% финансовых и материально-технических ресурсов вкладывалось в развитие стационарной медицинской помощи. В тоже время амбулаторно-поликлиническому звену не уделялось достаточного внимания, поликлиникам была заведомо отведена роль подготовительного - догоспитального этапа. Необходимо отметить, что в системе медицинской помощи свыше 80% всех больных проходит обследование и лечение в поликлиниках. С другой стороны, общеизвестно, что от 20 до 50% больных, находящихся на стационарном лечении, могут получать медицинскую помощь в поликлинических условиях (А.Н.Волосевич, 1992; Г.П.Сквирская, 2000; В.А.Гуляев, 2001; В.Т.Карташов, 2001 и др.). Артроскопия является сегодня признанным и широко используемым в мире методом диагностики и лечения травматических повреждений и заболеваний крупных и мелких суставов верхних и нижних конечностей [Бирюков С.Ю., 2005; Череповский А.В., 2001; Шевцов В.Н., 2000; Штробель М., 2012; Bohnsack M., 2002; Chow J.C., 2002]. В работах, посвященных опыту проведения оперативных артроскопий в амбулаторно-поликлинических условиях, убедительно показаны хорошие результаты лечения больных с патологией коленного, голеностопного и плечевого суставов [Durant G.D., 1989; Ackroyd C., 2002; McConnell S., 2001; Moseley J., 2002; O'Grady P., 2002]. В нашем учреждении с 2001 применяется артроскопия при диагностике и лечении травм и заболеваний коленного, плечевого и голеностопного суставов. За период отмечено 765 наблюдений хирургических вмешательств по поводу повреждений и заболеваний коленного сустава, 127 наблюдений после операций с патологией плечевого сустава, 49 – после вмешательств на голеностопном суставе, которые были выполнены с применением видеоартроскопической техники в стационаре одного дня врачами ОКДЦ ПАО «Газпром». Всем больным до операции проводилось клиническое исследование с проведением специфических диагностических тестов, рентгенография (стандартная и стрессовая) и МРТ соответствующих суставов. По результатам обследования



составлялся план лечения, и вырабатывались критерии достоверности поражения внутрисуставных структур. Все операции выполнялись по стандартным артроскопическим методикам. При артроскопиях коленного сустава в зависимости от выявленных повреждений - резекция или шов менисков, реконструкция ПКС различными аутооттрансплантатами, шов медиального ретинакулюма, дебридемент очагов хондромалиции, моделирование суставных поверхностей, частичная синовэктомия, удаление хондромных тел, резекция гипертрофированного тела Гоффа, артролиз и различные виды артропластики. При патологии плечевого сустава по поводу нестабильности плечевого сустава (привычном вывихе), разрывах вращательной манжеты плеча, импинджмент-синдроме (плече-лопаточный периаартроз) - следующие виды оперативных вмешательств: анкерные швы повреждений суставной губы, восстановление поврежденных связок передней капсулы сустава, ремплисаж подостной мышцы в зону дефекта головки плечевой кости, тенотомия или тенодез длинной головки бицепса, шов сухожилий вращательной манжеты, субакромиальная декомпрессия. При артроскопиях голеностопного сустава выполнялись дебридемент поврежденного суставного хряща; резекция костно-хрящевых разрастаний, механическое сглаживание шейвером краевых эрозивных очагов, участков разволокненного хряща, видимых шероховатостей и трещин, удаление хондромных тел, остеофитов; иссечение и удаление спаек и гипертрофированной синовиальной оболочки; стимуляцию регенерации хряща путем перфорирования субхондральной кости и/или кюретажа хондрального дефекта. Осложнений как во время операций, так и в ближайшем послеоперационном периоде не выявлено. Эффект лечебных артроскопий был достигнут во всех случаях. В комплексе послеоперационного лечения применяли криотерапию, медикаментозное лечение с применением хондропротекторов, физиотерапию, массаж, ЛФК, ортезирование конечностей. Таким образом, данные многочисленных авторов и наши исследования, выполненные в стационарозамещающих условиях, показали, что артроскопия является высокоэффективным методом диагностики внутрисуставных повреждений и заболеваний, так как позволяет объективно оценить имеющиеся патологические изменения внутрисуставных структур, которые не всегда могут быть выявлены с помощью «традиционных» методов исследования, а также определить необходимый комплекс лечебных мероприятий по восстановлению функции сустава. Улучшению результатов лечения способствует применение так называемого «метода ранней активизации послеоперационных больных, перенесших артроскопические опера-

ции» на крупных суставах, который описывается в англоязычной литературе как метод агрессивной реабилитации.

929. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНВАЗИВНЫХ НЕАБЛАТИВНЫХ ЛАЗЕРНЫХ ПРОЦЕДУР ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКДЦ ПАО «ГАЗПРОМ»

*Осин Л.А., Калмакова Е.Н.,
Баракова-Безуглая М.Е.*

Москва

ОКДЦ ПАО "Газпром"

Недержание мочи у женщин является не только медицинской, но и серьезной социальной, гигиенической и экономической проблемой. По данным международной статистики, от 30 до 77% женского населения страдает от данного заболевания. Традиционно приоритет в лечении НМ при напряжении у женщин остаётся за хирургическими методиками как наиболее эффективными. В то же время хирургическое лечение показано не всем пациенткам, а существующие на сегодняшний день хирургические способы коррекции недержания мочи, к сожалению, не лишены недостатков (нарушения сексуальной функции, дискомфорт при половой жизни, создание избыточной обструкции нижних мочевых путей, неврит запирающего нерва, ограничения послеоперационного периода и др.), кроме того, рецидивы недержания мочи после хирургического лечения составляют от 5,7 до 30–40%. Поэтому желание каждой пациентки избавиться от непроизвольных потерь мочи наименее травматичным и безопасным способом привело к разработке и внедрению в практику довольно большого числа консервативных методов лечения НМ, которые широко используются и продолжают совершенствоваться. Представляет интерес новая методика консервативного лечения недержания мочи – IncontiLase, основанная на использовании энергии Er:YAG-лазера в неабляционном тепловом режиме специальным пакетным импульсом. Целью неаблятивной лазерной процедуры является достижение селективной денатурации субмукозного коллагена. Мгновенная реакция сокращения коллагеновых волокон и ускорение неоколлагенеза приводят к подтяжке тканей и повышению их эластичности. Обработанная зона постепенно сокращается и сжимается, улучшая поддержку шейки мочевого пузыря и уретры. Режим «Fotona Smooth» доставляет лазерную энергию Er:YAG посредством оптимально разделенных по време-



ни коротких лазерных импульсов для того, чтобы избежать накопления тепла на поверхности и достичь однородного нагревания внутри слизистой оболочки влагалища. Слизистая оболочка обрабатывается неаблативным способом с точно контролируемым повышением температуры, что исключает опасность возникновения некроза ткани. Когда временное разделение между импульсами больше, чем время тепловой релаксации ткани, поверхность последней имеет достаточно времени, чтобы охладиться между импульсами путем рассеивания тепла в глубокие слои ткани. Одновременно, если лазерная энергия доставляется за период времени короче времени тепловой релаксации, то более глубоко расположенные структуры не успеют охладиться, а доставленная таким образом лазерная энергия приведет к общему неаблативному накоплению тепла и повышению температуры ткани до диапазона между 45 и 60°C. Цель Оценка эффективности лечения с помощью Er:YAG-лазера стрессового недержания мочи до и после операции, а так же в качестве самостоятельного метода лечения. Пациенты и методы Нами с помощью Er:YAG-лазера в течение 2016 года проведено лечение у 164 пациенток со стрессовым недержанием мочи в возрасте от 40 до 60 лет, которым проведено от 1 до 4 процедур. Всего 438 процедуры. I тип НМ при напряжении выявлен у 123 (75%) пациенток, II тип – у 41 (25%). Кроме стандартного клинического обследования, пациенткам проведены специальные исследования: МРТ органов малого таза с пробой Вальсальвы, уродинамическое исследование, гистологическое исследования тканей стенок влагалища с целью оценки структурных изменений соединительной ткани до и спустя 21–30 дней после лечения. Все пациентки анкетированы с помощью вопросников качества жизни SF-36, I-QOL, PFDI-20, СФЖ. Результаты исследования Положительный эффект лечения достигнут у 95 (77,2%) пациенток с I типом и у 25 (60,9%) со II типом недержания мочи при напряжении в сроки наблюдения до 5 месяцев. По данным объективного обследования, после проведенного лечения отмечено утолщение стенок влагалища, увеличение показателя давления закрытия уретры, уд-линение уретрального профиля, улучшение качества жизни. В образцах ткани после лечения отмечалось увеличение количества и активности фибробластов, повышение плотности соединительной ткани, появление участков неоангиогенеза. Выводы Технология IncontiLase является простой в выполнении, не требует анестезиологического пособия, условий малой операционной, проведения антибиотикопрофилактики. В сравнении с другими методиками консервативного лечения НМ при напряжении быстрее и с меньшими неудобствами для пациенток дости-

гается необходимый эффект. Полученные результаты позволяют рассматривать данную методику консервативного лечения как методику выбора для больных с I типом НМ при напряжении легкой и средней степени тяжести. Также можно рекомендовать применение технологии IncontiLase как первую линию терапии у пациенток со II типом НМ при напряжении в случае их отказа от хирургического лечения, при наличии противопоказаний к хирургическому лечению, а так же в качестве предоперационной подготовки или послеоперационного лечения. Появляющиеся новые технологии, в частности применение Er:YAG-лазера, заслуживают всестороннего и детального изучения. С целью оптимизации лечения больных НМ необходимы дальнейшие исследования для получения дополнительных данных о безопасности методики и продолжительности положительного эффекта.

930. ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ХРУСТАЛИКА С ФЕМТОСЕКУНДНЫМ ЛАЗЕРНЫМ СОПРОВОЖДЕНИЕМ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ВОЗРАСТНОЙ КАТАРАКТЫ

*Бугаенко И.А., Антонюк С.В., Антонюк В.Д.,
Тур А.Н., Щукин С.Ю., Пархомов С.Д.,
Куранова О.И., Кузнецова Т.С.*

Москва

Клиника микрохирургии глаза ОКДЦ ПАО
«Газпром»

Хирургическое лечение катаракты является “жемчужиной” современной микрохирургии глаза. Сегодня методы лечения катаракты находятся на новом этапе развития, который характеризуется внедрением технологии “малых разрезов” на основе использования ультразвуковой фактоэмульсификации. Однако, несмотря на преимущества метода, стремление уменьшить негативное воздействие ультразвука на ткани глаза, остается актуальной задачей в амбулаторной хирургии возрастной катаракты. Основными требованиями любой амбулаторной хирургии является малая инвазивность и травматичность, скорость выполнения любой манипуляции и максимальное восстановление утраченных функций органа. В настоящее время в амбулаторной хирургии возрастной катаракты наблюдается тенденция к активному внедрению новых технологий, направленных на уменьшение травматичности оперативных вмешательств и развития осложнений. Фемтосекундное лазерное сопровождение (ФЛС) хирургии катаракты является одной из современных технологий,



применение которой способствует эффективной фрагментации ядра хрусталика, уменьшению времени и энергии ультразвукового воздействия на этапе факоэмульсификации до 50%, безножевому, лазерному выполнению роговичных разрезов и капсулорексиса. Цель Провести сравнительный анализ показателей состояния органа зрения при проведении стандартной факоэмульсификации катаракты и факоэмульсификации катаракты с фемтосекундным лазерным сопровождением. Материал и методы Исследование проведено на 147 пациентах (147 глаз) с возрастной катарактой. Возраст оперированных пациентов варьировал от 45 до 83 лет. Исходная острота зрения от 0,02 до 0,7 – без коррекции, от 0,1 до 0,8 – с коррекцией. Рефракция от – 10,5 до + 5,5 дптр. ВГД – от 12 до 23 мм рт.ст. Пациенты были разделены на 2 группы (I и II) в зависимости от метода операции. Пациентам первой группы I (основной) – 75 пациентов (75 глаз) – была выполнена факоэмульсификация катаракты с фемтосекундным лазерным сопровождением (ФК+ФЛС) с имплантацией ИОЛ. Пациентам второй группы II (контрольная) – 72 пациента (72 глаза) – ультразвуковая факоэмульсификация катаракты (ФК) с имплантацией ИОЛ. Ультразвуковой этап в обеих группах проводился одним хирургом с применением факоэмульсификатора Infiniti (Alkon, США) со следующими параметрами: режим pulse, вакуум – 400 мм рт.ст., высота ирригационной системы – 90 см. В обеих группах при 1-2 степени плотности ядра хрусталика максимальная мощность ультразвука составила 20%, при 3-4 степени плотности ядра до 35%. В первой группе для проведения роговичных разрезов, капсулорексиса и фрагментации ядра хрусталика, перед ультразвуковой факоэмульсификацией использовали фемтолазерную систему Femto LDV Z8 (Zimer, Швейцария). Система является фемтосекундным лазером с длительностью импульса 200-500 фемтосекунд. Рабочая длина волны – 1020 - 1060 нм. Мощность импульса – порядка 1300 мВт, частота повторения импульсов – 50 - 60 кГц. Запланированный диаметр капсулорексиса составлял 5,5 мм, тип паттерна деления ядра – радиальные разрезы на 8 частей. Для анализа интраоперационных показателей в исследуемых группах (I и II) оценивали среднюю мощность и длительность использованного ультразвука. В послеоперационном периоде оценивали остроту зрения, отек роговичных разрезов и оптической зоны роговицы от 0 до 3 степени, центрацию капсулорексиса к оптической оси глаза. Результаты и обсуждение В обеих группах этап ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ был завершен успешно, без осложнений. У всех пациентов I группы в 100% случаев было проведено фемтосекундное лазерное сопровождение, выполнены в

полном объеме роговичные разрезы, получен передний капсулорексис круглой формы заданного диаметра 5,5 мм. Деление ядра было завершено полностью соответственно использованному паттерну деления. При оценке средней мощности использованного ультразвука и длительности его применения в клинических группах отмечалось снижение показателей в I группе по сравнению со II группой. При плотности ядра хрусталика 1-2 степени разница мощности ультразвука составила 30 – 45%, длительность сократилась на 20 секунд. У пациентов с более плотным ядром хрусталика 3-4 степени, разница показателей мощности ультразвука была менее выраженной и сократилась на 10-15%, время работы на 10 – 15 секунд. В послеоперационном периоде в I группе острота зрения без коррекции составила 0,6 – 1,0, с коррекцией – 0,7 – 1,0. Надо отметить, что степень отека в области роговичных разрезов была минимально выражена, 0 – 1 степени, отек оптической зоны роговицы зарегистрировано не было. При осмотре пациентов обращали на себя внимание идеально ровные разрезы роговицы, идеально круглый, центрированной к оптической оси глаза капсулорексис. Отмечалось точное центральное положение ИОЛ во всех случаях, важное при имплантации мультифокальных ИОЛ. Недостатком являлось наличие паралимбальных гематом от вакуумного кольца. Тем не менее, субъективно пациенты I группы отмечали меньший дискомфорт и более быстрое восстановление зрительных функций. Во II группе острота зрения без коррекции составила 0,5 – 1,0, с коррекцией 0,6- 1,0. Наибольшая динамика по остроте зрения наблюдалась в первые 3 – 5 дней после операции. В ряде случаев был отмечен отек роговичных разрезов 1-2 степени, дисциметит в оптической зоне роговицы. В 10 % случаев имела децентрация капсулорексиса к оптической оси глаза 2 степени. Выводы Факоэмульсификация хрусталика с фемтосекундным лазерным сопровождением позволяет получить лучшие функциональные результаты и более быстрый период реабилитации, уменьшить ультразвуковую нагрузку на ткани глаза в ходе операции, тем самым расширить возможности амбулаторной хирургии возрастной катаракты.



931. МАЛООБЪЕМНЫЕ СУБАРОХНОИДАЛЬНЫЕ АНЕСТЕЗИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Ванданов Б.К., Фомина О.А., Мамчич В.Ю.
Бахтинов Е.И.

Москва

ОКДЦ 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; группа 1 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 $6 \pm 2,3$ минуты ($p \leq 0,05$). Максимальное распространение сенсорного блока в группах 1 и 2 СА не отличалось между собой и достигало уровней ThIX ($p \leq 0,05$). У пациентов группы 1ОСА на оперируемой стороне уровень чувствительного блока распространялся до ThVII, а на противоположной стороне до LIII (p

932. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ОПЕРИРОВАННЫХ В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

*Шихметов А.Н., Ванданов Б.К.,
Пантелеймонова З.Г., Фомина О.А.,
Кришанович О.С.*

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

Цель исследования заключается в структурном анализе проведенных анестезий при дезартеризации геморраидальных узлов, а также в клинической оценке различных видов анестезий (пресакральные, сакральные, спинномозговые, «седельные» блоки, эпидуральные анестезии). В исследование включено 85 пациентов. Распределение по видам анестезий: группа 1 (n=50) внутривенная анестезия + пресакральная; группа 2 (n=12) спинномозговая анестезия; группа 2а (n=5)

«седельный» блок; группа 3 (n=6) эпидуральная анестезия и группа 3а сакральная (n=7). Основное количество операций выполнено под общей внутривенной анестезией с пресакральным введением местного анестетика (всего 50 анестезий). В условиях операционной после введения пациента в общую внутривенную анестезию проводилась пресакральная блокада 0,2% раствором нарпина, всего вводилось от 60 до 100 мл местного анестетика. Проведение данного вида анестезии обеспечивает удовлетворительное качество обезболевания, но в тоже время отмечается снижение системного артериального давления, сокращение частоты сердечных сокращений, что приводит к снижению перфузии в ректальной области. Пресакральная анестезия обеспечивает удовлетворительное качество обезболевания в раннем послеоперационном периоде в течение 6-7 часов с момента введения раствора нарпина (по ВАШ от 2 до 4 баллов). Далее болевые ощущения усиливались до 5 - 8 баллов. Все пациенты получали плановое обезбоживание внутривенным введением раствора Перфалгана до 4 гр. в сутки и Дексалигна до 200 мг. в сутки. Спинномозговая анестезия применялась у 12 пациентов, из них у 5 – «седельный» блок. Время наступления сенсорного блока в исследуемой группе составило $6 \pm 2,3$ минуты. Максимальное распространение сенсорного блока в группе достигало уровня L1, с моторным блоком 3 балла. В исследуемой группе, где применялся «седельный» блок в качестве местного анестетика применялся Маркаин Хеви в дозе до 7,5 мг. Пункция проводилась в сидячем положении пациента, и после медленного интратекального введения анестетика пациент оставался сидеть в течение 15 минут. Уровень зоны дифференциальной блокады составил L5–S5, с глубиной моторного блока по шкале Bromage - 0 баллов. Проведение спинномозговых анестезий обеспечивает адекватное качество обезболевания во время проведения операций на прямой кишке. В группе с использованием спинномозговой анестезии отмечается снижение артериального давления и урежение ЧСС, что также как и в 1 группе значительно снижает кровенаполнение сосудов ректальной области. В отличие от пациентов с «седельным» блоком, где не отмечено достоверного снижения системного артериального давления. Продолжительность анестезии в среднем составила от 3 до 5 часов. Обезбоживание после операции системным введением нестероидных противовоспалительных препаратов. Уровень боли по ВАШ составил от 5 до 8 баллов. Клинические проявления от нижней эпидуральной и сакральной анестезии достоверно не отличаются. Эпидуральная анестезия проводилась в положении на боку на уровне L4 - L5, или L5 - S1 катетер заводился на 4 - 5 см. каудально. В



качестве местного анестетика использовались 2% раствор Лидокаина 10 мл. и 0,75% раствор Наропина 10 мл. (всего 20 мл). Отмечается удовлетворительное качество обезболивания как во время операции, так и в послеоперационном периоде при продленном введении местного анестетика в эпидуральное пространство крестцовой области позвоночника. Уровень болевых ощущений не превышал 3 баллов по визуальной аналоговой шкале. Выводы. Применение эпидуральной анестезии с продленным эпидуральным обезболиванием для анестезиологического обеспечения операций на прямой кишке позволяет достичь глубокого и эффективного обезболивания пациентов, а также обеспечить эффективное послеоперационное обезболивание.

933. ДИНАМИКА ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И СОСТОЯНИЯ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫШЕ 10 ДПТР, ПЕРЕНЕСШИХ АМБУЛАТОРНО ЭКСИМЕРЛАЗЕРНУЮ КОРРЕКЦИЮ ЗРЕНИЯ МЕТОДОМ ФЕМТОСУПЕРЛАСИК

Кузнецова Т.С., Антонюк В.Д., Щукин С.Ю., Антонюк С.В.

Москва

Клиника микрохирургии глаза ОКДЦ ПАО «Газпром»

Цель: проанализировать отдаленные результаты ЭЛКЗ у пациентов, с миопией выше 10 дптр, у которых значение РТА (Percent Tissue Altered) превышало 40. Материал и методы: Исследование выполнялось в Клинике микрохирургии глаза ОКДЦ ПАО «Газпром» в период 2015-2017 г.г. Всего обследовано 20 пациентов (40 глаз) в возрасте 18-35 лет, которым была выполнена эксимер-лазерная коррекция близорукости. Основными критериями включения пациентов в исследование являлись наличие высокой степени близорукости (от 10,0 дптр до 17,0 дптр), толщина роговицы не менее 540 мкм, отсутствие рефракционной амблиопии (II и более степеней), возраст не более 35 лет, отсутствие альтернативной патологии со стороны органа зрения, оказывающей влияние на остроту зрения, отсутствие выраженной соматической патологии. Эксимерлазерная коррекция выполнялась на ротационно – сканирующем эксимерном лазере «NIDEK NAVEX QUEST», все оперативные вмешательства выполнены одним хирургом. Интраламеллярная кератопластика -формирование роговичного лоскута с помощью фемтосекундного лазера «FEMTO LDV» швейцарской компании

«Ziemer». Комплексное обследование состояния органа зрения выполнялось через сутки и 6,12,24 месяцев после операции и основывалось на клинических и субъективных методах. Клиническое исследование включало в себя кераторефрактометрию, визометрию для дали, кератотопографию, анализ переднего отдела глаза, пахиметрию, тонометрию и оптическую когерентную томографию. Отдельным направлением работы явилось исследование показателя, показывающего процент роговичной ткани, подвергшейся лазерному воздействию – РТА = (толщина флэпа + глубина абляции)/предоперационная толщина роговицы * 100. По данным зарубежных авторов, считается, что значение РТА > 40 говорит о высоких рисках развития осложнений, таких как кератэктазия и снижение зрения. Значение РТА в исследуемой нами группе составил от 40 до 49. Результаты и обсуждение. В качестве базовых показателей клинической эффективности эксимер-лазерной коррекции нами применялись величины: «усиление миопической рефракции», «снижение некорректируемой остроты зрения вдаль», состояние задней поверхности роговицы. За период наблюдения усиление миопической рефракции составило от 0,75 до 2,5 дптр, снижение некорректируемой остроты зрения от 2 до 3 строчек, и составляло 0,5 – 0,6 (до хирургического лечения показатели некорректируемой остроты зрения были 0,01-0,02), стабильное состояние задней поверхности у всех пациентов позволило исключить признаки вторичной кератэктазии. Выводы: Результаты сравнительной оценки динамики клинических параметров зрительной системы показали, что фемтолазерное сопровождение эксимер-лазерной коррекции близорукости высокой (10,0-17,0 дптр) степени позволяет достичь высокой некорректированной остроты зрения, стабильного состояния задней поверхности роговицы и удовлетворенность пациентов результатами лечения.

934. ВЫБОР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОКДЦ ПАО «ГАЗПРОМ»

Нагорнюк В.Н., Кабардоков А.Х., Меркурьева Я.А., Шихметов А.Н.,

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

Одним из главных преимуществ применения видеолапароскопической техники перед «открытыми» операциями является существенно менее



выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, что способствует скорейшей активизации пациентов, облегчает процесс амбулаторного наблюдения и уменьшает сроки лечения и нетрудоспособности. Целью нашего исследования является выбор предпочтительной тактики оперативного лечения варикоцеле в условиях дневного стационара. Материалы и методы. Нами было проанализировано 353 пациентов-мужчин, проходивших обследование и лечение в ОКДЦ ПАО ГАЗПРОМ, страдающих варикоцеле (I-III степени, одно- и двусторонним). 118 (33,4%) из них подверглись операции по Ivanissevich (группа 1), 235 (66,7%) лапароскопической окклюзии (группа 2). Достоверной разницы по возрасту и стадии развития варикоцеле между обеими группами не было. В 1 группе не было пациентов оперированных с 2 сторон, во второй группе число таких пациентов составило 94 (40,0%). В ближайшем послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось по требованию нестероидными противовоспалительными препаратами (Дексалгин 50 мг в/в в сочетании с Перфалган 100 мг в/в). Для оценки болевого синдрома мы использовали словесную рейтинговую шкалу [Frank A.J., 1982] и определение среднего количества анальгетиков, вводимых одному пациенту с целью купирования болевого синдрома. Результаты. Всех пациентов группы 1, оперированных по Ivanissevich, в 1-е и 2-е сутки после операции беспокоил болевой синдром различной степени. В 1 сутки слабую боль отмечали 23 (19,5%) пациентов, умеренную - 91 (77,1%), тяжелую - 4 (3,4%). На 2-е сутки слабая боль отмечена у 88 (74,5%) больных, умеренная - у 30 (25,5%), жалоб на тяжелую боль не было. На 3-и сутки 25 (21,2%) пациентов боль не беспокоила, у 80 (67,8%) и 13 (11,0%) соответственно имела место слабая и умеренная боль. Среди пациентов группы 2, подвергшихся лапароскопической окклюзии, в 1 сутки не было более у 73 (31,3%), слабую боль отметили 162 (68,9%). На вторые сутки жалоб на боль не предъявляли 195 (83,4%) человек, на слабую боль жаловались 39 (16,6%). Начиная с 3 суток, боль не беспокоила никого. В соответствии с уменьшением степени выраженности болевого синдрома возрастала активность пациентов. Так, у 73 (61,9%) пациентов группы 1 в 1-е сутки активность была низкой, у 45 (38,1%) - умеренной. На 2-е сутки низкую активность сохранили 24 (20,3%), а у 76 (64,5%) активность возросла до умеренной, у 18 (15,2%) до средней. К 3-м суткам наблюдения умеренная активность отмечена у 54 (45,8%) пациентов, средняя - у 32 (27,1%) и высокая - у 32 (27,1%). Полной активности в этой группе пациентов в первые 3 суток наблюдения не было отмечено ни у кого. В группе 2 в 1-е сутки были полностью активны 35 (14,9%)

оперированных, 199 (42,1%) и 101 (43,0%) отмечали соответственно высокую и среднюю степень активности. На 2-е сутки число полностью активных пациентов возросло до 69 (29,4%), а высокоактивных - до 166 (70,6%). К 3-м суткам полностью активны были все пациенты. Длительность перывания на койке дневного стационара составило у пациентов группы 1 $22,3 \pm 0,7$, у пациентов группы 2 $13,1 \pm 0,5$. Время трудовой реабилитации, соответственно $12,1 \pm 1,1$ и $4,4 \pm 0,2$ дней. Обсуждение и выводы. При использовании лапароскопических технологий болевой синдром в раннем послеоперационном периоде отсутствовал (31,1%) или был незначительным (68,9%) и анальгезирующая терапия не потребовалась ни в одном случае. При операциях по методике Ivanissevich болевой синдром присутствовал в течение первых трех суток послеоперационного периода практически у всех пациентов, что потребовало в первые двое суток назначение ненаркотических анальгетиков. Наличие болевого синдрома в послеоперационном периоде накладывало свой отпечаток на активность пациентов, длительность пребывания на койке дневного стационара и сроках нетрудоспособности. Исходя из полученных данных исследования, лапароскопическая окклюзия по нашему мнению является предпочтительнее операции Ivanissevich и может быть предложена для широкого использования в ЛПУ с дневными стационарами.

935.ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МАТКИ И ПРИДАТКОВ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ОКДЦ ПАО «ГАЗПРОМ»

*Пазычев А.А., Шихметов А.Н., Сорокин А.А.,
Осин Л.А., Петрова М.В., Швецова О.Б.*

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

ОКДЦ «ГАЗПРОМ» накопил большой опыт по стационарозамещающим технологиям при оказании хирургической помощи гинекологическим больным. В настоящее время наработаны стандарты по предоперационному обследованию и подготовки к операции в условиях поликлиники. Предоперационное клинко-инструментальное обследование включает общеклинические, лабораторные обследования (клинические анализы крови и мочи, группа крови и резус фактор, развернутая коагулограмма, биохимический анализ крови, анализом крови на спид, сифилис, марке-



ры вирусных гепатитов, мазки на флору и цитологию, посевы вагинального отделяемого, мочи), инструментальные методики (ЭКГ, ЭхоКГ, эндоскопия желудочно-кишечного тракта, рентгенография легких, УЗИ органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства). Также по показаниям проводятся другие сложные и дорогостоящие лабораторные и инструментальные исследования (гликемические и глюкозурические профили, электролиты, кислотно-основной состав крови, компьютерная, магнитно-резонансная томография различных областей, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, реоэнцефалография, суточное мониторирование артериального давления или ЭКГ, радиоизотопные исследования, пункционная биопсия различных новообразований и др.). Все больные в процессе подготовки к оперативному лечению под общим наркозом уже заранее знакомы с условиями пребывания в дневном хирургическом стационаре, врачами-специалистами, средним медперсоналом, так как такие исследования как гастроскопия, колоноскопия чаще проводятся под общим обезболиванием с участием анестезиолога и требуют наблюдения после исследования в условиях дневного стационара. А если больной накануне лапароскопического пособия выполнена гистероскопическая операция, то при повторном поступлении в дневной стационар пациентка находится уже в более комфортных знакомых условиях. Правильная оценка состояния жизненно важных систем и назначение адекватной терапии в предоперационном периоде, направленной на повышение гемодинамических, дыхательных резервов, профилактику декомпенсации хронических заболеваний, тромбоэмболических осложнений снижает и оптимизирует длительность пребывания больных после операции на стационарной койке до одних суток и исключает необходимость повторных консультаций узких специалистов с целью коррекции уже послеоперационного лечения. В послеоперационном периоде при повторном посещении поликлиники среднем 1 раз в 4-5 дней возникает необходимость контролировать общеклинические, биохимические показатели крови, мочи, отдельные показатели гемостазиограммы, не более 1 раза за 2-3 недели оценивать в динамике ЭКГ и однократно повторно привлекать одного узкого специалиста непосредственно перед выпиской через 3-4 недели для уточнения рекомендаций дальнейшего наблюдения в поликлинике. Опыт длительной оперативной гинекологической активности (гистероскопические пособия при патологии эндометрия, лапароскопические операции при новообразованиях придатков матки, пластики влагалища с использованием коррегирующих сетчатых материалов) показывает отсутствие как

хирургических осложнений (кровотечения, нагноения ран, тромбозы и пр.), так и терапевтических. В настоящее время оснащение поликлинических лечебно-диагностических центров современным оборудованием, своевременная диспансеризация лиц всех возрастных групп с их углубленным обследованием и назначением адекватной медикаментозной терапии, тщательный учет всех хирургических и терапевтических заболеваний, развитие системы восстановительного реабилитационного лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения позволяет снижать затраты при оказании плановой специализированной гинекологической помощи с использованием стационароразмещающих технологий.

936. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РИНОЛОГИИ

Лебедев Н.Н., Решетников С.В., Решетников В.Н.

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

Цель исследования: оценить возможности и особенности применения стационарзамещающих технологий в ринологии. Материалы и методы На базе стационара одного дня было проведено 190 хирургических вмешательств в полости носа. Среди операций наибольшую долю составили септопластика, подслизистая радиоволновая вазотомия нижних носовых раковин, эндоскопическая синусотомия, в том числе полисинусотомия при хроническом полипозном риносинусите, баллонная синусопластика, эндоскопическая дакриоцистиностомия, пластика оро-антральных свищей. Показания для проведения данных хирургических вмешательств были классическими и не отличались от показаний, используемых в стационарных условиях. Пациентам со значимой соматической патологией, с высокими рисками оперативных вмешательств и анестезиологических пособий, нуждающимся в наблюдении в палате ОРИТ в раннем послеоперационном периоде, операции в полости носа проводились на базе стационаров с длительным пребыванием. Такие пациенты в исследование не включались. Важно отметить особенности, в обязательном порядке сопровождающие использование стационарзамещающих технологий: 1. необходимость углубленного обследования перед операцией для полного исключения противопоказаний для лечения в условиях стационара одного дня; 2. применение современных хирургических вмешательств в полости носа с соблюдением требований максимального восста-



новления функции и минимальной хирургической травмы, наносимой пациенту; 3. качественное анестезиологическое пособие при проведении вмешательства; 4. тщательное наблюдение в раннем послеоперационном периоде; 5. транспортировка пациентов в день операции или на следующий день на специально оборудованном для этих целей автомобиле; 6. ежедневные послеоперационные перевязки под эндоскопическим контролем. На перевязки на 2 и 3 дни пациенты также транспортируются на специальном автомобиле; 7. нахождение пациентов на листке нетрудоспособности до исчезновения признаков утраты трудоспособности. Обследование пациентов проводилось в течение 1 недели перед операцией. В обязательном порядке пациенты осматривались терапевтом и анестезиологом. В стационар одного дня пациенты прибывали утром в день операции. После премедикации пациенты транспортировались в операционную, где проводилось вмешательство в полости носа. Техника проведения операции соответствует принципам современной функциональной ринохирургии с максимально щадящим отношением к тканям. На заключительном этапе при необходимости проводилась передняя тампонада полости носа тампонами Merocef фирмы Medtronic. После пробуждения пациентов доставляли в палату, где проводилось активное наблюдение оперирующим хирургом и анестезиологом с мониторингом параметров жизнедеятельности. Тампоны удалялись на следующее утро в условиях перевязочной. Через 2 часа пациенты транспортировались домой с обязательными ежедневными перевязками в амбулаторных условиях в течение 2-х недель. Далее перевязки проводились по мере необходимости. Состояние полости носа и околоносовых пазух как до, так и после операции оценивалось с применением современных методов диагностики: компьютерной томографии околоносовых пазух, передней активной риноманометрии, акустической ринометрии. Отдаленные результаты оценивались через 3 и 6 месяцев. Результаты исследования Осложнения при проведении указанных выше хирургических вмешательств в подавляющем большинстве случаев отсутствовали. Связано это с минимальной травматизацией тканей во время операций. Единственное осложнение в исследуемой группе имело место в раннем послеоперационном периоде на 3 день у 1 пациента после баллонной синусопластики: на фоне реактивных явлений развился воспалительный процесс в левой верхнечелюстной пазухе, купированный консервативным путем. Кровотечений с послеоперационном периоде ни у одного пациента не наблюдалось. В связи с этим в исследуемой группе ни у одного пациента не потребовалось госпитализации в связи с развивши-

мися осложнениями. Положительную динамику в отдаленном послеоперационном периоде отметили практически все пациенты. Улучшение носового дыхания и архитектоники полости носа было подтверждено данными объективных методов исследования: передней активной риноманометрии и акустической ринометрии. Положительная динамика состояния околоносовых пазух подтверждена данными компьютерной томографии. Выводы 1. Стационарзамещающие технологии в ринологии на базах дневных стационаров и стационаров одного дня могут и должны применяться. 2. Требуется тщательный отбор пациентов с целью минимизации рисков как хирургических вмешательств, так и анестезиологических пособий. При наличии значимой соматической патологии операции в полости носа должны проводиться в стационарах с длительным пребыванием с обязательным нахождением пациентов после операции в палатах ОРИТ. 3. При применении стационарзамещающих технологий значительно сокращаются финансовые издержки, в том числе связанные с пребыванием пациента в стационаре в течение нескольких суток. 4. Нахождение пациентов в привычных домашних условиях улучшает настроение пациентов, что положительно сказывается на результатах лечения. 5. Результаты при применении современных методов хирургического лечения не отличаются от результатов операций, проводимых на базе стационаров с длительным пребыванием пациентов. Результаты операций зависят не от длительности нахождения пациента в медицинском учреждении, а от мастерства, опыта хирурга и возможностей применения современных методов хирургического лечения. 6. Значимых осложнений, повлекших необходимость госпитализации в послеоперационном периоде, не было.

937. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Жданович В.В., Ярмак Д.О., Воротницкий С.И.

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

Цель исследования. Оценить возможность проведения реконструктивных операций на стопах при различных деформациях переднего отдела стоп в стационаре одного дня. Материалы и методы. Статические деформации переднего отдела стопы распространенная патология, большинство пациентов женщины. Деформации переднего отдела



стоп – полиэтиологическое многокомпонентное состояние, развивающиеся, по данным различных авторов, у 65% населения планеты. Поперечное плоскостопие, вальгусная деформация 1 пальца, варусная деформация 5 пальца, молоткообразная деформация 2-3-4 пальцев чаще всего являются исходом нескорректированного, прогрессирующего плоскостопия, ношения обуви с перегрузкой переднего отдела стопы, врожденной патологией связочного аппарата, посттравматических изменений. Пациенты с деформациями передних отделов стоп обращаются за медицинской помощью не только из-за жалоб на боли, сложностью подбора обуви, но и по эстетическим соображениям. Больше половины таких пациентов, до 75% – активные женщины от 25 до 60 лет, предъявляющие высокие требования к косметическому и функциональному результатам лечения, срокам реабилитации, высокой степени активности после операции. Интерес к патологии стопы обусловлен общим увеличением статических деформаций нижних конечностей, развитием технологий, прогрессом диагностики и оперативных методик, позволяющих выполнять оперативные вмешательства на новом уровне, с высоким процентом положительных результатов, практически исключая рецидивы. За период с 2011 по 2016 на базе ОКДЦ ПАО «Газпром» было прооперировано 84 пациента. Из них женщин – 81, мужчин – 3. Двусторонний процесс выявлен у 100% больных. В предоперационном периоде проводилось лабораторно-клиническое обследование, рентгенография стоп в прямой, боковой, проекциях с нагрузкой, осматривались анестезиологом, другими специалистами по показаниям. На основании рентгенограмм проводилось предоперационное планирование. Учитывались углы между 1 и 2 (M1M2), 1 и 5 (M1M5) плюсневых костями, угол отклонения 1 пальца (M1P1), угол между фалангами 1 пальца, угол наклона суставной поверхности головки 1 плюсневой кости (PASA), степень латерального смещения сесамовидных костей, на боковой проекции оценивали продольный свод, степень молоткообразной деформации 2-4 пальцев. Важным моментом при выборе вида оперативного вмешательства - является определение степени ригидности стопы. Ранее нами выполнялись шевронная или проксимальная остеотомии первой плюсневой кости. Применение вышеперечисленных методик при выраженных деформациях, по нашему мнению, часто не позволяет выполнить достаточную коррекцию деформации 1 луча. Применение совместно шеврон-osteотомии и проксимальной остеотомии первой плюсневой кости увеличивает операционную травму, что в послеоперационном периоде ведет к ограничению ранней активизации и усилению болевого синдрома. В настоящее

время на 1 плюсневой кости используем остеотомию SCARF. В зависимости от планируемого объема оперативного лечения у одного пациента может быть выполнена коррекция от 1 до 10 лучей на обеих стопах, коррекция молоткообразной деформации малых пальцев, удаление мягкотканых образований стопы. Оперативное вмешательство выполняем, в основном, под спинальной анестезией, за 30 мин до операции проводим антибиотикопрофилактику. Оперировать сразу 2 стопы, при выраженной деформации - 1 стопу. В зависимости от деформации выполнялись остеотомия SCARF 1 плюсневой кости, остеотомия Акин основной фаланги 1 пальца, остеотомии Вейля 2-4 плюсневых, остеотомии Вильсон при деформации 5 плюсневой кости. При ригидных молоткообразных деформациях малых пальцев применяли операцию Хомана. Металлостеосинтез проводился только зон SCARF остеотомий 2 мм или 2,5 мм канюлированными винтами Герберта. Время операции на 1 стопе составляло в среднем 50 минут. В конце операции для продления обезболивающего эффекта применяли циклотный блок р-ром наропина. К вечеру первого дня пациентов активизировали в туфлях Барука, под наблюдением медицинского персонала. В послеоперационном периоде пациенты ходят в туфлях Барука до консолидации зон остеотомий (5-6 недель после операции), назначалось обезболивание, курс низкомолекулярных гепаринов, препараты кальция, венотоники, ЛФК. Обсуждение. У всех 84 пациентов устранены деформации, достигнут удовлетворительный клинический и косметический результат. Выводы: При отсутствии выраженной сопутствующей соматической патологии, высокой степени комплаентности пациента, наличия специализированного инструментария, анестезиологической бригады, стационара одного дня возможно проведение реконструктивных операций на стопах в амбулаторных условиях.

938. ВЫБОР МЕТОДА АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

*Лебедев Н.Н., Рязанов Н.В., Мартынов А.К.,
Клеин В.Е., Кришанович О.С.*

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

Выполнена оценка результатов хирургического лечения 310 пациентов с паховыми грыжами, оперированными в плановом порядке различными



способами в стационаре «одного дня» ОКДЦ ПАО «Газпром». По методике Lichtenstein оперировано 80 пациентов, аллогерниопластика герниосистемой PHS (Prolen Hernia System) выполнена 80 больным, а у 150 пациентов осуществлена TAPP(-трансабдоминальная предбрюшинная пластика с применением лапароскопической техники). Двусторонние грыжи оперированы только с применением лапароскопической техники. Полученные нами данные показали, что частота осложнений при выполнении операций при паховых грыжах составила 7,1%; при методике Lichtenstein -12,5%, TAPP-3,33% и PHS-8,75%, т.е. лучшие результаты, по данным о частоте ранних осложнений, получены при выполнении операции из лапароскопического доступа (TAPP). Оценку отдаленных результатов эффективности методов пластики пахового канала проводили в сроки от 6 мес. до 3 лет как при непосредственном осмотре пациентов, так и по результатам телефонного опроса. В наших исследованиях частота рецидивов составила 1,29%: при герниопластике по Lichtenstein 2,5%, после TAPP-0,67% и после применения системы PHS-1,25%. Также выполнено исследование показателя качества жизни пациента как критерия оценки его состояния и эффективности лечения. На сроках до операции и через 6, 12, 24 мес. послеоперационного периода были исследованы показатели качества жизни (КЖ) пациентов на основании опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36). Данному опросу были подвергнуты 220 (71,0%) пациентов от общего числа наблюдений, из них 60 (75,0%) после операции по методике Lichtenstein, 60 (75,0%) - с применением PHS и 100 (66,7%) после использования лапароскопической техники. Согласно результатам анализа данных анкетирования MOS SF-36, наблюдаются высокие показатели у пациентов, оперированных по методике TAPP по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, болевым ощущениям, жизненной активности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья (в среднем $80,1 \pm 2,3$ баллов). Результаты анкетирования пациентов, перенесших операции с применением системы PHS и методики Lichtenstein оказались несколько ниже - $72,7 \pm 2,7$ и $64,4 \pm 2,9$ баллов соответственно (p

939. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Лебедев Н.Н., Задикян А.М., Ванданов Б.К., Пазычев А.А., Воротницкий С.И.,

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

Оперативные вмешательства с применением малоинвазивных технологии отличаются от традиционных хирургических вмешательств малой травматичностью тканей, коротким послеоперационным восстановительным периодом. Цель исследования заключается в клинической оценке риска развития тромбоэмболических осложнений, обусловленных изменениями в тромбоцитарном звене гемостаза и адекватности проводимых профилактических мероприятий. Физиологическая роль тромбоцитарного (сосудисто-тромбоцитарно) звена гемостаза заключается в первичной остановке кровотечения за счет кратковременного сокращения травмированного сосуда и образования тромбоцитарного агрегата (первичной гемостатической пробки) в зоне повреждения сосуда (тканей). Запуск данного звена гемостаза происходит уже в первые секунды после нанесения операционной травмы и играет ведущую роль в остановке кровотечения из мельчайших (до 100мкм) сосудов и активации коагуляционного звена гемостаза в зависимости от объема повреждения тканей. Материалы и методы: Проведен анализ показателей тромбоцитарного звена гемостаза у 28 больных (n=20 с желчнокаменной болезнью, n=10 с кистами яичников) после лапароскопических операции по поводу желчнокаменной болезни и малых гинекологических операции в плановом порядке за период с января 2014 по декабрь 2015 годы. Мужчин было 8, женщин – 20. Средний возраст больных колебался от 23 до 65 лет. В данной группе, больных с тяжелой сопутствующей патологией не было. Объем операции- холецистэктомия, цистэктомия. Длительность операции в среднем составило 55 мин. Контрольную группу составили 20 больных, оперативные вмешательства которым проводили традиционным способом (n=15 желчнокаменной болезнью, n=5 с кистами яичников). Оценивали показатели тромбоцитарного звена гемостаза в динамике- до и после операции, а также на 1, 3, 5, и 7 сутки после оперативного вмешательства - время кровотечения по Айви, количество тромбоцитов в крови, определяли морфологические особенности тромбоцитов при помощи системной



микроскопии, время свертывания крови, агрегационно-агглютинационные свойства тромбоцитов цельной периферической крови на агрегометре Multiplate BA 705-LTD (Германия) с использованием АДФ, ристоцетина и коллагена. Установлено, что после оперативных вмешательств с использованием лапароскопической технологии ни один из показателей тромбоцитарного гемостаза в процессе исследования достоверно не изменился. При световой микроскопии мазков периферической крови обнаружено небольшое увеличение числа мелких агрегатов тромбоцитов непосредственно после операции. В последующие дни наблюдения в этой группе агрегаты тромбоцитов не выявлялись. В контрольной группе, в отличие от основной, отмечено ускорение времени кровотечения и свертывания крови, число тромбоцитов в крови снижалось в среднем на 19%. В мазках периферической крови существенно увеличивалось количество крупных агрегатов тромбоцитов, с тенденцией к увеличению размеров агрегатов к 3-м суткам наблюдения и значительное уменьшение - к 7-м суткам. Отмечено также достоверное нарастание процента агрегации тромбоцитов со всеми принимаемыми активаторами после операции на 1 и 3-е сутки наблюдения. Заключение: полученные данные подтверждают малую травматичность тканей при лапароскопических вмешательствах, что практически не оказывает существенного влияния на показатели тромбоцитарного звена гемостаза по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, где изменения носят клинический значимый характер, требуют лечебной коррекции.

940. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: КАТАРАКТЫ И ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

*Тур А.Н., Антонюк В.Д., Антонюк С.В.,
Бугаенко И.А., Щукин С.Ю., Пархомов С.Д.,
Куранова О.И., Кузнецова Т.С.*

Москва

Клиника микрохирургии глаза ОКДЦ ПАО
«Газпром»

Проблема хирургического лечения катаракты и глаукомы остается одной из наиболее важных проблем современной офтальмологии. Сочетание глаукомы и катаракты является весьма распространенным, и, по данным различных авторов, составляет от 17 до 76%. Вопрос тактики лечения сочетанной патологии до сих пор остается открытым. Многие хирурги отдают предпочтение пер-

вичной антиглаукомной операции, что позволяет в последующем проводить операции по поводу катаракты в более комфортных условиях, уменьшается риск выпадения стекловидного тела и развития геморрагических осложнений. Однако в некоторых случаях отмечается снижение гипотензивного эффекта после операции по поводу катаракты, что можно объяснить отложением в трабекуле клеточных элементов, пигмента, хрусталиковых масс, фибринозного экссудата. В настоящее время в связи с широким распространением факоэмульсификации, при которой сведены к минимуму осложнения, связанные с резкими перепадами давления, все большую популярность завоевывают одномоментные операции: факоэмульсификация (ФАКО) в сочетании с непроницающей склерэктомией (НГСЭ) и модификации. Однако при одномоментных вмешательствах усложняется и удлиняется сама операция, что увеличивает риск операционных осложнений. Кроме этого максимальное расширение зрачка при ФАКО может привести к блоку радужной фильтрационной зоны, что снижает в последующем гипотензивный эффект. Преимущества первичной факоэмульсификации при закрыто- и узкоугольной глаукоме не вызывают сомнений. Одной этой операции бывает достаточно, чтобы нормализовать внутриглазное давление. При открытоугольной глаукоме выбор первичной операции факоэмульсификации, на наш взгляд, также имеет ряд своих преимуществ. Антиглаукомное вмешательство проводят в спокойный период, когда купированы все послеоперационные реакции, при максимально широком угле передней камеры, что исключает возможность блокирования фильтрационной зоны корнем радужки, а также в операционной зоне убирается трабекулярная ткань вместе отложившимися на ней после ФАКО клеточными элементами, пигментом, организующимся экссудатом, а также нерассосавшимся вискоэластиком. Цель работы – сравнительная оценка результатов хирургического лечения сочетанной патологии при: а) первичной НГСЭ и вторичной ФАКО; б) одномоментной ФАКО + НГСЭ; в) первичной ФАКО и вторичной НГСЭ. Материал и методы. Наша работа основана на результатах обследования 72 пациентов (79 глаз) в возрасте от 42 до 81 года, которых мы разделили на 3 группы. В 1-ю группу вошли 21 пациент (23 глаза) с оперированной ОУГ (сроки после НГСЭ от 2 недель до 3 лет) и катарактой, которым была выполнена ФАКО. Во-вторую – 25 пациентов (26 глаз) с ОУГ и катарактой, которым была выполнена одномоментная ФАКО + НГСЭ. В 3-ю группу вошли 27 пациентов (29 глаз) с ОУГ и катарактой, которым первым этапом проведена операция ФАКО, вторым – НГСЭ в сроки от 1 недели до 2 месяцев после ФАКО. По возрастному



составу, распределению по стадиям глаукомы, а также по степени зрелости катаракты мы попытались создать однородные группы. Начальная стадия глаукомы в группах была в 41,5 – 44, 3%, развитая стадия – 55, 7% - 58,5%. Результаты В раннем послеоперационном периоде осложнения в виде экссудативной реакции, гифемы, отслойки сосудистой оболочки, отека макулярной области чаще встречались во второй группе (14,2% - во 2 группе, 7,7 и 6,9% соответственно в 1 и 3 группах). В отдаленных сроках компенсированное внутриглазное давление отмечалось в 1 группе в 70,5% случаев, во 2 группе – в 78,1% случаев, в 3 группе – в 89,3% случаев. В 1 и 2 группах в 3 случаях при гониоскопии выявлено смещение корня радужки к дренажной зоне, что привело к снижению гипотензивного эффекта НГСЭ. В 3 группе у 6 пациентов после ФАКО не потребовалась НГСЭ: внутриглазное давление, некупируемое медикаментозно при катаракте, после факоемульсификации при том же режиме капель установилось на 16 – 18 мм рт.ст. Это можно объяснить расширением угла передней камеры после ФАКО, а также элементами трабекулоаспирации при удалении вискоэластика в конце факоемульсификации. Заключение Наш опыт хирургического лечения сочетанной патологии катаракты и открытоугольной глаукомы показывает, что при двухэтапной тактике с первичной факоемульсификацией снижается процент ранних послеоперационных осложнений, в отдаленные сроки наблюдается более стойкий гипотензивный эффект.

941. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К КОЛОНОСКОПИИ

*Царева Г.С., Пчелинцев К.Е. Гладышев А.А.,
Задикян А.М., Кришанович О.С.*

Москва

ОКДЦ ПАО «Газпром»

В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций. Высокий уровень летальности на 1-м году жизни после установления диагноза, обусловлено поздним выявлением заболевания. Запущенные формы рака (III-IV стадии) уже имеют более 70% пациентов с раком ободочной кишки и более 60% пациентов с раком прямой кишки. Ранняя диагностика опухолевых заболеваний толстой кишки имеет важное значение. Эффективность колоноскопии и частота выявления патологических изме-

нений напрямую зависит от качества подготовки к исследованию. По данным различных авторов, доля пациентов с некачественной подготовкой кишечника достигает до 40%. Цель исследования заключается в клинической оценке качества подготовки толстой кишки к колоноскопии различными препаратами для улучшения результатов исследования. Материалы и методы За период с декабря 2015 года и по декабрь 2016 года в эндоскопическом отделении ОКДЦ ПАО «Газпром» г. Москва проведены 1372 колоноскопии. Средний возраст составил 48 лет. При подготовке кишечника применялись препараты макрогола (400 пациентов), Флит Фосфо-сода (18 пациентов) и Пикопреп (954 пациентов). Подготовка кишечника к исследованию проводилась строго по отработанной методике. Качество очищения кишечника определяли во время проведения исследования в соответствии с международной классификацией степени очистки кишечника на основании объективных критериев по Чикагской шкале. При строгом соблюдении отработанной схемы подготовки кишечника доля отличной и хорошей подготовки составила для макрогола-78,4%, Флит Фосфо-сода – 68,8% и Пикопрепа -80,1%, доля неудовлетворительной - 1,2%, 2,8% и 0,2% соответственно. Все пациенты по субъективным ощущениям оценили лучшую переносимость препарата Пикопреп. Заключение Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности препаратов макрогола и пикопрепа. Важным условием хорошей подготовки кишечника является строгое выполнение всех пунктов рекомендации по подготовке кишечника. Препаратом выбора по качеству подготовки и переносимости пациентами считаем пикопреп.

942. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, ИМЕЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

*Самсонов В.Т. (1), Ермолов А.С. (1,2),
Гуляев А.А.(1,2), Абдуламитов Х.К. (1)*

Москва

1) ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ2)
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Наличие симптомов заболевания характерных как для острого аппендицита (ОА), так и для другой абдоминальной патологии, создаёт необходимость проведения между ними дифференциальной диагностики. В этих случаях, наиболее информативным методом дифференциаль-



ной диагностики ОА с абдоминальной патологией его симулирующей является видеолапароскопия (ВЛС). Цель исследования – оценить возможности видеолапароскопии (ВЛС) в выявлении и лечении патологии имеющей сходные с ОА клинические проявления. Материал и методы. Проведен проспективный и ретроспективный анализ 2784 историй болезни пациентов, поступавших в НИИ СП в период с 2008 по 2015 годы с подозрением на ОА. Всем больным кроме клинического обследования проводилось стандартное исследование лабораторных показателей и УЗИ органов брюшной полости. Женщины с неясной клинической картиной были консультированы гинекологом. Пациенты разделены на 2 группы: I группа - 1352 больных (48,6%) с невызывавшим сомнения, по данным клинико-инструментального обследования, диагнозом ОА; II - 1432 (51,4%) с подозрением на ОА. Результаты и обсуждение. ВЛС подтвердила ОА у 1308 больных (96,7%) I группы и установила этот диагноз у 856 (59,8%) - II группы. Из них, 1929 больным (69,3%) выполнена видеолапароскопическая аппендэктомия, 198 (7,1%) – аппендэктомия через лапаротомный доступ, а 40 пациентам (1,4%) с аппендикулярным инфильтратом дренирование брюшной полости. В I группе: у 36 пациентов (2,7%) выявлена патология не аппендикулярного генеза, а у 8 (0,6%) - органических изменений не обнаружено. Во II группе соответственно: у 462 (32,3%) и у 114 (7,9%). У 95 больных (3,4%), с патологией не аппендикулярного генеза, выполнены ВЛС операции, у 49 (1,7%) - установлены показания к лапаротомии. У 354 больных (12,7%) с патологией не требующей оперативного лечения и у 122 пациентов (4,4%) двух групп с отсутствием органических изменений ограничили диагностической видеолапароскопией с последующим консервативным лечением. Выводы: 1. Видеолапароскопия при остром аппендиците или подозрении на это заболевание требует полноценного диагностического этапа, позволяющего уточнить диагноз и выявить другую патологию органов брюшной полости. 2. Диагностический этап видеолапароскопии у больных с клинически установленным диагнозом острого аппендицита и при подозрении на него в 69,3% наблюдений позволил установить показания к видеолапароскопической аппендэктомии, в 7,1% - к аппендэктомии через лапаротомный доступ, а у 1,4% - с аппендикулярным инфильтратом, к дренированию брюшной полости. 3. Диагностические возможности видеолапароскопии позволили установить диагноз и выполнить операцию у 3,4% больных с патологией не аппендикулярного генеза, а у 1,7% - установить показания к лапаротомии. 4. 17,1% больных с патологией не аппендикулярного генеза и отсутствием органических изменений проводилось консервативное лечение.

943. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Ермолов А.С. (1,2), Абдуламитов Х.К. (1), Гуляев А.А. (1,2), Титова Г.П. (1), Самсонов В.Т. (1)

Москва

1) ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ2)
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Многообразие клинических проявлений острого аппендицита (ОА) представляет значительные трудности для его диагностики. Видеолапароскопия (ВЛС) позволяет не только установить диагноз, но и определить форму ОА. Однако, в ряде случаев неправильная интерпретация при ВЛС макроскопических изменений червеобразного отростка может привести к диагностическим ошибкам. Цель исследования: Улучшение диагностики и лечения ОА посредством сравнения макроскопических данных при ВЛС и результатов гистологического исследования препаратов. Материалы и методы исследования. Проведен анализ макроскопических данных и результатов гистологического исследования 1635 червеобразных отростков, при различных формах ОА, удалённых ВЛС в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период с 2002 по 2014 годы. Оценку макроскопических изменений червеобразного отростка проводили по ряду общепринятых признаков. При ВЛС у 1432 больных (87,5%) установлен диагноз флегмонозного аппендицита, у 126 (7,7%) - гангренозного и у 77 (4,7%) поверхностного. Гистологическое исследование проводили по стандартной методике, с окраской срезов гематоксилином и эозином. Результаты. При гистологическом исследовании препаратов флегмонозные изменения установлены в 1338 (81,8%) наблюдениях, гангренозные - в 115 (7,0%), поверхностные в 86 (5,2%) и хронические - в 65 (4,0%). У 31 пациента (2,0%) червеобразный отросток не был изменен. В 282 наблюдениях (17,2%) отмечены расхождения ВЛС диагноза и гистологического заключения, наибольшее число из них при поверхностном аппендиците. Наименьшее число расхождений отмечено при деструктивных формах ОА. При флегмонозном аппендиците совпадение видеолапароскопического и гистологического диагноза отмечено у 1263 больных (88,2%). У 48 пациентов (3,4%) при гистологическом исследовании выявлен гангренозный, у 62 (4,3%) – поверхностный аппендицит. Признаки хронического аппендицита выявлены у 39 больных (2,7%), а у 20 (1,4%) воспалительных изменений не обнаружено. При гангренозном аппендиците диагноз со-



впал у 67 больных (53,2%). У 57 пациентов (45,2%) выявлены флегмонозные изменения, у 1 (0,8%) – поверхностные и у 1 (0,8%) – признаки хронического аппендицита. При поверхностном аппендиците диагноз совпал у 23 пациентов (29,9%), у 18 (23,4%) выявлены флегмонозные изменения. Признаки хронического аппендицита выявлены у 25 больных (32,4%), а у 11 (14,3%) воспалительных изменений не обнаружено. Причины несовпадения диагноза могут быть связаны как с неадекватной оценкой хирургами макроскопических данных, так и с погрешностями при подготовке материала для гистологического исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни у 31 пациента (1,9%) с неподтвержденным при гистологическом исследовании диагнозом ОА. Выявлено, что 22 (1,3%) из них поступали с типичной клинической картиной ОА и были оперированы в ранние сроки от начала заболевания. У остальных 9 больных (0,5%) диагноз вызывал сомнение. При ВЛС у всех пациентов отмечалось утолщение червеобразного отростка, ригидность и инъеция сосудов, а у 8 даже наложение нежных нитей фибрина. Подобные изменения не создавали сомнений в необходимости аппендэктомии. В послеоперационном периоде боли в животе не беспокоили. Поэтому, несмотря на отрицательные результаты гистологического исследования, выполнение аппендэктомии у них следует признать целесообразным. Выводы: 1) У 82,7% больных ВЛС позволяет правильно установить форму острого аппендицита. 2) Наибольший процент совпадений (88,2%) ВЛС диагноза с гистологическим отмечено при остром флегмонозном аппендиците. 3) Сомнение в наличии воспаления червеобразного отростка при ВЛС необходимо решать в пользу аппендэктомии.

944. ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Боцула О.Н., Груммет А.А., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В.

Нижневартовск

БУ ХМАО-Югры "Нижневартовская окружная клиническая больница"

БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница», Нижневартовск, Россия. Актуальность: Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) имеет довольно широкое распространение и встречается у

5-7% взрослого населения и составляет 1-2% от количества всех хирургических заболеваний. Пик заболеваемости приходится в возрасте 15-30 лет, что является важной социально-экономической проблемой. В структуре заболеваемости ЭКХ отмечается преобладание мужского пола над женским в 2-4 раза. Радикальное лечение ЭКХ – только хирургическое. Целью хирургического лечения является ликвидация ЭКХ со всеми первичными и вторичными отверстиями. Несмотря на большое количество методов хирургического лечения ЭКХ, частота рецидивов составляет от 2 до 40%. В то же время у 2,5-53% больных возникают послеоперационные осложнения, которые являются одним из критериев качества лечебной работы. Цель работы: Провести сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений и сроков заживления раны у больных, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода в стадии хронического воспаления. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных, частоту рецидива заболевания после иссечения ЭКХ. Материалы и методы: Выполнена оценка результатов лечения 95 пациентов с ЭКХ в стадии хронического воспаления за 2015-2016 годы. Все больные были разделены на три группы. В первой группе 52 (54,7%) пациентам выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну (марсупиализация). Во второй группе 33 (34,7%) пациентам выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо (отдельными швами, по Донати, параллельными п-образными швами). В третьей группе у 10 (10,5%) больных применено открытое ведение раны с последующим заживлением вторичным натяжением. При определении выбора способа оперативного лечения учитывались выраженность, распространенность патологического процесса, интенсивность воспалительных реакций в мягких тканях, длительность заболевания. Результаты: В группе больных с открытым ведением раны сроки заживления составляли 21-40 дней. Средний койко-день составлял 7,3. Зарегистрировано 2 (20%) рецидива. При радикальных операциях с подшиванием краев раны ко дну выявлено 3 (5,8%) рецидива. Сроки заживления у этих больных составляли 10-32 дня. Кроме того отмечены 2 (3,8%) случая нагноения раны, не повлекшие за собой рецидив, но удлинившие сроки лечения. После иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо выявлено 4 (12,1%) рецидива, вследствие выраженного натяжения раны, прорезывания швов и формирования остаточных полостей. Сроки заживления составили 11-28 дней. Заключение: Необходимо осуществлять индивидуальный подход к выбору способа хирургического лечения эпителиального копчикового хода в стадии хронического воспаления. По нашим данным, иссечение эпителиального копчикового хода с под-



шиванием краев раны ко дну позволяет уменьшить сроки реабилитации больных, снижает риск рецидива заболевания и существенно сокращает период нетрудоспособности.

945.ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

*Мальчиков А.Я.(1,2), Фатыхова Г.И.(1),
Петров Р.К. (2), Никонов А.В.(2), Коровкин В.А.(2)*

Ижевск

1) ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия" МЗ РФ 2) БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР"

Механическая желтуха – клинический синдром, обусловленный обтурацией желчевыводящей системы на разных уровнях, требующий срочного хирургического вмешательства, направленного на декомпрессию желчных протоков. Как правило, от начала заболевания до поступления в хирургический стационар проходит от 1 до 4 недель. Столь поздняя госпитализация во многом обусловлена несовершенством диспансеризации и врачебной некомпетентией с одной стороны и элементарным невежеством пациентов – с другой. В настоящее время применяются следующие способы хирургического лечения механической желтухи: 1) эндоскопическое внутреннее ретроградное дренирование или стентирование; 2) наружное антеградное дренирование желчных протоков; 3) наружновнутреннее антеградное одномоментное дренирование; 4) наружное дренирование с последующим отсроченным ретроградным внутренним дренированием; 5) наружная холецистостомия (под контролем УЗИ или из проекционного минидоступа); 6) внутреннее «скрытое» дренирование желчных протоков открытым способом; 7) широкодоступное дренирование желчных протоков (формирование билиодигестивного соустья, радикальная операция). Кроме того, на практике возможны сочетания вышеперечисленных методов. Множество вариантов дренирования с одной стороны создает возможность выбора, с другой – порождает немало споров об эффективности и целесообразности каждого, о сроках дренирования и его длительности как первого этапа лечения. Цель работы: Проанализировать осложнения миниинвазивных вмешательств на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны у пациентов с синдромом механической желтухи, пролеченных на базе хирургического отделения БУЗ УР «ГКБ № 9»

МЗ УР за период с 2012 по 2016 годы. Задачи: 1) Определить возрастной, социально-половой состав больных. 2) Выявить наиболее часто встречающиеся осложнения после миниинвазивных вмешательств. 3) Выработать тактику диагностики возникающих послеоперационных осложнений. 4) Определить особенности оказания помощи данной категории больных. Материал и методы: Всего за отчетный период, в хирургическом отделении БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР» г. Ижевска, пролечено 744 больных с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства (антеградные и ретроградные) с целью декомпрессии или как окончательный способ хирургической коррекции блока билиарного тракта. Ретроградные эндоскопические вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки выполнены у 541 больного, осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 40 больных, что составило 7,4% от общего количества эндоскопических вмешательств. Антеградные способ коррекции билиарной гипертензии выполнены у 203 больных, осложнения отмечены у 21 пациента, что составило 10,3% от общего количества чрескожных вмешательств. Среди больных преобладали женщины (57%), пенсионного возраста (56%). Нозологические формы заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны осложненные синдромом механической желтухи среди пациентов – ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз 13 (21,3%); злокачественные новообразования органов ГПБЗ – 24 (39,3%); ПХЭС, резидуальный холедохолитиаз – 15(24,6%); бластоматозные процессы в поджелудочной железе – 7(11,5%); склерозирующий холангит – 2(3,3%). Применение миниинвазивных хирургических методов лечения у больных в целом дало положительные результаты. Анализ послеоперационных осложнений проводили по классификации Claven-Dindo (2007). Осложнений первого типа после ретроградных и антеградных вмешательств не отмечено. Осложнения II типа в раннем послеоперационном периоде выявлены у 20 больных (18 после ретроградных и 2 после антеградных вмешательств). Острый панкреатит у 6 (30%) больных (у 5 после ретроградной декомпрессии, у 1 после антеградной). Обострение ранее установленного хронического панкреатита у 8 (40%) больных (все после ретроградных вмешательств). Кровотечение из папиллотомной раны у 5 (25%) больных, всем выполнялась папиллотомия. Холангит у 1 (5%) больного после антеградного дренирования. (антеградные). Все осложнения данной группы купированы консервативно. Осложнения III типа выявлены у 34 пациентов (у 19 больных после ретроградных и у 15 больных после антеградных вмешательств). Дис-



локация дренажа у 10 (29,4%) больных выявлены в раннем послеоперационном периоде после антеградного наружного дренирования желчевыводящих путей (отсутствие поступления желчи по дренажу и признаки дислокации дренажа по фистулохангиографии). Панкреонекроз у 7 (20,6%) больных после проведенных эндоскопических манипуляций на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. Желудочно-кишечное кровотечение у 4 (11,8%) пациентов (3 после ретроградных и 1 после антеградных манипуляций). Холангит у 4 (11,8%) больных (у 1 после ретроградного и у 3 после антеградного дренирования билиарного тракта). Прогрессирующая желтуха у 4 (11,8%) больных (после ретроградных у 3, а антеградных вмешательств у 1). Перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки у 1 (2,9%) больного после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Гемобилия у 1 (2,9%) больного после антеградного наружновнутреннего дренирования. У 1 (2,9%) больного выявлено прорастание опухоли с нарушение функционирования дренажа и прогрессирование печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде после наружного дренирования билиарного тракта у 1 (2,9%) больного. Реактивный панкреатит после эндоскопических манипуляций на большом сосочке двенадцатиперстной кишки у 1 (2,9%) пациента. Все осложнения подтверждены клинически и лабораторно-инструментальными методами. Для купирования осложнений данной группы всем пациентам проведено повторное хирургическое вмешательство с расширением объемов консервативной терапии. Таким образом, всем пациентам после ретроградных вмешательств в раннем послеоперационном периоде необходим контроль функции печени и поджелудочной железы, а так же коррекция гемостаза. Среди пациентов после антеградных вмешательств в раннем послеоперационном периоде необходим контроль за адекватностью функционирования дренажей и функцией печени. При возникающих осложнениях необходимый объем лечения проводить с использованием миниинвазивных техник: кровотечение - эндоскопическая коагуляция; холангит - восстановление желчеотока, дополнительное НБД или стентирование, наружновнутреннее дренирование. В зависимости от фазы процесса и тяжести осложнений (острый панкреатит с переходом в панкреонекроз, перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки), использование открытых доступов в лечении не теряет своей значимости.

946. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Мальчиков А.Я. (1,2), Фатыхова Г.И. (1), Черепанова Ю. А.(1), Стеньшин А.С. (2), Васева М.А. (1)

Ижевск

- 1) ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия"
- 2) БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР"

Грыжесечение по поводу паховых грыж составляет около 6 % от общего количества оперативных вмешательств обще хирургических стационаров (Кукуджанов Н. И., 1969). При этом, несмотря на успехи в лечении пациентов паховой грыжей, частота рецидивов заболевания колеблется от 13 до 42,5 % в зависимости от выбора способа пластики пахового канала. Операцией выбора при лечении паховых грыж в настоящее время является выполнение «ненатяжной» пластики с использованием современных синтетических материалов. Внедрение в хирургическую практику операций с использованием синтетических эндопротезов способствовало уменьшению числа рецидивов болезни до 0,7-1,5 % (Жебровский В. В., 2010; Lichtenstein I. L., 1989). Согласно данным литературы, результаты хирургического лечения рецидивных паховых грыж с применением натяжных методик пластики пахового канала признаны неудовлетворительными, так как осложнения после них возникают у 45,6 % пациентов, а рецидивы – у 12,7 %. Частота рецидивов после протезирования пахового канала синтетическим материалом колеблется от 1,2 до 9,9 % (Подергин А. В., 2007; Белоконев В. И., 2013). Принимая во внимание все предрасполагающие факторы, понятие качество жизни, связанное со здоровьем, и частота возникновения рецидивов заболевания имеют определяющее значение в выборе метода повторной операции и в оценке эффективности пахового грыжесечения при оперативном лечении рецидивных паховых грыж. Цель исследования – изучить результаты хирургического лечения и качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу рецидивной паховой грыжи и улучшить результаты их лечения путем использования наиболее эффективных методик операции. Материалы и методы: Проведено обследование 581 и анкетирование 97 пациентов, перенесших в 2012 – 2014 гг. грыжесечение в хирургическом отделении БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР» г. Ижевска по поводу паховой грыжи, из них 41 боль-



ной был с рецидивом грыжи. Лицами мужского пола 89,8 %, пациенты в возрасте от 15 до 88 лет (средний возраст 56 ± 5 лет), все больные госпитализированы в плановом порядке. За три года 550 (94,7%) больных прооперировано открытым доступом с использованием: аллопластики 411 (74,7% от общего количества пациентов, оперированных открытым доступом) пациента – группа «алло», пластики местными тканями 139 пациентов, что составляет 25,3% от общего количества пациентов, оперированных открытым доступом – группа «ауто». Среди аллопластики способ по Trabucco использован – в 272 (66,2%) случаях, Lichtenstein в 139 (33,8%) случаях. Следует отметить значительное снижение использования хирургами способа пластики по Trabucco и увеличение способа по Lichtenstein. При пластике пахового канала местными тканями использовали пластику по Флёрову-Чудновой у 69 (49,6%) больных, по Postempski у 62 (44,6%), по Desarda и Shouldice у 4-х (2,9%) пациентов (соответственно). При анализе анкет у пациентов группы «алло» отдаленные результаты лечения оценены как: хорошие (отсутствие жалоб и рецидива заболевания) у 60 (84,5%), удовлетворительные (негативные субъективные ощущения) у 8 (11,3%), рецидив выявлен у 3 (4,2 % от общего количества интервьюированных пациентов группы «алло») пациентов. У пациентов группы «ауто» хорошие результаты у 20 (77,0%), удовлетворительные у 3 (11,5%), рецидив обнаружен у 3 (11,5 % от общего количества интервьюированных пациентов группы «ауто») пациентов. При сравнении результатов лечения доля пациентов с хорошими результатами в группе «алло» (84,5%) по сравнению с группой «ауто» больше на 7,5%. Доля пациентов с удовлетворительными результатами в обеих группах практически одинакова 11,3% и 11,5%. Частота рецидивов при пластике местными тканями выше в 2,7 раза по сравнению с аллопластикой. Максимум хороших результатов лечения в группе «алло» в возрасте 41-60 лет, в группе «ауто» 51-70 лет. В группе «алло» наибольшее число удовлетворительных результатов приходится на возраст 51-60 лет, в группе «ауто» на 71-80 лет. Рецидивы в группе «алло» возникли в более старшем возрасте (от 65 лет), чем в группе «ауто» (от 53 лет). В обеих группах рецидивы произошли у мужчин. С целью выявления факторов риска рецидива изучены диагнозы, осложнения, профессиональный анамнез, сопутствующие заболевания (в т.ч. приводящие к повышению внутрибрюшного давления), возраст, наследственная отягощенность, длительность грыженосительства. Среди пациентов группы «алло» выявлены следующие факторы риска: инволюция соединительной и мышечной ткани и ход грыжевого мешка (прямая) – у 3 больных соответственно, гипоплазия со-

единительной ткани и нарушение метаболизма коллагена – 2 больных; тяжелая физическая нагрузка и наследственная отягощенность по 1 больному. Среди пациентов группы «ауто»: ход грыжевого мешка (прямая) – 3 больных; повышение внутрибрюшного давления, инволюция соединительной и мышечной ткани и гипоплазия соединительной ткани и нарушение метаболизма коллагена у 1 больного (соответственно). В группе «алло» выявлено от 3 до 4 фактора риска у каждого пациента, в группе «ауто» – от 2 до 3 факторов риска. Всего выявлено по 3 больных в обеих группах. Для анализа качества жизни нами проведен анализ негативных субъективных ощущений у пациентов, нарушающих состояние комфорта. Жалобы пациентов: боль в паховой области, послеоперационного рубца; чувство дискомфорта (онемение, чувство давления, инородного тела, жжения, «выпячивание» рубца); выпячивание брюшной стенки в области операции; провисание яичка на стороне операции, боли в яичке при подъеме тяжестей. В группе «алло» с удовлетворительными и плохими результатами по две жалобы предъявляли 8 пациентов (72,7 % от общего количества пациентов, имевших жалобы), в группе «ауто» у всех пациентов по одной жалобе. Результаты опроса пациентов по оценке качества жизни: изменение состояния здоровья после операции в лучшую сторону в обеих группах оценили практически одинаково: в группе «алло» 84,4 % опрошенных пациентов, в группе «ауто» 84,0 %. Возможность выполнять тяжелый физический труд (поднятие тяжестей, силовые виды спорта) у пациентов группы «алло» выше на 30,2 %. К повседневной деятельности вернулись все пациенты в обеих группах. Вернулись к прежней профессиональной деятельности (из работающих) в группе «алло» 95,2 % (2 человека вынуждены сменить трудовую деятельность на более легкий труд), в группе «ауто» 94,7 % (1 человек сменил трудовую деятельность). Субъективная оценка эмоционального состояния лучше у пациентов группы «ауто» на 7,4 %. Лучшая динамика болевых ощущений (исчезновение, снижение боли, отсутствие боли после операции) отмечена пациентами группы «ауто» на 15,4 %. Таким образом, положительная динамика показателей психического и физического функционирования в группе «алло» незначительно выше, чем в группе «ауто» в среднем на 1,4%. **ВЫВОДЫ:** 1. Хорошие результаты лечения у пациентов с аллопластикой на 7,6 % больше, чем среди больных с пластикой местными тканями. 2. Доля пациентов, имевших негативные субъективные ощущения (удовлетворительные результаты), среди больных, оперированных ненатяжным и натяжным методами, практически одинакова. Однако, анализ жалоб пациентов свидетельствует о том,



что у пациентов после аллопластики негативные субъективные ощущения более выражены в качественном и количественном аспектах (у одного пациента до 2-х жалоб). 3. Возникновение рецидивов связано с наличием у обследованных пациентов факторов риска: дисплазии соединительной ткани, что обуславливает возрастную инволюция соединительной ткани, нарушение метаболизма коллагена, наследственная отягощенность, анатомические особенности (прямые паховые грыжи), наличием сопутствующих хронических заболеваний дыхательной системы, тяжелый физический труд. Кроме того, рецидивы обусловлены способом пластики (по Trabucсо с применением тяжелых сеток). 4. Качество жизни пациентов в отдаленном периоде после лечения паховых грыж улучшилось в обеих группах. 5. Лучшая динамика качества жизни пациентов после аллопластики, чем после пластики местными тканями: более редкие (в 2,7 раза) рецидивы заболевания, лучшая динамика средних значений показателей физического и психического функционирования (на 1,4 %), более высокая доля пациентов с хорошими результатами лечения (на 7,6 %). 6. Ни один из существующих способов герниопластики не гарантирует отсутствие рецидивов паховых грыж.

947. ТЕНЗОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕГРАЦИИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО ПРОТЕЗА В РАЗЛИЧНЫЕ СЛОИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шептунов Ю.М. (1), Внуков П.В. (2)

Липецк (1), Елец (2)

Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко (1), ГУЗ «Елецкая городская больница №2» (2)

Актуальность проблемы. Известно, что около 15-20% срединных лапаротомий в течение 2 лет приводят к формированию послеоперационной грыжи. На сегодняшний день существует большое количество исследований по изучению особенностей интеграции различных по химическому составу и особенностям строения сетчатых эндопротезов в слои передней брюшной стенки. Считается, что методика on lay сопряжена с большим количеством воспалительных осложнений, связанных с обширным контактом сетки с подкожно-жировой клетчаткой. Расположение протеза по периметру дефекта – in lay – как правило, сочетается с применением биологических протезов и используется при лечении гнойных ран, после лапаротомии.

Общее название методик “sub lay” включает как ретромускулярное, так и межмышечное и преперитонеальное расположение сетки. Есть данные о том, что частота рецидива грыжи и гнойных осложнений в группе оперированных методами “sub lay” достоверно меньше. Тем не менее, вопрос оптимального расположения импланта в настоящее время нельзя считать решенным. Основные группы экспериментально исследуемых критериев оптимальной интеграции протеза следующие: гистологические особенности регенерации, изучение степени сморщивания протеза, тензометрическая оценка (чаще всего понимают оценку минимального усилия, необходимого для разрушения связи протеза и ткани). Цель исследования. Изучить прочностные характеристики интеграции сетчатого полипропиленового эндопротеза в различные слои передней брюшной стенки в эксперименте. Материалы и методы. Для целей эксперимента использован полипропиленовый протез с объемной пористостью 80% и поверхностной плотностью 70г/м² и 10 половозрелых кроликов породы “Белый великан” массой от 5 до 5,5 кг кроликов породы “Белый великан”. Обращение с животными соответствовало положениям Директивы 2010/63/EU Европарламента. Под наркозом образцы сетки размером 10*15мм имплантировались в различные слои передней брюшной стенки кроликов путем формирования кармана соответствующего размера. Всего использовано 10 фрагментов (по 2 для каждой локализации), внедренных внутрибрюшинно, предбрюшинно, межмышечно, позади прямых мышц брюха и подкожно. Интраперитонеальные импланты фиксировали с краю одним швом. Остальные имплантировали без фиксации. Рассеченный апоневроз ушивали полипропиленом 4/0. Через 14 суток выполняли оценку прочностных характеристик вживления для 5 из 10 фрагментов каждого животного путем иссечения участка передней брюшной стенки с протезом и помещением его между губками испытательной машины Instron. На 30 сутки после первого вмешательства животных выводили из эксперимента путем внутривенного введения воздуха. Определяли тензометрическую оценку прочности сращения сетки с тканями для оставшихся 5 фрагментов сетки у каждого животного. Направление растяжения во всех образцах соответствовало основному ходу коллагеновых волокон и длинному размеру импланта. Скорость растяжения составила 50мм/мин. Статистическую оценку значимости различий проводили непараметрическим критерием Манна-Уитни.

Результаты. С 14 по 30 сутки происходит возрастание прочности фиксации протеза к окружающим тканям при любой локализации протеза.



948. АНИЗОТРОПНЫЕ БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АПОНЕВРОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ШВА

Внуков П.В.(1), Шептунов Ю.М.(2)

Елец (1), Липецк (2)

ГУЗ «Елецкая городская больница №2» (1),
Воронежский ГМУ им.Н.Н.Бурденко (2)

Актуальность. Оценка прочностных и упругих свойств апоневротической ткани, а также различного вида апоневротических швов необходима для полноценного изучения биомеханических характеристик передней брюшной стенки в целом и биофизического обоснования хирургического лечения грыж. Мышечный и соединительнотканый остов живота (брюшная стенка) является своеобразным органом, который выполняет множество функций, имеет сложную картину распределения векторов, возникающих при движениях сил. Упрощенный подход к передней брюшной стенке противоречит функционально ориентированному хирургическому лечению, при котором сетчатый имплант не просто заплата апоневротической ткани, а интегрированный элемент, позволяющий предотвратить рецидив и приблизить функциональные характеристики передней брюшной стенки грыженосителя к таковым у здорового человека. Это направление в современной герниологии находит все большее количество последователей. Цель исследования. Оценка изменения упруго-прочностных характеристик образцов сухожильных растяжений передней брюшной стенки, сшитых непрерывным апоневротическим швом в разном направлении по отношению к волокнам апоневроза. Материалы и методы. Исследование проведено на 4 группах образцов апоневротической ткани переднего и заднего листков футляров прямых мышц живота. В каждой группе было по 5 образцов одного размера (20*60мм). Первая группа – образцы неповрежденной апоневротической ткани футляра прямой мышцы живота, длинная сторона которых соответствует направлению пучков коллагеновых волокон. Вторая группа – образцы, аналогичные первой группе, но которые рассечены строго поперек волокон на две равные части и сшитые между собой непрерывным швом полипропиленом 5/0 со стежками размером 1мм по длине и глубине захвата каждой части. Третья группа – образцы неповрежденной апоневротической ткани, у которых основное направление пучков коллагеновых волокон перпендикулярно длинной стороне. Четвертая – образцы, аналогичные третьей группе, которые также как и образцы группы второй рассечены посередине и сшиты

между собой непрерывным полипропиленовым швом. С помощью силовой испытательной машины Instron изучены упругие свойства образцов при одноосном растяжении. В зажимы устройства помещали короткие стороны образцов шириной 5мм таким образом, что размеры помещенного между губками образца составляли 20*50мм. Силовое разрывное воздействие осуществлялось по оси большего размера образца. Статистическую значимость различий проводили критерием Манна-Уитни. Результаты. Предел прочности образца неповрежденного апоневроза с растяжением по ходу пучков коллагеновых волокон (группа 1) составил $16,7 \pm 0,8$ МПа с относительным удлинением 50%. Аналогичные образцы с апоневротическим швом (группа 2) имели предел прочности $3,54 \pm 0,09$ МПа с относительным удлинением 250%. В группе 3 предел прочности составил $4,6 \pm 0,1$ МПа с относительным удлинением 90%. В группе 4, то есть при растяжении сшитых образцов поперек хода волокон предел прочности составил $2,6 \pm 0,2$ МПа с относительным удлинением 175%. Обсуждение и выводы. Таким образом, отмечается выраженная анизотропия показателей прочности и упругости при одноосном растяжении апоневротической ткани в перпендикулярных направлениях ($p < 0,05$). В связи с этим, тензометрические критерии возможности ушивания апоневротической раны необходимо формировать в обязательной зависимости от локализации и направления шва. Практическое применение результаты проведенных исследований могут иметь: при выборе лапаротомных доступов, при выполнении разнонаправленных разрезов брюшной стенки, а также при выборе направления рассечения грыжевых ворот при ущемленных грыжах.

949. ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗА

*А.Г. Лебедев, Д.Т. Ткешелашвили,
М.В. Радыгина, В.Д. Левитский, П.А.Ярцев.*

Москва

НИИ СП имени Н.В. Склифосовского.

Актуальность. Острый аппендицит является причиной перитонита в 30-65% случаев, что значительно ухудшает прогноз лечения (послеоперационная летальность при неосложненном остром аппендиците колеблется от 0,06% до 0,1%, при аппендиците осложненном перитонитом доходит до 6,2% - 17,4%). Не смотря на активное развитие лапароскопической хирургии, при аппендикулярном



перитоните до сих пор преобладает «открытый» доступ – чаще всего ниже-срединная лапаротомия, что определяет наличие послеоперационных осложнений связанных с доступом – нагноение послеоперационной раны 8- 9%, эвентрация 7-8%, ранняя кишечная непроходимость 4-5%. Материалы. С 2015 по 2016 гг. в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского пролечены 99 пациентов с острым аппендицитом, у которых был выявлен перитонит. Что составило 12,6% от всех пролеченных больных с острым аппендицитом. Мужчин 64 (64,64%), женщин 35(35,35%). Средний возраст пациентов составил $32,5 \pm 0,5$ лет. С использованием лапароскопического (ВЛХ) доступа в диагностике и лечении острого аппендицита, осложненного перитонитом пролечено 79 (79,78%) больных. Из них у 52 больных (67,53%) был местный перитонит, а у 25 (32,46%) распространенный диффузный перитонит. Распространенный разлитой перитонит является противопоказанием к лапароскопической операции. Источником перитонита являлся: у 51 (51,51%) больных острый флегмонозный аппендицит, у 24(24,24%) острый гангренозный аппендицит, у 24(24,24%) пациентов гангренозно-перфоративный аппендицит. Результаты: 77 больных (77,8%) было выполнена лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. 2 больным (2,02%) при диагностической видеолапароскопии были выставлены показания к конверсии: 1) техническая невозможность выполнения аппендэктомии при выраженных воспалительных изменениях купола слепой кишки и самоампутации червеобразного отростка 1 случае; 2) невозможность выполнения адекватной санации брюшной полости и необходимость выполнения назоинтестинального дренирования в 1 случае. Осложнения отмечены у 6 (7,8%) больных в виде нагноения троакарных ран, внутрибрюшных осложнений не выявлено. Летальных исходов в данной группе не отмечено. Использование лапароскопического доступа позволило активизировать больных на $0,6 \pm 0,5$ сутки; сократить койко-день до $7,6 \pm 0,85$ сутки. Выводы. По нашему мнению лапароскопический доступ с успехом может быть использован при хирургическом лечении больных острым аппендицитом, осложненным местным и распространенным диффузным перитонитом.

950. ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Соловьёв В.Ю.(1), Богомолов Н.И.(2),
Жилин И.В.(1)*

Чита

ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края (1), ФГБОУ ВО
ЧГМА МЗ РФ(2)

По материалам двух клиник за 27 лет выполнено 1312 лапароскопических и 62 открытых эзофаго-фундопликаций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Мужчин было 658, женщин – 716 в возрасте от 24 до 77 лет. Диагноз установлен на основании клиники, данных инструментальных средств визуализации, показанием к операции служила и безуспешность консервативных методов лечения. Объем дооперационного обследования соответствовал стандартам и современным национальным клиническим рекомендациям. У 466 (33,91%) пациентов выполнены симультанные операции: у 392 – холецистэктомия, у 39 - пластика грыжевых ворот брюшной стенки, у 15 – ваготомия, у 10 - кистэктомия печени, у 9 – осуществлено удаление лейомиомы абдоминального отдела пищевода и у 1 – ушивание обнаруженного при лапароскопии громадного дефекта диафрагмы вследствие застарелой травмы. После перехода на одноканальное финансирование от симультанных операций отказались, поскольку их не оплачивают. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 4(0,29%) больных: по одному случаю инфильтрат брюшной стенки, поддиафрагмальный абсцесс, травма селезенки и повреждение аорты. Умерло 2(0,15%) человека, причина смерти в одном случае инфаркт миокарда, во втором – смертельное кровотечение из поврежденной аорты. Рецидив грыжи зафиксирован в 7 (0,51%) случаях, пятеро успешно оперированы повторно лапароскопическим способом с использованием уже технологии Ниссена, что технически сложнее. Двое от операции отказались. И ещё у одного повторная операция предпринята в связи с кардиоспазмом. С годами совершенствовалась технология фундопликации. Опыт обязал нас отказаться при лапароскопической технологии от фундопликации по Ниссену из-за часто развивающейся в послеоперационном периоде дисфагии (примерно у каждого третьего пациента). В настоящее время используем фундопликацию по Touret, методика которой дополняется различным количеством швов на ножки диафрагмы и при фиксации дна желудка к ним или к куполу диафрагмы. Многое зависит от



количества жира и размера дефекта в пищеводном отверстии. После мобилизации пищеводно-желудочного перехода оцениваем размер дефекта пищеводного отверстия диафрагмы, визуализируем блуждающие нервы. Как правило, используем два шва при крурорафии позади пищевода, дном желудка на 270° сзади окутываем пищевод и фиксируем к нему желудок двумя швами по боковым сторонам, справа и слева одним-двумя швами дно желудка фиксируется к ножкам диафрагмы. При больших дефектах пищеводного отверстия диафрагмы дополнительно сшиваем ножки спереди от пищевода. В пищеводе во время всей операции находится толстый желудочный зонд, который удаляется в конце операции. Портов 4-5, телескоп один, за последние 10 лет крурорафия использовалась в 100% случаев. Сетчатые трансплантаты не применяем. Одному пациенту в повторной операции отказали, поскольку хирурги другого города использовали металлическую сетку для укрытия дефекта и она «проросла» в просвет пищевода, причиняя боль и вызывая затруднения при глотании. Заключение. При открытых пособиях оправдана методика Ниссена. При лапароскопических технологиях на начальном этапе применяли фундопликацию по Ниссену (у 98 человек). В дальнейшем стали применять фундопликацию по Touret на 270°, результаты удовлетворяют пациентов и хирургов. Крурорафию 2-4 швами применяем при расширенном пищеводном отверстии диафрагмы. Считаем возможным внести в национальные клинические рекомендации применение ранних эндовидеохирургических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, рекомендовать гастроэнтерологам своевременно направлять пациентов к хирургам. Пациентам соблюдать диету и ограничить физические нагрузки, докторам осуществлять контроль за оперированными с использованием рентгенологического и эндоскопического исследований.

951. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Соловьёв В.Ю.(1), Богомолов Н.И.(2),
Пахольчук П.П.(1), Бородин А.И.(1), Жилин И.В.(1),
Гончарова М.А.(3), Голякова А.С.(3),
Ленская Ю.Ю.(3)*

Чита

ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края(1), ФГБОУ ВО
ЧГМА МЗ РФ(2), ГУЗ Забайкальское краевое
патологоанатомическое бюро(3)

Диагностировать инциденталомы надпочечников стало возможным только после внедрения в широкую клиническую практику современных КТ, МСКТ, МРТ, УЗИ, ангиографии и определение необходимых биохимических и гормональных маркеров. За последние 19 лет в ГУЗ ККБ по данным отчётов поликлиники, эндокринологов и хирургов вопрос о хирургическом лечении больных с опухолями надпочечников стоял примерно в отношении 276 человек. Оперировано на начало 2017 года 127 пациентов, в 6 случаях в начале деятельности использовали открытые хирургические пособия, в 121 – эндовидеохирургические технологии. Применяли трансабдоминальный доступ с 4-х портовой технологией мобилизации органов и удаления новообразований надпочечников. Считаем, что технологически удаление надпочечника справа проще, чем слева, где приходится больше мобилизовать тканей и органов. Использование ультразвукового ножа Harmonic даёт существенные преимущества перед монополярной электрокоагуляцией. Появились инструменты, позволяющие надёжно в пластиковом пакете извлечь макропрепарат из брюшной полости, ретракторы, не травмирующие печень и иные смежные органы. Конверсия потребовалась у 2 больных из-за развившегося кровотечения в одном случае и большого метастаза рака лёгкого ещё у 1 человека. Среди 127 пациентов мужчин было 31 (24,41%), женщин – 96 (75,59%) в возрасте от 27 до 74 лет (средний возраст - 43±10,3 лет). Инциденталомы локализовались справа у 71, слева – у 53, с двух сторон – у 3 человек. Открытые хирургические доступы применены у 6(4,72%), эндовидеохирургические (с 2006 года) – у 121(95,28%) пациентов. Жизнеугрожающее осложнение – профузное кровотечение имело место у 1 пациента при открытом доступе, операцию завершили тугой тампонадой. Гистологические формы патологии в соответствии с критериями Международной гистологической классификации опухолей эндокринных органов (ВОЗ, Лион, 2004 г.) были следующими: адрено-



кортикальная светлоклеточная аденома – у 42, киста надпочечника – у 7, феохромоцитомы – у 5, диффузно-узловая гиперплазия надпочечника – у 4, метастатическая опухоль – у 3 (из лёгкого), первичный рак – у 2, альдостерома – у 2, у остальных установлена иная патология, не влияющая на гормональный статус. Гормонально-активные опухоли были у 59 (46,46%) пациентов. Артериальная гипертензия имела место у 71 (55,91%) больного. Заместительная гормональная терапия потребовалась 4 (3,20%) пациентам. Диспансерное наблюдение осуществляют эндокринологи Краевой поликлиники. Следовательно, патология надпочечников – сложная междисциплинарная клиническая проблема, а хирургия надпочечников – сравнительно молодой раздел современной хирургии, в которой малоинвазивные технологии начинают доминировать в лечебном процессе. Требуется осмысление опыта, слаженная работа врачей первичного звена, целенаправленный поиск причин гормональных сдвигов и артериальной гипертензии, бригадная работа эндокринологов, хирургов, специалистов лабораторного и инструментального звеньев диагностического комплекса и патоморфологов. Необходимо приветствовать научные изыскания в этой сложной области современной медицины, накапливать и анализировать практический опыт. Часть пациентов, как показала практика, не нуждаются в хирургическом лечении и их можно наблюдать, используя современный диагностический комплекс.

952. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

*Сажин А.В., Тягунов А.Е., Ивахов Г.Б.,
Мирзоян А.Т., Ермаков И.В.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность: Лечение пациентов с аппендикулярного перитонита - самой частой причины осложненной абдоминальной инфекции - является не только чисто хирургической, но и крайне социально значимой проблемой и требует детального подхода и тщательной выработки тактики лечения. Краеугольным камнем дискуссии сторонников и критиков лапароскопической хирургии являются вопросы выполнимости, безопасности и эффективности эндовидеохирургии при распространенном перитоните в принципе и при аппендикулярном перитоните в частности. Отсутствие единого

мнения связано с противоречивыми и недостаточными литературными данными. Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность применения лапароскопических технологий в лечении пациентов с острым аппендицитом, осложненным распространенным аппендикулярным перитонитом. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 1489 пациентов, оперированных по поводу острого аппендицита в период с января 2011 по декабрь 2016 года на клинической базе кафедры факультетской хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. У 1406 (94,1) больных операция выполнена с применением лапароскопических технологий (ЛАЭ). В 504 случаях ЛАЭ выполнена при различных формах аппендикулярного перитонита, при этом, местный перитонит верифицирован у 368 (73%) пациентов. Лапароскопически операция завершена в 98,1% случаев местного перитонита. Распространенные формы аппендикулярного перитонита выявлены в 136 (27%) случаях, т.е. больше чем в каждом третьем случае аппендикулярного перитонита. Противопоказанием к лапароскопии при аппендикулярном перитоните считаем: 1) признаки распространенного перитонита с синдромом интраабдоминальной гипертензии (внутрибрюшной давление > 12 mm Hg), 2) признаки септического шока Лапароскопически, при распространенном перитоните, операция завершена в 121 (89%) случаях, у 15 пациентов выполнена конверсия доступа, операция продолжена из лапаротомного доступа. Средний возраст пациентов с распространенным перитонитом составил 46,26 лет. По половому признаку преобладали мужчины 74 против 58 женщин. Основная часть пациентов госпитализирована в стационар от начала заболевания в сроки от 24 до 48 часов 57,4 %, до 13,4 % пациентов доставлены в сроки более 48 часов. Среди морфологических форм острого аппендицита гангренозный аппендицит встречался у 68 пациентов (50%), т.е. в каждом втором случае, при этом перфорация отростка отмечена у каждого четвертого пациента. Среднее значение Мангеймского перитонеального индекса - 20,6. Продолжительность операции составила 92,5 мин, 65% операций выполнено в ночные часы. Средний койко-день был равен 9,8. Результаты: в послеоперационном периоде после выполненной лапароскопической аппендэктомии по поводу острого аппендицита, осложненного распространенными формами перитонита, осложнения стратифицированы по шкале Clavien-Dindo и отмечены у 33 (21,9%) пациентов. Все осложнения разделены на малые (I-II группа) и большие (III-IV группа). Осложнения I-II класса отмечены у 27 (81,8% всех осложнений) пациентов (инфильтраты в области удаленной культи червеобразного отростка - 19, нагноение послеоперационной раны



– 2, послеоперационный парез кишечника - 6). Большие осложнения (III a, b группа) наблюдались у 6 пациентов (абсцесс брюшной полости - 4, гематома правой подвздошной области - 1, прогрессирующий (третичный) перитонит – 1. Из послеоперационных осложнений в группе ЛАЭ наиболее часто отмечалось формирование воспалительного инфильтрата в правой подвздошной области. Во всех случаях пациенты пролечены консервативно. В 5 случаях (3,7%) отмечено формирование интраабдоминальных абсцессов. В 2 случая выполнено УЗИ дренирование абсцесса, в 1 случае пациент пролечен консервативно, а 2 пациентам выполнено релапароскопия. В группе пациентов, которые были оперированы с применением лапароскопических технологий осложнений 4 ст. по Clavien-Dindo не отмечено. Пациенты, которым выполнена конверсия доступа на н/с лапаротомию имели 7 осложнений, у 3 пациентов рентгенологически и аскультативно выявлена н/долевая пневмония, малый гидроторакс, что потребовало проведения пункции плевральной полости под контролем УЗИ и смены а/б терапии (3 ст. по Clavien-Dindo). В 4 случаях отмечались осложнения 4 ст. по Clavien-Dindo. Пациенты потребовали перевода в ОАР и проведения дополнительной терапии (в 1 случае отмечено желудочно-кишечное кровотечение из острых язв желудка, в 1 очаговый панкреонекроз, в 1 острое нарушение мозгового кровообращения и в последующем острый инфаркт миокарда у одного пациента). Заключение: лапароскопическая аппендэктомия при распространенном перитоните без синдрома абдоминальной гипертензии безопасна и эффективна и не сопровождается увеличением частоты развития осложнений.

953. СПАЙКООБРАЗОВАНИЕ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Капустин Б.Б., Кузнецов П.А.

Ижевск

ФГБОУ ВО Ижевская государственная
медицинская академия

В клинике госпитальной хирургии ретро- и проспективно проанализирована частота и выраженность спаечного процесса у 42 больных после холецистэктомии, выполненной по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ). Критериями включения в исследование служили пациенты с неосложненным течением хронического калькулезного холецистита, оперированные малоинвазивными

технологиями. В распределении больных нами использована классификация спаечной болезни Воробьева А.А., Бебуришвили А.Г. (1997); методом оценки локальной внутрибрюшинной адгезии на сроках 3-6 месяцев после операции служила полипозиционная ультрасонография. Преобладали женщины, средний возраст составил $54,6 \pm 3,2$ года. В анализируемой группе больных у 4 (9,5%) пациентов периодически присутствовали жалобы на абдоминальные боли, которые носили схваткообразный характер; тошнота и рвота; задержка стула и вздутие живота, что требовало экстренной госпитализации в отделения неотложной хирургии. При обзорной рентгенографии брюшной полости определялись повышенная пневматизация тонкой кишки; тонкокишечные арки и чаши Клойбера. Ультразвуковое исследование позволяло выявить дилатацию просвета тонкой кишки с «мятниковой» перистальтикой. Консервативное лечение в рамках активно-выжидательной тактики приводило к разрешению синдрома острой кишечной непроходимости. У остальных пациентов при ультразвуковом исследовании подтверждена бессимптомная форма внутрибрюшинной адгезии, носящая локальный висцеро-висцеральный характер. Наиболее часто (18 больных; 42,8%) в спаечный процесс вовлекался начальный отдел двенадцатиперстной кишки (ДПК) с подтягиванием и фиксацией его к висцеральной поверхности правой доли печени. При последующей фиброгастроуденоскопии у 11 пациентов (26,1%) визуализирована экстраорганный деформация ДПК с форсированным прохождением эндоскопа через сохраненный ее просвет. Выявленные плоскостные спайки у 20 пациентов между париетальной брюшиной и большим сальником, печенью и сальником, а также печенью и соответствующим изгибом ободочной кишки не сопровождалась ультразвуковыми признаками функциональных нарушений заинтересованных органов. Для профилактики спайкообразования нами после плановой холецистэктомии из мини-доступа начато применение противоспаечного геля Антиадгезин из расчета 5,0 мл на одну операцию. Аппликацию биодеградирующего барьера точно наносили на висцеральную поверхность печени в проекции ложа удаленного желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и стенку двенадцатиперстной кишки. Технические сложности доставки противоспаечного геля при эндоскопической холецистэктомии, в первую очередь связанные с необходимостью увеличения количества препарата на одну операцию, обусловили сдержанное отношение к его применению в эндохирургии ЖКБ на данном временном этапе. Заключение: своевременная операция, выполненная малотравматичным доступом с профилактическим применением со-



временных противоспаечных барьеров, позволит улучшить отдаленные результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью.

954.ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ КАБИНЕТА «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА» В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

*Свистунов Д.Н., Пономарев В.В., Смирнова Г.О.,
Ватолин М.Н.*

Калуга

ГБУЗ КО "Калужская областная клиническая
больница"

Актуальность: В настоящее время поздние осложнения сахарного диабета - серьезная медико-социальная и экономическая проблема на государственном и региональных уровнях. Синдром диабетической стопы (СДС) – самая частая причина нетравматических ампутаций нижних конечностей. В Калужской области на 2016 год зафиксировано свыше 25000 больных сахарным диабетом, не менее 10% из них предъявляют жалобы на проблемы с ногами. Ежегодно значительная часть этих пациентов получает амбулаторную и стационарную медицинскую помощь на базе самого крупного лечебного учреждения региона - Калужской областной клинической больницы. Цель: Оценить результаты лечения больных с СДС в условиях консультативной поликлиники многопрофильного стационара. Материалы и методы: Принятый в КОКБ комплексный подход к лечению синдрома диабетической стопы основан на рекомендациях «Международного консенсуса по диабетической стопе» (DFSG, 2015 год) и соответствует задачам федеральной программы «Сахарный диабет». В своей работе выделяем нейропатическую, нейроишемическую и нейроостеоартропатическую форму СДС, деструктивные поражения классифицируем по Вагнеру, течение раневого процесса - по Кузину. С 2009 года на базе консультативной поликлиники КОКБ функционирует специализированный кабинет «Диабетическая стопа» хирургической направленности, в задачи которого входит: 1) скрининг больных сахарным диабетом на предмет выявления у них синдрома диабетической стопы 2) организация длительного наблюдения за диабетиками группы повышенного риска ампутации нижних конечностей. 3) осуществление подиатрической помощи и мер профилактики синдрома диабетической стопы, обучение больных из группы риска пра-

вилам ухода за ногами 4) Амбулаторное лечение больных с поверхностными нейропатическими язвами. 5) организация взаимодействия в рамках междисциплинарного подхода ведения больных с СДС – имеется возможность консультации сосудистым хирургом и эндокринологом 6) Обеспечение преемственности между поликлиникой и хирургическим стационаром КОКБ, наблюдение больных после выписки из стационара. Анализ: За период с 2009 по 2016 год в КДС принято 3820 человек в возрасте от 17 до 92 лет. Поток пациентов формируется из направленных ЛПУ области и города, пациентов эндокринолога поликлиники и эндокринологического отделения и отделений КОКБ, а также обратившихся в поликлинику по ДМС и на платной основе. Стандартом скрининга на предмет выявления синдрома диабетической стопы является сбор анамнеза, физикальный осмотр пациента и его нижних конечностей, оценка чувствительности и рефлексов (монофиламент 10г, неврологическая игла и молоточек, камертон, прибор «Тип-терм»), оценка пульсации периферических артерий и измерение ЛПИ с применением аппарата Мини-доп. Значительная часть пациентов консультирована совместно со штатным ангиохирургом поликлиники. По результатам обследования в группу риска отнесено 649 (17%) диабетиков, нейропатическая форма СДС выявлена у 2292 (60%) пациентов и нейроишемическая – у 841 (22%). С нейроостеоартропатической формой СДС принято 38(1%) человек. Оперативная активность кабинета составила 58% - хирургическая помощь и подиатрический уход оказан 2216 больным. 497 (13%) из них выполнена скалерная обработка гиперкератозов и ногтевых пластинок. Перевязки с дебридментом язв выполнены 1451 (38%) пациентам. Хирургические вмешательства представлены в 141 (3.7%) случаях остеосеквестрэктомиями фаланг и межфаланговых суставов, оперативной коррекцией онихокриптоза у 107 (2.8%) человек и пластикой язвенных дефектов стоп биоматериалом «Коллост» 8 пациентам. В 2015 году в рамках совместного кубинско-российского проекта по применению препарата «Эберпрот П» (рекомбинантный аналог эпидермального фактора роста человеческого) на базе кабинета пролечены 8 больных. Из них 2 исходно получали препарат в КДС, остальным выполнялись интраульцерозные аппликации «Эберпрот П» после курса стационарного лечения. Применение препарата способствовало полному заживлению хронических язвенных дефектов у 7 больных значительно более короткие сроки по сравнению с традиционными препаратами для местного лечения. Из 38 больных с нейроостеоартропатической формой СДС у 15 выявлена острая и подострая фаза, 23 находятся в хронической фазе и взяты на учет для дальнейшего наблю-



дения. 11 пациентам выполнено наложение индивидуальной разгрузочной повязки Total Contact Cast. В процессе динамического наблюдения 220 пациентов с язвенными дефектами стоп у 136 из них отмечено заживление язв, улучшение течения раневого процесса - у 43. Стагнация раневого процесса наблюдалась в 26 случаях, рецидив язвы - у 15 больных. 184 человека были госпитализированы с приема в кабинете «Диабетическая стопа» в отделение общей хирургии – 128 по экстренным показаниям и 56 - в плановом порядке. Из госпитализированных больных 144 удалось сохранить стопу или обойтись «малыми» ампутациями. 29 пациентам с нейроишемической формой со стеноокклюзионными поражениями сосудов нижних конечностей выполнены рентгенохирургические реваскуляризирующие вмешательства. Высокие ампутации были выполнены 40 пациентам. После выписки из стационара в КДС в динамике наблюдаются 106 больных с различными формами синдрома диабетической стопы. Выводы: Функционирование кабинета «Диабетическая стопа» на базе областной консультативной поликлиники способствует улучшению оказания помощи диабетикам высокой группы риска за счет более раннего привлечения междисциплинарной команды специалистов (хирург-подиатр, сосудистый хирург, эндокринолог), дифференцированного подхода к амбулаторному и стационарному ведению пациентов с язвенными дефектами стоп и внедрения инновационных технологий в повседневную практику лечения синдрома диабетической стопы.

955. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К АУТОДЕРМАТОПЛАСТИКЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Свиштунов Д.Н.(1,2), Пономарев В.В.(1),
Ланцов Д.С (2), Смирнова Г.О.(1,2)*

Калуга

1)ГБУЗ КО Калужская областная клиническая больница 2)Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Оперативное лечение лиц с синдромом диабетической стопы зачастую приводит формированию хронических обширных дефектов мягких тканей стопы, требующих пластических методов закрытия. Одним из инновационных методов подготовки реципиентной поверхности к аутодермопластике является клеточная терапия - применение

искусственного аналога эпидермального фактора роста человеческого «Эберпрот П». Основу данного исследования опыта применения Эберпрота П для подготовки к АДП составил анализ лечения 11 пациентов с синдромом диабетической стопы, проходивших лечение в отделении общей хирургии Калужской областной больницы, составивших основную и контрольную группы. Контрольная группа состояла из 5 пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы, в возрасте 47-64 лет, имевших хронические дефекты мягких тканей стопы 3-й степени по Вагнеру в срок от 30 до 67 дней. Площадь неэпителизированных участков составляла 25-75см.кв. при глубине до 0.5-0.8 см. Язвенные дефекты локализовались на медиальном крае стопы с переходом на плантарную поверхность в сочетании с раной после ампутации 4-5 пальцев у 2 пациентов. Оставшиеся пациенты имели рану на торце и тыле культи стопы после трансметатарзальной резекции(1), рану после ампутации 1-2 -3 пальцев(1) и обширную трофическую язву наружной поверхности области голеностопного сустава и пяточной области. Все больные госпитализированы в плановом порядке и получали консервативное лечение по общей схеме (гипогликемическая терапия, дезагреганты перорально). Местное лечение заключалось в дебридменте язвы и перевязках с повидон-йодом. Двоим пациентам предварительно проведен курс вакуум - терапии в переменном режиме. Среднее пребывание в стационаре до операции составило 9 к\д. После подготовки реципиентной поверхности всем пациентам выполнялась свободная аутодермопластика перфорированным лоскутом толщиной 0.4-0.5 мм с закрытием не менее 90% площади дефекта. Трансплантат забирался электродерматомом с наружной поверхности бедра. На момент выписки у 4 пациентов отмечено приживление не менее 88-90% трансплантата, у одного пациента некроз 50% донорского лоскута. При наблюдении в отдаленные сроки у 2 пациентов поверхность приживленного трансплантата гладкая, кожа эластичная. У троих поверхность закрытого дефекта имеет полностью или частично папиллярный характер. Двое пациентов из контрольной группы в отдаленном периоде были госпитализированы для лечения остаточных язв в зоне трансплантации. В основную группу вошло 6 пациентов в возрасте от 53 до 65 лет. У 3 больных имела место нейропатическая форма синдрома диабетической стопы, 3 – нейроишемическую. В плановом порядке были госпитализированы 5 больных, 1 пациентка поступала по экстренным показаниям с ulcerогенной флегмоной стопы. В 2-х случаях дефект стопы относился к 4 ст. по Вагнеру, остальные – к 3 ст., локализуясь на опорных поверхностях (пальцы и плюсневый отдел стопы) у 2-х ,



поступлении установлен диагноз перфоративной язвы желудка или ДПК, 5 из них оперированы (лапароскопия, лапаротомия) Правильный диагноз установлен у 1 больного, ушивания пищевода не произведено. 5 (19,2 %) пациентов лечились в терапевтических отделениях с диагнозом: острый инфаркт миокарда, ТЭЛА; пневмония, осложненная эмпиемой плевры, острый гастрит. Рвота, на фоне которой наступил разрыв пищевода у 2-х больных была связана с наличием пищевой токсикоинфекции, у 3-х острым панкреатитом, 1-гангренозным холециститом, 7-язвенным стенозом ДПК в 1 случае в сочетании с кровотечением и перфорацией, у 1- при раке поджелудочной железы. Только у 6 (22%) пациентов рвота возникла на фоне переедания и острой алкогольной интоксикации. Общая летальность в группе поздней диагностики СРП составила 50% (12) . Обсуждение: СРП трудное для диагностики и лечения хирургическое заболевание. Большинство больных социально благополучные, рвота обусловлена наличием различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Прогноз заболевания зависит от срока оказания адекватной специализированной помощи. Выводы: В диагностике острой хирургической патологии, сопровождающейся рвотой, необходимо исключать спонтанный разрыв пищевода.

957. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

*Мазурин В.С.(1), Прищепо М.И.(1),
Кригер П.А.(1), Егоров В.И.(2)*

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Хирургическое торакальное отделение (1). ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, ЛОР-отделение (2).

Механические повреждения пищевода, к счастью, не являются частой патологией. Травматический разрыв, возникающий при ранениях и травмах области грудной клетки и шеи, составляет около -1% от всех разрывов. Основными причинами механического повреждения пищевода являются ятрогенные повреждения и синдром Бурхаве - спонтанный разрыв пищевода при рвоте (СРП). Разрывы пищевода сопровождаются тяжелыми гнойными осложнениями и высокой летальностью, достигающей в настоящее время 26-66%, а при синдроме Бурхаве более 72%. Материал и методы: за 20 лет пролечено 90 больных с повреждениями пищевода. Ятрогенные – 25; СРП – 35; травматические – 6;

повреждения инородными телами- 13; другие механизмы- 11. Повреждения шейного отдела пищевода встретились у 19; средней трети- 15; нижней трети-56 пациентов. 89 больных при поступлении в МОНИКИ имели различные осложнения: флегмона шеи, медиастинит, одно или двусторонняя эмпиема плевры, пневмония, перикардит, и т.д. Сроки поступления в специализированный стационар составили от 1 до 49 суток от повреждения. Оперированы 89 больных. Им произведено от 1 до 5 операций. Больные с повреждением шейного отдела оперированы коллярным доступом, а при наличии распространенного медиастинита и эмпиемы плевры- шейным и торакотомным доступами. Пациентам выполняли ушивание перфорации или ограничивались дренированием глубокой флегмоны шеи. Пациенты с повреждениями грудного отдела оперированы торакотомным доступом, преимущественно выполняли дренирование средостения и плевральной полости, по показаниям проводилась лапаротомия, гастростомия и перевязка абдоминального сегмента пищевода. Большинство больных с повреждениями нижней трети пищевода оперированы лапаротомным доступом. Один больной оперирован из левосторонней торакотомии, у 1 проведена тораколапаротомия слева. Если локализация и протяженность разрыва пищевода позволяли, операцией выбора было ушивание разрыва с укрыванием пищевого шва фундопликационной манжетой. Полученные результаты Общая летальность составила- 23 случая (25,6 %). Уровень летальности зависел от локализации повреждения и составлял: при повреждении шейного отдела- 2 (11% от больных с повреждением шейного отдела); средней трети -2 (13 %); нижней трети 19 (34 %) больных. Обсуждение. Поздняя диагностика разрыва пищевода и развитие вторичных осложнений (флегмоны шеи, медиастинита, эмпиемы плевры, сепсиса, пищеводно-бронхиальных свищей, кровотечения и др.) снижает шансы на выздоровление. При наличии одного и более осложнений выбор доступа хирургического пособия труден и не однозначен. Повреждения средней и нижней трети пищевода прогностически наименее благоприятны. Выводы: Механические повреждения пищевода нечастая, но очень тяжелая патология. Общая летальность зависит от срока начала оказания медицинской помощи и локализации повреждения. Механизм повреждения не имеет решающего значения прогноза выживаемости. Рекомендации: Выбор тактики лечения составляет трудности и зависит от локализации, срока выявления повреждений, степени выраженности инфекционных осложнений и сопутствующей патологии. Пациенты нуждаются в лечении в условиях специализированного торакального отделения.



958. ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА: ПРИЧИНЫ, ИСХОДЫ

*Аллахвердян А.С.(1), Мазурин В.С.(1),
Кригер П.А.(1), Прищепо М.И.(1), Егоров В.И.(2)*

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.
Хирургическое торакальное отделение (1).
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского ЛОР-
отделение (2)

Самой частой причиной повреждения пищевода является ятрогенная травма при удалении инородных тел, бужировании стриктур пищевода, эзофагоскопии, гастроскопии. Реже происходит перфорация пищевода инородными телами. Открытые и закрытые травмы являются причиной повреждения пищевода всего в 0,5-1% случаев. С усовершенствованием эндоскопической техники и развитием эндоскопической службы частота инструментальных повреждений пищевода снизилась до 0,4—1% против 8—10%. Однако абсолютное число перфораций растет из-за все более широкого применения эндоскопии в диагностике заболеваний пищеварительного тракта. Перфорация шейного отдела пищевода и гортаноглотки в области грушевидных синусов при интубации трахеи, по данным некоторых исследователей, наблюдается с частотой 0,01 – 0,006%, а летальность при этом может достигать 50%. Материалы и методы: 25 больных ятрогенными повреждениями пищевода, пролечено в хирургическом торакальном отделении МОНИКИ за последние 23 года. Мужчин 10, женщин-15 средний возраст 63,8 лет. Повреждения пищевода при диагностической «гибкой» эзофагогастродуоденоскопии наблюдалось в 7 случаях (28%). В 4-х наблюдениях выявлено повреждение грушевидного синуса, в 1-м перфорация дивертикула Ценкера. В 4-х наблюдениях перфорация пищевода происходила при «жесткой» эзофагоскопии при удалении инородных тел пищевода (16%). При бужировании стриктур пищевода перфорация возникла в 5 случаях (20%). При интубации трахеи 4 (16%). Мы наблюдали 3 (12%) случая перфорации пищевода эндостентами в массиве злокачественной стенозирующей опухоли. Наиболее частыми были повреждения грушевидного синуса или шейного отдела пищевода - 10 пациентов (40%). Повреждения средней трети встретились у 12 (48%), нижней трети 3 (12%). Наиболее «благоприятные» в прогностическом плане перфорации верхней локализации. Умерших в данной группе больных не было. При локализации повреждения в средней трети пищевода

летальность составила 8,3%, а нижней -66,7%. Обсуждение: повреждение грушевидного синуса при эндоскопии наиболее распространены, поскольку именно в этой зоне аппарат обычно проводится «вслепую». Механизм повреждения пищевода при эндоскопии в средней его трети в наших наблюдениях объяснить сложно, поскольку в этих случаях пищевод исходно не имел патологических изменений. Выводы: ятрогенные повреждения пищевода встречаются при проведении различных манипуляций у специалистов разного профиля. Чаще всего повреждение пищевода бывает при проведении диагностической, «гибкой» эндоскопии, чаще всего повреждается грушевидный синус. Повреждение верхнего отдела пищевода прогностически более благоприятно. Рекомендации: Профилактика ятрогенных повреждений пищевода заключается в осторожном проведении эндоскопических процедур, интубации трахеи.

959. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТА С РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Анищенко В.В., Ким Г.В., Хальзов А.В.

Новосибирск

НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск-Главный ОАО "РЖД"

Метод рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации злокачественных новообразований в настоящее время находит широкое применение в онкологической практике благодаря малотравматичности, высокой эффективности. Метод позволяет продлить жизнь пациента, улучшить его комфорт существования в запущенных, неоперабельных случаях злокачественного поражения органов. Цель работы. Оценка эффективности и обсуждение перспектив применения рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации в лечении рака печени. Материал: Пациент Н. - 70 лет Госпитализирован в клинику:10.01.2017 г. Выписан: 2.02.17 г. Клинический диагноз Мультицентральный рак восходящего отдела толстой кишки (токсикоанемическая форма) Т3N0M1 Секундарное поражение печени (правая доля). После предоперационного обследования и предоперационной подготовки в условиях отделения в течении недели (гемотрансфузии, подъем гемоглобина крови до 80 г/л) больному проведено оперативное лечение правосторонняя гемиколэктомия. В послеоперационном периоде состояние стабильное,тяжелое, проводился курс консервативной терапии.



Пассажа по толстой кишке восстановлен, общее состояние улучшилось до средней тяжести. С целью прекращения кровотока и длительного воздействия химиопрепарата на опухолевые клетки в правой доле печени (вторичное поражение V и VII сегмента печени) больному проведено рентгенэндоваскулярное лечение - 26.01.17 г. - химиоэмболизация правой долевой печеночной артерии (гепасферы 30-60 мкм 25 мг насыщенные доксирубицином 25 мг). Сразу после химиоэмболизации печеночной артерии отмечен болевой синдром в области печени, купирован введением анальгетиков состояние стабилизировано. Послеоперационный период протекал без осложнений. В динамике проведена УЗИ-доплерография печени - кровотока по правой печеночной артерии нет. Больной выписан с улучшением на амбулаторное лечение по месту жительства, под наблюдением онколога. Через 3 месяца рекомендован контрольный осмотр.

Заключение: Рентгенэндоваскулярный метод химиоэмболизации артерий питающих злокачественное образование вызывает ишемию опухолевой ткани, асептическое воспаление, а выделяемый цитостатик в высокой концентрации оказывает длительное губительное влияние на опухолевые клетки, при этом избегается общее отравление организма. Метод является высокоэффективным, требует более широкого внедрения в клиническую практику. Данный метод открывает широкие возможности и перспективы в лечении онкологических больных.

960.СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

*Майоров И.М., Сатинбаев З.И., Емельянов В.В.,
Егорова Е.В., Ляхова Н.Л., Смирнова И.В.*

Москва

ГКБ имени С.П. Боткина ДЗ г. Москва

Введение: Фибрилляция предсердий является одной из наиболее распространенных аритмий сердца, которая сопровождается высоким риском развития тромбоэмболических осложнений, недостаточностью кровообращения. Цель исследования: Оценка результатов хирургического лечения пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, с помощью радиочастотной и баллонной криоабляции устьев легочных вен. **Материалы и методы:** В период с 2014г по 2017г на базе отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции

проведено обследование и лечение пациентов пароксизмальной формой фибрилляции предсердий. Кроме стандартных методов обследования (ЭКГ, ХМЭКГ, ЭХОКГ, чрезпищеводное Эхокардиография) пациентам выполнялась компьютерная томография левого предсердия и его легочных вен. Средний возраст пациентов 58.5±4,5лет. Пациенты мужского пола 74.3%, женского -26.7%. В зависимости от анатомии и размеров легочных вен и левого предсердия пациенты разделены на 2 группы. В I-группе входило 95 пациентов, где выполнена операция - радиочастотная изоляция легочных вен с использованием навигационной системы «CARTO 3»(Biosense Webster). Во всех случаях пункция межпредсердной перегородки (МЖП) осуществлялась под контролем чрезпищеводной эхокардиографии и рентгеноскопии. После пункции МЖП построена анатомическая карта левого предсердия по методике (FAM), и объединено с ранее выполненной компьютерной томографией. Радиочастотные воздействия выполнялись с помощью орошаемых электродов: ThermoCool SF NaviStar (Biosense Webster) и ThermoCool Smart Touch(Biosense Webster) со стандартными параметрами. Блок входа и выхода проверено с помощью диагностического катетера Lasso (Biosense Webster). Во II- группе 46-пациентам выполнена операция баллонная крио-абляция устьев легочных вен. После пункции МЖП выполнялось контрастирование левого предсердия на фоне частой стимуляции правого желудочка, после чего поочередно выполнена крио абляция с помощью катетера Artic Front CrioCath (Medtronic). Крио абляции на правых легочных венах выполнялась на фоне стимуляции правого диафрагмального нерва. Оценка эффективности крио-воздействия и «блока входа и выхода» в устьях легочных вен выполнялось с помощью диагностического катетера ARCHIVE (Medtronic). Результаты: Средняя продолжительность операции в I –группе составило 140минут, во II-группе -80мин. Длительность ИВЛ в I- группе составляло 90мин., во II-группе – 50мин. Пациенты пробуждались в операционном столе и переводились в отделение, без содействия отделения реанимации. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность стационарного лечения составляло 4-6дней. У пациентов находящихся под наблюдением 75% сохранялся синусовый ритм, в сроки наблюдения от 3 до 28 мес. Выводы: У пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, без структурной патологии сердца и сохраненным гомеостазом радиочастотная изоляция и баллонная криоабляция устьев легочных вен является высокотехнологическим, современным и эффективным методом лечения фибрилляции предсердий. Баллонная крио-абляция яв-



ляется менее продолжительным и эффективным методом хирургического лечения фибрилляции предсердий. Однако имеет ряд ограничений при нетипичной анатомии или размеров легочных вен (общий коллектор, большие диаметры легочных вен и др.). При ранее проведенных операциях на желудке (ограничивает контроль при воздействии на правых легочных венах). Методом выбора является радиочастотная изоляция легочных вен левого предсердия с помощью навигационной системы «CARTO3».

961. НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ЖИВОТА У БЕРЕМЕННЫХ

*Богомолов Н.И.(1), Белокриницкая Т.Е.(1),
Пахольчук П.П.(2), Хавень Б.Н.(2), Хавень Т.В.(2),
Томских Н.Н.(1)*

Чита

ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ(1),
ГУЗ ККБ МЗ Забайкальского края(2)

Острые хирургические заболевания у беременных – задача сложнейшего порядка для хирурга, акушера, анестезиолога и, нередко, неонатолога. Острые хирургические заболевания и травмы других локализаций у беременных также непросто лечить. Но живот, как область вероятного хирургического вмешательства, вдвойне сложнее, потому что там находится беременная матка. Согласно маршрутизации беременных, утвержденной Минздравом Забайкальского края, все беременные с острой хирургической патологией госпитализируются в Краевую клиническую больницу г. Читы, в составе которой имеется перинатальный центр. В данной публикации мы представляем анализ случаев оказания экстренной хирургической помощи беременным с «острым животом» за 10-летний период времени. Всего в хирургических и акушерских стационарах пролечили 331 беременную в возрасте от 15 до 48 лет. Первично оперативное пособие выполнено 281 больной (1 группа), удалось купировать острый патологический процесс консервативными мероприятиями у 39 (2 группа), отложить хирургическое пособие на 2-3 триместры беременности, либо на послеродовый период у 11 женщин (3 группа). Причем, после родов в срочном и плановом порядке 9 из 39 пациенток 2-ой группы оперированы в хирургических стационарах. Умерло после операции двое больных (0,66%): с вирусным гепатитом С после кесарева сечения с последующей экстирпацией матки, и с генерализованным туберкулезом в раннем послеродовом периоде. Однако, прогрессирование ос-

новного, в первую очередь онкологического или инфекционного (гепатит) заболевания, привело в последующем к гибели еще 4 пациенток из всего количества (общая летальность 1,33%). Две пациентки (0,6%) признаны инвалидами 1-ой группы. Аппендицит доминировал в структуре хирургической патологии у беременных. Оперировано 108 женщин на фоне беременности и одна - с аппендикулярным инфильтратом, пролечена консервативным методом, аппендэктомия ей выполнена после родов. Катаральная форма воспаления была у 34, флегмонозная – у 60, гангренозная – у 13, хроническая – у 1 пациентки. Наибольшую сложность для лечения создал аппендикулярный перитонит у 2 пациенток, успех достигнут собственной технологией (патент № 2123361). Лапароскопическая аппендэктомия применена в первом триместре у 7 и во втором – у 1 пациентки. При подозрении на повреждение органов брюшной полости у 17 пациенток в 1 и 2 триместрах гестации применили лапароскопию и лапароцентез. Из 19 беременных с травмой у 10 она была бытовой, у 8 транспортной и у 1- производственной. Повреждение селезенки имелось у 9, печени – у 3, кишки – у 2, брыжейки кишки – у 2, диафрагмы – у 1, брюшной стенки – у 2 беременных. Закрытая травма была у 16, открытая – у 3 пациенток. Острая кишечная непроходимость (ОНК) на фоне беременности имела место у 21 женщины, брюшинные спайки были причиной ОНК у 17, у 3-х из них процесс удалось купировать консервативными мерами, ущемление кишки в грыже было у 2, гипоганглиоз ободочной кишки с копростазом – у 1 и заворот кишки еще у 1 пациентки. У 2-х женщин во время операции обнаружена фиксация спайками тонкой кишки к матке - следствие лапаротомии в анамнезе. Во всех случаях при хирургическом лечении ОНК использовали дренирование кишки энтеральным зондом, с помощью которого осуществляли энтеросорбцию (патенты РФ №№ 2121376 и 2122868). Острые осложнения язвенной болезни служили показанием к хирургическому лечению у 9 пациенток (кровотечение – у 4, перфорация – у 3, стеноз – у 1 и подозрение на малигнизацию - у 1). У 7 беременных язвенное кровотечение купировано консервативными мерами. Ушивание перфорации (прошивание кровоточащей язвы) предпринято у 6, ваготомия – у 2 и резекция желудка – у 1 пациентки. Из-за беременности предпочтение отдавалось органосохраняющим вмешательствам. Неязвенные кровотечения имели место у 6 беременных. Оперирована одна с трещиной кардии и профузным кровотечением, спровоцированной неукротимой рвотой, беременность в последующем пришлось прервать. Медикаментозный гемостаз, включая эндоскопические технологии, оказались успешными у 5 человек из этой группы и еще



у 7 – из предыдущей. Ущемленные грыжи на фоне беременности встретились у 6 пациенток и ущемление скрыто протекавшей внутренней еще у 2-х. В двух случаях грыжа вправилась и после наблюдения беременные выписаны из стационара с рекомендацией носить бандаж. Острое воспаление желчевыводящих путей потребовало хирургического пособия у 16 женщин и консервативными мерами удалось купировать процесс у 3. Желчно-каменная болезнь явилась причиной воспаления у 12, билиодигестивный анастомоз – у 2, бескаменный бактериальный холангит был у 3 беременных. Лишь в 2-х случаях удалась лапароскопическая холецистэктомия, в остальных предпринята традиционная лапаротомия. Для лечения холангита использовали собственный способ по патенту № 2277916. Острый панкреатит в качестве предварительного диагноза был у 19 беременных с острым животом, но нашел подтверждение только у 9. Процесс удалось купировать консервативными мерами у 6, а 3 пациентки оперированы по поводу панкреонекроза и его последствий, причиной которого у 2-х была травма. В связи с перекрутом ножки кистом яичника две пациентки оперированы хирургами (в одном случае лапароскопически), и одна – акушерами-гинекологами. Во всех трех случаях некроза жирового подвеса ободочной кишки диагноз установлен и лечение выполнено с помощью лапароскопии. Перфорация кишки иглой была у одной пациентки и рыбьей костью еще у 1-ой. Воспаление дивертикула Меккеля было причиной острого живота у 2 беременных. Диагноз установлен во время операции, выполненной по поводу предполагаемого острого аппендицита. Неизменный червеобразный отросток удалять не стали, дивертикул же резецировали. Все три наблюдения мнимой беременности протекали драматично. У девушки была гигантская киста яичника, у одной женщины - гигантская неорганическая забрюшинная опухоль в сочетании с кистой яичника, и у третьей – рак яичников 4 стадии с асцитом. Вирусный гепатит на фоне беременности стал встречаться чаще. Одной беременной, доставленной из ЦРБ в тяжелом состоянии с выраженной желтухой, на сроке 34 недели по жизненным показаниям выполнено экстренное кесарево сечение с последующей экстирпацией матки. В послеоперационном периоде, несмотря на проводимую интенсивную терапию, прогрессировала полиорганная недостаточность, которая и явилась причиной летального исхода. С сосудистой патологией две женщины с клиникой острого живота многократно поступали в хирургические стационары, у одной во время лапаротомии обнаружена аневризма селезеночной артерии, спленомегалия, выполнена спленэктомия с аневризмой. После операции произошел выкидыш. Вторая жен-

щина доносила беременность и в послеродовом периоде обнаружен гемодинамически значимый стеноз чревного ствола. После хирургической декомпрессии болевой синдром исчез. По поводу нарушения питания узла миомы матки акушерами оперирована одна беременная во втором триместре, беременность завершена ампутацией матки. Пациентка 29 лет, родила второго ребенка в ЦРБ. Преждевременные роды спровоцированы острым животом, туберкулезом легких. С клиникой перитонита после предоперационной подготовки в экстренном порядке оперирована. При лапаротомии диагностирован распространенный каловый перитонит, причиной которого являлись множественные перфорации туберкулезных язв подвздошной кишки. Кишка с язвами резецирована, сформирована илеостома, лапаростома. Через 12 часов после операции больная погибла. На аутопсии выявлен туберкулез легких, мозга, пищеварительной и мочевыделительной систем, общий перитонит, полиорганная недостаточность. У 6-ной 18 лет во время лапаротомии обнаружено две больших кисты правой доли печени, делящих ее на две части по границе 5 и 6-го, 7-го и 8-го сегментов, в печеночно-двенадцатиперстной связке, по ходу нисходящего отдела 12-перстной кишки множество гемангиом. Кисты вскрыты, оболочки иссечены, полости обработаны склерозантами, диатермией, установлены дренажи для подведения склерозирующих веществ, одна из гемангиом иссечена для исследования. У одной женщины была многоплодная беременность: в обеих полостях аномальной матки и эктопическая в правой трубе. Два плода погибли, третий – благополучно развивался во втором роге матки и родился в срок здоровым ребенком. При выполнении операций местная инфильтрационная анестезия применена у 62 пациенток, проводниковая – у 194, внутривенный наркоз – у 17 и эндотрахеальный с миорелаксантами – у 19 человек и еще у 9 после родоразрешения. Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки предпринято у 6 женщин, еще в одном случае сразу выполнена операция Парро (экстирпация матки с плодом). Беременность завершена кесаревым сечением у 13 пациенток, у 11 – в различные сроки послеоперационного периода произошел выкидыш, родоразрешение естественным путем произошло у 19. У остальных судьбу беременности проследить не удалось. Острый живот на фоне первой беременности был у 103, повторной – у 164 и у 64 акушерский анамнез не установлен. Сочетанная экстрагенитальная патология (зоб, варикозная болезнь, пиелонефрит и др.) имела у 33 (9,99%) женщин. Таким образом, представленные результаты ведения беременных с острым животом свидетельствуют, что имеются сложности в процессе



диагностики того или иного заболевания, поскольку не всегда можно применить все средства инструментальной визуализации. Ошибки в диагностике ведут к развитию смертельных осложнений, каким, в первую очередь, является перитонит. Эндогенная интоксикация, сопровождающая острые хирургические заболевания, стресс и шок на ранних сроках после получения травмы пагубно сказываются на жизнедеятельности плода. В связи с этим у данной категории пациенток высока частота невынашивания беременности, плацентарных нарушений, инфекционных осложнений у матери и плода.

962. ОСОБЕННОСТИ ФЛЕБЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА

*Ветохин Д.В.(1,2), Ишутин С.В.(1,2),
Островский Д.А.(1,2), Ивченко Е.Ю.(1,2)*

Благовещенск

- 1)Городская поликлиника №1
- 2)ООО "Центр эндоскопической хирургии"

На сегодняшний день операции при варикозной болезни нижних конечностей в условиях центров амбулаторной хирургии приобретают всю большую популярность. Это связано с рядом общеизвестных преимуществ: • ранняя активизация пациентов; • создание благоприятного психологического климата (нахождение пациента дома в привычной ему обстановке, т.н. фактор «бытового комфорта»); • сокращение срока пребывания в лечебном учреждении и уменьшение контакта с внутригоспитальной инфекцией; • наличие завершеного цикла лечения (в большинстве случаев – единственный лечащий врач от момента оперативного лечения до выздоровления). Все это способствует профилактике тромбозов и гнойно-воспалительных осложнений, сокращает сроки реабилитации и приводит к более быстрому восстановлению трудоспособности. Проанализированы результаты оперативного лечения при варикозной болезни нижних конечностей, которые выполнялись на базе двух амбулаторных центров: дневного стационара городской поликлиники №1 г. Благовещенска и ООО «Центр эндоскопической хирургии». Оба эти учреждения т.н. «сателлитного» типа, т.е. территориально и организационно изолированы от круглосуточного стационара, а также являются многопрофильными (выполнение хирургических, урологических, гинекологических, травматологических и ЛОР – операций). За период 2015 – 2016 гг. было выполнено 103 флебэктомии

у 88 пациентов. Из них мужчин было 28, женщин – 59. Операции всегда проводились на одной нижней конечности (при наличии двухстороннего варикоза). Возраст пациентов варьировал от 20 до 67 лет. Подавляющее большинство больных было трудоспособного возраста (средний возраст – 42 года). По классу заболевания (CEAP) распределение было следующим: С2 – 61 человек (69.3%), С3 – 9 пациентов (10.2%), С4 – 7 больных (8%), С5 – 1 человек (1.1%) и 8 пациентов с классом С6 (9.1%). По локализации заболевания: в бассейне БПВ – 90 операций, в бассейне МПВ – 9 и сочетанное поражение двух бассейнов в 4 случаях. При локализации варикозно – расширенных вен в бассейне БПВ и БПВ+МПВ в 78 случаях (75.7%) имел место тотальный или субтотальный сброс по стволу БПВ с перфорантным сбросом на голени. Данной категории больных выполнены операции в объеме: кроссэктомия, тотальный стриппинг БПВ (+ флебэктомия МПВ при сочетанном поражении) с минифлебэктомией притоков по Мюллеру + надфасциальная перевязка перфорантов в 56 (54.4%) случаях. В 22 (21.4%) случаях выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен. Данный вид вмешательства применялся у больных с выраженными трофическими нарушениями (С4, С5 и С6), а также в случае мультиперфорантного сброса (более 3-4 несостоятельных перфорантных вен в нескольких анатомических областях). На 16 (15.5%) нижних конечностях имелся ограниченный сброс на уровне бедра. Таким пациентам выполнен проксимальный стриппинг БПВ с минифлебэктомией притоков (при необходимости) по Мюллеру. При локализации варикозно – расширенных вен в бассейне МПВ производился либо тотальный, либо проксимальный ее стриппинг. Сафенэктомия во всех случаях осуществлялась инвагинационными методиками (использование олив малого диаметра, PIN – стриппинг). При операциях в бассейне БПВ операции выполнялись под ЭТН с применением современных газовых анестетиков (Севоран, Изофлюран) с вводным наркозом пропофолом. При локализации заболевания в бассейне МПВ и сочетании бассейнов БПВ и МПВ – под спинномозговой анестезией. В послеоперационном периоде мобилизация пациентов (ходьба под присмотром мед. персонала) после операций под ЭТН осуществлялась в среднем через 2.5 - 3 часа, а больных, оперированных под спинномозговой анестезией – через 4.5 часа. В среднем через 5-6 часов от момента окончания операции больные отпускались домой. В дальнейшем режим перевязок и лечения – амбулаторный в условиях центров, где выполнялась операция. В послеоперационном периоде из осложнений в 1 случае (0.97%) имела место подфасциальная гематома (после эндоскопической диссекции перфорантных вен), купированная кон-



сервативно и в 12 случаях (11.7%) развилась постоперационная нейропатия подкожного нерва с развитием гипо- или анестезии в н/3 оперированной голени. В 8 случаях из них она носила нестойкий характер и купировалась в срок от 1 до 6 месяцев. Анализируя результаты работы, можно отметить, что флебэктомия в условиях дневного стационара имеет свои особенности: • более строгий отбор больных (выполнение оперативного вмешательства больным без тяжелых сопутствующих заболеваний, социально адаптированным пациентам) • необходимость применения малоинвазивных методов (инвагинационные методики, минифлебэктомия и др.) • использование для анестезиологического пособия современных препаратов. Все это позволяет достичь ранней активизации больных и, соответственно, приводит к благоприятному течению послеоперационного периода.

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

*Карпов О.Э., Ветшев П.С., Маады А.С.,
Василяшко 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. Более 90% РСТ развиваются вследствие осложнений интубации, трахеостомии, дефектов 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 70 пациентов с РСТ. Среди них: мужчин 38, женщин – 32; возраст варьировал от 17 до 75 лет. Распределение больных по характеру РСТ проводили в соответствии с классификацией В.Д. Паршина (2003). Степень РСТ: I - 12 больных, II – 33 больных, III – 23 больных. У 2 пациентов диаметр трахеи соответствовал установленному ранее эндотрахеальному стенту. Ограниченные (до 2,0 см) по протяженности рубцовые стенозы были у 40 (57%) пациентов, протяженные (более 2,0 см) — у 30 (43%) больных. С функционирующей трахеостомой поступило 29 (41%) пациентов. Локализовался РСТ преимущественно в шейном отделе трахеи. Полученные результаты. Эндоскопическое бужирование РСТ с продленной ИВЛ на протяжении суток, выполнено 21 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 32 пациентов, у 33 больных эндоскопический метод послужил подготовительным этапом к хирургической операции и у 5 пациентов эндоскопическое лечение продолжается. Отдаленные результаты эндоскопического лечения прослежены у 26 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 27,1% больных с РСТ при однократном стентировании и у 33,3% больных - при повторном, при этом наиболее частыми осложнениями стентирования трахеи являются миграция стента и развитие грануляций трахеи, которые возникают в 27,7% и 31,9% наблюдений соответственно при наличии трахеостомы и в 22,2% и



30,6% – 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.

964. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИСТЕРНОТОМИИ В ХИРУРГИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

*Чарчян Э.Р., Скворцов А.А., Панфилов В.А.,
Белов Ю.В.*

Москва

ФБГУ Российский Научный Центр Хирургии им.
Б.В.Петровского

Актуальность: За последние 20 лет миниинвазивные технологии лечения клапанной патологии прочно вошли в практику многих кардиохирургических клиник. Использование минидоступов обеспечивает благоприятный послеоперационный период для пациентов, позволяет снизить количество выраженных дыхательных нарушений и избежать осложнений, связанных с нагноением послеоперационной раны. Материалы и методы: с января 2015 по февраль 2016 года в отделение хирургии аорты и ее ветвей выполнено 35 вмешательства на корне и восходящем отделе аорты из минидоступа. В 100% случаев выполнялась J-образная министернотомия по IV межреберью справа. Из них у 14 пациентов (40%) выполнена операция Bentall-DeBono, у 12 пациентов (34,3%) реконструкция корня и восходящего отдела аорты по методике David, протезирование аортального клапана механическим протезом у 4 пациентов (11,4%), раздельное протезирование аортального клапана и восходящего отдела аорты у 2 пациентов (5,7%), пластика корня аорты по Bahnson и супракоронарное протезирование восходящего отдела аорты у 1 пациента (2,85%), протезирование дуги аорты по методике Hemiarch у 2 (5,7%) пациентов. Всем пациентам до вмешательства выполнялась МСКТ грудного отдела аорты и оценивалось расстояние от поверхности кожи до устья левой коронарной артерии (самая дальняя точка манипуляции), расстояние от яремной вырезки до фиброзного кольца аортального клапана и его расположение относительно ребер. Критериями исключения для выполнения минидоступа были: коррекция других клапанов сердца, вмешатель-

ства на коронарных артериях, повторные операции. Производилась оценка интраоперационных параметров и раннего послеоперационного периода ($6,9 \pm 1,24$ дня). Также оценивалась выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде. Для оценки выраженности болевого синдрома использовалась десятибалльная шкала боли. Результаты: В нашем исследовании был 1 случай (0,35%) конверсии в полную срединную стернотомию, связанный с травмой устья правой коронарной артерии, потребовавший экстренного шунтирования последней. Госпитальной летальности в обеих группах отмечено не было. Время ИК при операции Bentall-DeBono составило $96,6 \pm 18$ мин., время ИМ $72,2 \pm 5$ мин. При реконструкция корня и восходящего отдела аорты по методике David время ИК и время ИМ составило $137,9 \pm 13$ мин. и $120,2 \pm 15$ мин., соответственно. У пациентов, которым выполнялось протезирование дуги по методике Hemiarch время ИК составило 133 ± 30 мин., ИМ 97 ± 12 мин. и ЦА 16 ± 4 мин. Средняя кровопотеря составила 696 ± 83 мл. У 34 пациентов среднее время нахождения пациента в ОРИТ не превышало 1 суток. В 1 случае время нахождения пациента в ОРИТ составило 48 часов в связи с произошедшей транзиторной ишемической атакой после протезирования дуги аорты по методике Hemiarch. У всех пациентов рана зажила первичным натяжением. Среднее время пребывания пациентов в стационаре после операции составило $6,9 \pm 1,24$ дня. Также по результатам тестирования выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде были получены удовлетворительные результаты, не более 2 баллов с полным регрессом к концу госпитализации. Выводы: J-образная министернотомия позволяет выполнить безопасный и удобный доступ к корню и восходящему отделу аорты, а также ее дуге, является достойной альтернативой традиционному доступу, при этом сопоставимым по сопоставимым интраоперационным параметрам. Обеспечивает комфортный послеоперационный период пациентам, отсутствие выраженных дыхательных нарушений и снижение длительности нахождения пациента в стационаре.



965. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ I ТИПА

*Чарчян Э.Р., Абугов С.А., Хачатрян З.Р.,
Скворцов А.А., Белов Ю.В.*

Москва

ФГБНУ Российский Научный Центр Хирургии
им. акад. Б.В. Петровского

Актуальность: Расслоение аорты I типа по DeBakey является одной из наиболее тяжелых патологий, требующих хирургического вмешательства. В настоящее время по-прежнему ведутся споры о целесообразности выполнения того или иного вида вмешательств на дуге аорты при данной патологии, отсутствуют единые показания к открытым и гибридным операциям. Цель: представить тактику хирургического лечения расслоения всей аорты в зависимости от его стадии, соматического состояния пациента, уровня и размера дистальных фенестраций, а также оценить эффективность различных вариантов вмешательств. Материал и методы: В отделении хирургии аорты и ее ветвей с января 2013 по январь 2017 года выполнено 58 операций по поводу расслоения I типа по DeBakey: 25 операций Elephant Trunk (22 и 3 с гемодинамической коррекцией I и II типа соответственно), 3 протезирования дуги аорты (из них 2 по поводу ретроградного расслоения аорты), 4 операции Hemiarth, 23 операции Frozen Elephant Trunk и 3 гибридных вмешательства II типа. Операции выполнялись по поводу острого расслоения в 24%, подострого - в 29% и хронического - в 47% случаев. Объем реконструкции на проксимальном отделе аорты был представлен следующими вариантами: протезирование восходящего отдела аорты у 31 больного (из них с пластикой корня и аортального клапана - 18), операция Bentall - в 23 и операция David - в 4 случаях. Выбор варианта реконструкции дуги аорты определялся на основании совокупности факторов: стадии расслоения, возраста и соматического статуса пациента, наличия дисплазии соединительной ткани, наличия мальперфузии головного мозга, висцеральных органов или нижних конечностей, протяженности расслоения, а также локализации и размеров дистальных фенестраций. Всем пациентам до и после вмешательства выполнено МСКТ аорты с контрастированием. Произведен анализ ближайших результатов лечения. Результаты: Общая частота полиорганной недостаточности составила 6,9%, кровотечение развилось в 4 (6,9%) случаев, неврологические осложнения - в 2 (3,4%). Паралепгия не наблюдалась ни в одном случае. Общая летальность составила 6,9%. В груп-

пе Elephant Trunk с гемодинамической коррекцией I типа среди 18 пациентов, у которых исходно в проксимальной нисходящей аорте не было выявлено значимых фенестраций, тромбоз ложного канала до уровня левого предсердия на момент выписки развился в 13 (72%) случаях, у 2 пациентов определялась новая фенестрация по дистальному краю «хобота». 3 пациентам в данной группе было выполнено этапное стентирование нисходящей аорты, при контрольном КТ исследовании определялся тромбоз ложного канала до уровня диафрагмы. В группе гибридных вмешательств тромбоз ложного канала развился во всех случаях. Пациентам после операции Borst с коррекцией II типа выполнялось этапное протезирование торакоабдоминального отдела аорты. Выводы и Рекомендации: Очевидной является тенденция перехода к более радикальным вмешательствам при расслоении всей аорты. Так, операция Borst с имплантацией «хобота» в истинный канал при отсутствии значимых фенестраций в нисходящей грудной аорте ассоциирована с высокой вероятностью тромбоза ложного канала в нисходящей грудной аорте. При остром расслоении (особенно с мальперфузией), а также при наличии крупных фенестраций в нисходящей грудной аорте у пациентов с подострым и хроническим расслоением предпочтительны гибридные варианты лечения (операции Frozen Elephant Trunk и гибриды II типа). В то же время по-прежнему актуальным методом лечения у молодых сохранных пациентов (особенно при наличии дисплазии соединительной ткани) является традиционное этапное вмешательство (операции Borst и Crawford), при этом на первом этапе возможно выполнение резекции интимы в дистальном анастомозе. Протезирование полудуги или дуги аорты в настоящее время выполняются значительно реже, как правило при расслоении, заканчивающимся в нисходящей грудной аорте или в случае развития ретроградного расслоения после первичной реконструкции нисходящей грудной или торакоабдоминальной аорты.



966. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

*Кочергаев О.В., Копалин А.А., Дразнин В.И.,
Котыкин В.А.*

Самара

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Самарской области "Самарская
городская клиническая больница №2 имени
Н.А.Семашко"

Введение. Опыт применения современных технологий освещается недостаточно широко. В литературе описываются в основном случаи из практики, и опыт не носит характер системного анализа. (Sise M.J. et al., 2013, Zarour A. et al., 2013). Цель исследования. – улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой травмой груди, в том числе при политравме. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 223 пострадавших с тяжелыми травмами груди в травмоцентре Самарской городской клинической больницы №2 имени Н.А.Семашко в период с 2013-2016годы. Повреждения при закрытой травме оценивались по шкале(ISS). Средние значения составили 25-35 баллов. В диагностическом процессе активно применяли спиральную компьютерную томографию(196 пострадавших). С целью корректного сравнительного анализа были сформированы две группы: контрольная(47 пострадавших) и основная(44 пациента). В контрольной использовался рутинный подход к диагностике и лечению(дренирование и торакотомия). В основной группе применялась видеоторакоскопия. Всего выполнено 44 видеоторакоскопии(20,56%). В 19 случаях она выполнялась при ранениях(открытых повреждения) и в 25 - при закрытых травмах груди(политравме). В абсолютном большинстве случаев(в92%) торакоскопия носила лечебно-диагностический характер. Основным ее преимуществом было быстрое и эффективное устранение гемоторакса и остановка кровотечения. (в 42 случаях). Его объем составлял от 300 мл до 1,4литра. В 10 случаях кровотечение носило интенсивный характер и для его остановки приходилось осуществлять конверсию. При сложных переломах грудного отдела позвоночника и множественных переломах ребер (7 наблюдений) важно определить источник кровотечения в плевральную полость. От правильно выбранной хирургической тактики зависит жизнь пострадавшего. И основную роль здесь играет видеоторакоскопия. В случаях сочетанных травмах или ранения груди(27 пострадавших) и живота видеоторакоскопия по-

зволяла быстро и объективно оценить состояние диафрагмы. В случае обнаружения разрыва диафрагмы(8 пациентов) дополнительно производилась лапароскопия. У всех пациентов потребовалось выполнение лапаротомии. В ходе этих оперативных вмешательств осуществлялось восстановление целостности диафрагмы. В 8 случаях имелись тяжелые ранения шеи. Состояние этих в момент поступления было крайне тяжелым, с неустойчивой гемодинамикой и неэффективным дыханием. Оперативное вмешательство носило неотложный характер. Осуществляли коллотомию, выделение магистральных сосудов и остановку кровотечения с наложением сосудистого шва. Далее осуществляли ревизию пищевода и заднего средостения. После стабилизации состояния у 4 пострадавших произведена видеоторакоскопия. В ходе ее выполнения у трех пациентов выявлен цервико-абдоминальный характер ранения. Заключение. Как показали результаты проведенного исследования, летальность в контрольной группе составила 29,2%. Напротив - в основной, она составила 16,7%.

967. УСКОРЕННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЁГКИХ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ОДНОЦЕНТРОВОЕ НЕРАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Есаков Ю.С., Печетов А.А., Хлань Т.Н.,
Раевская М.Б., Сизов В.А.*

Москва

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

Актуальность. Внедрение протоколов ускоренной и улучшенной реабилитации в течение более 20 лет показало свою клиническую и экономическую эффективность в разных областях хирургии. Тем не менее до сегодняшнего дня остаётся широко обсуждаемой проблема внедрения программы ускоренной реабилитации в группах пациентов высокого риска периоперационных осложнений. В настоящей работе представлены результаты применения концепции ускоренной реабилитации у пациентов после анатомических резекций лёгкого. Методы. Одноцентровое проспективное нерандомизированное исследование проведено в период с декабря 2014 по декабрь 2016 г. По общему протоколу прошли лечение 124 пациента, исключено из исследования 58 пациентов, которым выполнены не анатомические резекции лёгких или пнев-



монэктомия. Таким образом проанализированы результаты лечения 66 пациентов с медианой возраста 61 (51; 67) год. Соотношение мужчин и женщин 37/29. Операции в объёме лобэктомии (n=55) и сегментэктомии (n=11) выполнены по поводу рака лёгкого, метастатического поражения и различных воспалительных заболеваний в 53 (80,3%), 8 (12,1%) и 5 (7,6%) наблюдениях соответственно. Степень анестезиологического риска оценивали по шкале ASA: II (16), III (46), IV (4). Соотношение видео-ассистированных и открытых операций составило: 42 (63,6 %) / 24 (36,4 %). Основной протокол включал: предоперационно – мультидисциплинарное обследование и консультация хирургом анестезиологом и реаниматологом на амбулаторном этапе, обучение и проведение побудительной спирометрии на дооперационном этапе, отказ от предоперационного голодания, углеводная нагрузка за 2 часа до операции, профилактика бактериальных и тромбоэмболических осложнений; интраоперационно – цель-ориентированная инфузионная терапия, рациональное использование вазопрессоров, протективная вентиляция лёгких, рандомизированный выбор проводниковой анестезии (паравертебральный/эпидуральный блок) как компонент протокола мультимодального обезболивания в интра- и послеоперационном периоде, поддержание нормотермии; послеоперационно – немедленная или ранняя экстубация, раннее (1-е сутки) начало питания и активизация (вертикализация) пациента; удаление плевральных дренажей при аэростазе и выделении менее 250 мл на 1-2 сутки, контроль эффективности обезболивания по визуально-аналоговой шкале боли, внутренний аудит протокола. Результаты. Пациенты были информированы обо всех этапах хирургического лечения и реабилитации в письменном виде. Послеоперационные осложнения в срок до 30 суток после операции зарегистрированы у 5 (7,6 %) пациентов из 66 [95%ДИ: 3,3 % - 16,5 %]. Дренаж из плевральной полости удалён на 1-е сутки после операции у 49 (74,2 %) пациентов из 66. У 3 пациентов была зафиксированная длительная недостаточность аэростаза, кпированная на фоне консервативного лечения. Общая летальность составила 2 (3 %) из 66 [95%ДИ: 0,8 % - 10,4 %] и была связана с ТЭЛА и внезапной коронарогенной смертью. Медиана послеоперационного стационарного лечения составила 7 (6; 9) суток без статистически значимых различий между пациентами в группе лобэктомии и сегментэктомии (p>0,05). Заключение. Внедрение протоколов ускоренной реабилитации в торакальной хирургии показало свою безопасность и эффективность. Дальнейшие исследования необходимы для обоснования ранней реабилитации пациентов с высоким риском развития периоперационных осложнений.

968. ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКОГО СОСТАВА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОНОЦИТОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Медведев А.Ю. (1,2), Здзитовецкий Д.Э. (1), Савченко А.А. (2), Борисов А.Г. (2), Гвоздев И.И. (2)

Красноярск

1 ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия
2 ФГБНУ Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»

Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее распространенных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. При ОП запускается каскад воспалительных реакций, затрагивающий все системы организма и приводящий к значительным сдвигам в гомеостазе, развитию системного воспаления и к полиорганной недостаточности. Одной из клеточных популяций, принимающих активное участие в воспалении, являются моноциты. На основании функциональной активности и экспрессии ряда поверхностных антигенов, циркулирующие моноциты можно подразделить как минимум на две популяции. Клетки, экспрессирующие только CD14, принято называть «классическими моноцитами» в норме они составляют до 95% от общего числа циркулирующих моноцитов. Моноциты, обладающие фенотипом CD14^{low}CD16⁺, определяются как «неклассические». Увеличение количества последних имеет место при различных патологических процессах, включая сепсис, острые и хронические воспалительные заболевания вирусной и бактериальной этиологии и т.д. Среди функциональных проявлений моноцитов, важную роль играет респираторный взрыв, который реализуется в виде синтеза первичных и вторичных активных форм кислорода (АФК). Патогенез ОП характеризуется преждевременной активацией и высвобождением ферментов поджелудочной железы, токсически воздействующих на моноциты, что приводит к изменению их функциональной активности. Цель исследования: изучение особенностей фенотипического состава и функциональной активности моноцитов крови при ОП. Обследовано 33 больных ОП средней и тяжелой степени тяжести. В качестве контроля обследовано 35 здоровых людей аналогичного возрастного диапазона. Исходную степень тяжести состояния больных определяли по шкале SAPS II. Для оценки тяжести ОП и прогноза развития заболевания применяли шкалу



критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе. Наличие и степень выраженности полиорганной недостаточности исходно и в динамике определяли по шкале SOFA. Исследование фенотипа моноцитов крови проводили методом проточной цитометрии. Уровень фагоцитоза моноцитов определяли методом проточной цитометрии с помощью FITC-меченного стафилококкового белка А. Подсчитывали процент флуоресцирующих моноцитов (определяли как фагоцитарный индекс) и средний уровень флуоресценции клеток (фагоцитарное число). Показатели фагоцитоза определяли как в общей фракции моноцитов, так и в отдельных субпопуляциях. Состояние респираторного взрыва моноцитов исследовали с помощью хемилюминесцентного анализа. Использовали два индикатора (люцигенин и люминол) для оценки уровня синтеза первичных и вторичных АФК. У больных ОП установлены изменения в субпопуляционном составе моноцитов в крови и их функциональной активности, которые определяются увеличением количества провоспалительных клеток в крови при сохранении содержания «классических» и «неклассических» фракций на уровне контрольного диапазона. Предполагается, что высокое содержание провоспалительных моноцитов формирует патогенетическое «кольцо», характеризующее положительную взаимную стимуляцию местного и системного воспаления, что и определяет низкую эффективность противовоспалительной терапии ОП. Особенности функционирования моноцитов у больных ОП определяются снижением фагоцитарной активности и понижением интенсивности респираторного взрыва. Снижение фагоцитарной активности моноцитов выявляется для всех субпопуляций клеток. Понижение интенсивности респираторного взрыва моноцитов при ОП определяется низким фоновым и индуцированным синтезом первичных и вторичных АФК. При этом у больных ОП выявляется дисбаланс в метаболических резервах моноцитов для синтеза первичных и вторичных АФК, который может формироваться как за счет патологического влияния на клетки высокого уровня панкреатических ферментов в крови, так и за счет повышения концентрации провоспалительных цитокинов. Субпопуляционный дисбаланс моноцитов и снижение их функциональной активности при ОП может являться иммунопатогенетической основой для развития панкреонекроза и сепсиса.

969. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВЕНТИЛЯТОРАССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Матвеев А.С., Потапов А.Ф., Игнатъев В.Г., Гаврильев С.Н., Семенов Д.Н., Дягилева Т.С.

Якутск

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова

Вентиляторассоциированная пневмония (ВАП) является одним из наиболее частых видов нозокомиальных инфекций у больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). У пациентов ОРИТ ВАП развивается с частотой от 15 до 65% [Гельфанд Б.Р., 2016]. Это инфекционное осложнение остается частой причиной смерти госпитализированных больных, значительно увеличивая длительность и стоимость стационарного лечения [Проценко Д.Н., 2014]. Летальность при развитии НП составляет 20–50% в зависимости от основного заболевания, возбудителя и адекватности лечебной тактики. Цель исследования: Изучить частоту развития и этиологической структуры ВАП у больных с нозокомиальной интраабдоминальной инфекцией, находящихся в ОРИТ. Материалы и методы: Частота развития ВАП у больных с нозокомиальной интраабдоминальной инфекцией, по нашим данным, встречается у 46,2% (61 больной). При детальном изучении микробиологической структуры и резистентности к антибактериальным препаратам у больных с ВАП обнаружены следующие данные: преобладающей флорой являются неферментирующие грамотрицательные бактерии *Pseudomonas aeruginosa* (35,9%) и *Acinetobacter baumannii* (14,6%). Из грамположительной флоры лидирует *Staphylococcus aureus* (11,2%). При нозокомиальной интраабдоминальной инфекции, осложненное ВАП до 34,4% встречаются микробные ассоциации. Чаще встречается ассоциация неферментирующих грамотрицательных бактерий и грамотрицательные бактерии из семейства *Enterobacteriaceae* до 61,9% (*E.coli* – 28,6%, *Klebsiella spp.*–19,0%, *E.agglomerans*–14,3%), грамположительными бактериями – 33,3% (*St. aureus* – 28,6%, *CoNS* – 4,7%) и грибами в 4,7% случаев. При дальнейшем изучении антибиотикорезистентности выделенных культур выявлено, что у *Ps. aeruginosa* и *Acinetobacter spp.* отмечаются высокая резистентность к пенициллинам (98,2%), цефалоспорином III, IV поколения (88,4%), ципрофлоксацину (88,8%). У синегнойной инфек-



ции сохраняется чувствительность к карбапенемам в 94,6%, Амикацину в 63,6%, а у *Acinetobacter* spp. к Сульперазону в 67,4%. Выводы: ВАП является одним из частых и грозных осложнений нозокомиальной интраабдоминальной инфекции, и встречается в 46,2% случаев. Смертность при присоединении ВАП увеличивается до 67% и зависит от тяжести течения и этиологического фактора. Препаратами выбора при синегнойной инфекции остаются карбапенемные антибиотики и аминогликозиды III поколения, при ацинетобактерной инфекции – сульперазон и карбапенемные антибиотики.

970. АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ PSEUDOMONAS AERUGINOSA В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Матвеев А.С., Потапов А.Ф., Игнатьев В.Г., Семенов Д.Н., Гаврильев С.Н., Дягилева Т.С.

Якутск

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова

Мониторинг структуры и резистентности к антибиотикам госпитальной микрофлоры является одним из обязательных условий повышения эффективности этиотропной терапии. Цель исследования - изучение чувствительности нозокомиальных штаммов *Pseudomonas aeruginosa*, выделенных у больных отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) специализированного экстренного стационара Республики Саха (Якутия). Материалы и методы исследования. Проведено бактериологическое исследование штаммов *Pseudomonas aeruginosae*, выделенных из биологических сред 75 больных, находившихся на лечении в ОАРИТ. У 61 больного имелась хирургическая инфекция, у 14 – инфекция мочевыводящих путей. Микробиологическому исследованию подвергали перитонеальный экссудат, мочу и содержимое операционной раны. Антибиотикочувствительность микроорганизмов определяли диско-диффузионным методом на плотной питательной среде с использованием стандартных дисков с противомикробными препаратами - цефтазидимом (CAZ), имипенемом (IMP), меропенемом (MER), гентамицином (GEN), амикацином (AMK), цефоперазоном (CFR), азтреонамом (ATM), тобрамицином (TOB), ципрофлоксацином (CIP), и карбенициллином (CAR). Внутренний контроль качества осуществляли с использованием контрольных штаммов *Pseudomonas aeruginosa*

ATCC 27853.

Результаты: *Pseudomonas aeruginosa* обнаружен в 75 пробах, что составило 24,3% от всех выделенных микроорганизмов. Наиболее часто микроорганизм выделялся из содержимого брюшной полости (57,3%), с раневой поверхности (21,3%) и мочи (18,6%). В виде монокультуры выделена в 30,6%, в ассоциации с грамотрицательной флорой - 50,7%, грамположительной – в 8% и как компонент комбинированной флоры - 5,3% микробиологических исследований. Резистентность *Pseudomonas aeruginosa* к CAZ выявлена в 47,8% случаев, к IMP - 32,8%, MER - 29,8%, GEN – 92,5%, AMK – 41,4%, CFR – 88,5%, ATM - 84,6%, TOB - 100%, CAR - 100%, CIP – 96,9%. Резистентность ко всем тестируемым препаратам отмечена у 14 (18,6%) образцов. Выводы: По микробиологическим данным, в экстренной хирургии карбапенемы и аминогликозиды остаются наиболее эффективными препаратами для лечения больных, осложненные госпитальными штаммами *Pseudomonas aeruginosa*.

971. СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Котькин В.А.

Самара

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области "Самарская городская клиническая больница № 2 имени Н.А.Семашко"

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний ОКН занимает одно из первых мест, частота ее составляет 1,2-4,3%, а удельный вес среди острой хирургической патологии от 9,4-27,1%. Ориентировочно за год заболевают 20-25 человек на 100 тыс. населения. Летальность достигает более 20% (Савельев В.С. и соавт., 2013, Зубарев П.Н. и соавт., 2014). Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов лечения пациентов с кишечной непроходимостью и определить пути рациональной хирургической тактики. Материалы и методы лечения. В работе изучены результаты лечения 461 больных с кишечной непроходимостью различной этиологии, находившихся на лечении в стационаре в период с 2012 по 2016 гг. Исследуемые пациенты разделены на две группы: 1. Кишечная непроходимость опухолевой этиологии (246 пациентов); 2. Неопухолевая кишечная непроходимость (215 человек). Средний возраст составил 69,2 года. Преобладали женщины (67%).



В диагностике активно использовали современные лучевые технологии: спиральную компьютерную томографию, цифровую рентгенографию, ультразвуковое сканирование брюшной полости. Результаты работы. В стратегии лечения в работе придавалось консервативной терапии. Именно от ее рационального применения свыше 50% пациентов (500 человек), поступивших с острой кишечной непроходимостью удалось пролечить консервативно. А у 461 больного проведено оперативное вмешательство. В группе оперированных больных летальность составила 22,9%. В ее основе тяжелая соматическая патология, запущенный опухолевый процесс, возраст. В оперативном лечении авторы придерживались определенных принципов: 1. при подозрении на странгуляцию выполняется неотложное оперативное вмешательство. 2. Наличие признаков перитонита является показанием к неотложному вмешательству. 3. Назогастроинтестинальная интубация кишечника при декомпенсированной кишечной непроходимости. 4. При обтурационном характере (опухоль) выполняется обструктивная резекция с формированием колостомы. 5. При наличии некроза кишки или участков с сомнительной жизнеспособностью производится резекция с выполнением: анастомоза, энтеростомы, колостомы. 6. Опухоль (в зависимости от тяжести состояния) удаляется максимально радикально. Разработанная тактика позволила обосновать стратегию лечения: 1. Обширную резекцию тонкой кишки предпочтительно завершать наложением анастомоза. 2. Межкишечный анастомоз рекомендуем при странгуляционной непроходимости. 3. Концевая илеостома показана при выраженных изменениях в стенке кишки и ее дилатации. 4. Еюностомия по Майдлю показана при большом риске несостоятельности межкишечного анастомоза. 5. Стратегия «second look» занимает обязательное, важное место при лечении «тяжелых случаев спаечной непроходимости». 6. Повторную операцию с еюностомой следует планировать в зависимости от состояния пациента (в среднем 4-7 дней). 7. Назогастроинтестинальную интубацию выполнять необходимо при выраженной тонко-кишечной непроходимости. 8. При опухолевой непроходимости объем оперативного лечения должен быть «по возможности» максимальным (радикальным). Выводы. Применение разработанной хирургической тактики и стратегии позволило дифференцированно подходить к лечению каждого пациента и улучшить результаты лечения.

972. РОЛЬ НУТРИЕНТОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Меджидов Р.Т., Насибова У.А., Султанова Р.С.

Махачкала

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" МЗ РФ

С каждым годом возрастает число больных с синдромом механической желтухи (СМЖ), особенно на почве опухолевой обструкции. При тяжелой форме СМЖ многие хирурги рекомендуют придерживаться двухэтапной тактики лечения данных пациентов. Нередко при опухолевой обструкции билиарного тракта (БТ), первый этап – декомпрессия БТ оказывается окончательным вариантом лечения и в связи с чем под наблюдением специализированных клиник временно либо постоянно находятся достаточное количество пациентов с полным наружным отведением желчи. Желчь, как известно, является важнейшим компонентом пищеварительного процесса. Кроме того желчь вместе с панкреатическим соком поддерживает щелочную среду в двенадцатиперстной кишке (ДПК), за счет чего и во многом, регулируется запирательная функция пилорического жома. Таким образом, желчь и панкреатический сок регулируют пищеварение и моторно-эвакуаторную функцию (МЭФ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При потере их возникают функциональные и морфологические изменения со стороны ЖКТ, а также водно-электролитные нарушения, которые зачастую приводят к гиповолемическому шоку. Особенно данные нарушения заметны при дистальной обструкции БТ, когда в ДПК не поступает и панкреатический сок. При длительном наружном отведении желчи пациенты истощаются, возникают глубокие местные и общие морфо-функциональные изменения, и поддержка нутритивного статуса пациентов в данной ситуации имеет чрезвычайно важное практическое значение. Во многих случаях предлагают пациентам употреблять собственную желчь. Однако, сразу после декомпрессии БТ рекомендовать пить желчь нельзя, поскольку она несет токсический характер. Во многих случаях эта процедура осуществляется пациентами не совсем охотно, зачастую отказываются от приема желчи. Цель исследования. Определить суточные потери составляющих желчи и панкреатического сока для адекватной нутритивной поддержки пациентов с СМЖ опухолевого генеза после наружной декомпрессии БТ.



Материалы и методы. Проанализирован опыт диагностики и лечения 188 пациентов с СМЖ опухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении и под последующим наблюдением в клинике общей хирургии с лучевой диагностикой ГБОУ ВПО «Даггосмедакадемия» МЗ РФ за последние 10 лет. Возраст пациентов колеблется от 45 до 86 лет. Мужчин было 112(59,5%), женщин – 76(40,5%). СМЖ был обусловлен дистальной обструкцией БТ на почве периампулярной опухоли. Уровень обструкции БТ определяли путем проведения МРТ- халангиопанкреатография в 3д-реконструкции (рис 1). Декомпрессия билиарного тракта центральным доступом (холецистостома под УЗ-наведением, из мини-доступа, под видеолaparоскопическим контролем) была выполнена 137(72,8%) пациентам, а проксимальным (ЧЧХС) – 51(27,2%) больному. У всех пациентов был СМЖ средней тяжести и тяжелой степени. Для исследования собирали суточное количество желчи, отделяемое по дренажу. Один литр желчи приравнивали к 1 кг. Панкреатический сок для исследования брали у пациентов, которым была выполнена ПДР с наружным отведением панкреатического сока. Один литр панкреатического сока приравнивали к 1 кг. Полученные результаты статистически обработаны с помощью программы «Statistica-6» фирмы StatSoft 1 ne. Применялись : описательная статистика, сравнения средних величин с расчетом t-критерия Стьюдента, использовались критерий Манна-Уитни и критерий χ^2 . Различия считались значимыми при $p < 0,05$. Результаты и их обсуждения. Основные компоненты желчи и панкреатического сока общеизвестны и приведены в литературе. Однако, проведенные нами исследования показали, что в желчи и панкреатическом соке содержится ряд микроэлементов, которые не обозначены в литературе. при полном наружном отведении желчи происходят значительные потери компонентов желчи и при их не поступлении в организм парентерально либо энтерально происходят клинически значимые изменения в системе пищеварения и в целом организме. Прослеживается также весьма интересная закономерность в динамике потерей компонентов желчи. В первые сутки после декомпрессии БТ количество теряемых компонентов желчи меньше, чем в последующие сутки. По-видимому, данные явления объясняются тем, что у пациентов с СМЖ, как правило, имеется печеночная недостаточность с нарушением выделительной функции. Особенно значительные потери имеет место среди желчных кислот, белков, трансцеллюлярной жидкости, калия, натрия, кальция, хлора, бикарбонатов, магния, лития. В условиях отсутствия желчных кислот не происходит эмульгирования жиров и всасывания жирных кислот. Следовательно, при полном наружном от-

ведении желчи возникает существенное ремоделирование пищеварения и имеется острая необходимость в нутритивной поддержке пациентов данной категории. Нами также был изучен состав панкреатического сока, поскольку при дистальной обструкции БТ (периампулярные опухоли) он не поступает в ДПК и не участвует в пищеварении. Следовательно имеет место значительное ремоделирование пищеварения, в связи с отсутствием в ЖКТ панкреатического сока. необходимыми для пищеварения и для организма в целом являются такие электролиты и микроэлементы, как: натрий, калий, кальций, цинк, марганец, кадмий, магний и литий. Кроме того, при дистальной обструкции БТ имеет место дефицит белков и воды. Панкреатический сок имеет высокую концентрацию бикарбонатов, которые обуславливают его щелочную реакцию. Его pH колеблется от 7,5 до 8,8. В соке содержатся хлориды натрия, калия и кальция, сульфаты и фосфаты. Ионы кальция, входящие в состав ос-амилазы, обеспечивают устойчивость фермента при изменении pH среды и ее температуры, а так же препятствуют его гидролизу под влиянием протеолитических ферментов. Самым значимым обстоятельством в изменении модели пищеварения у пациентов с дистальной опухолевой обструкцией БТ является отсутствие в кишечнике ферментов панкреатического сока. Их количество также нами было исследовано в панкреатическом соке отделяемом по «каркаскому» дренажу пациентов перенёвших ПДР. Таким образом, при дистальной опухолевой обструкции БТ в ДПК не поступает трансцеллюлярная жидкость и его компоненты в значительном количестве. Это все способствует изменению модели пищеварения и в связи с этим значительным местным и общим функциональным и структурным изменениям организма пациентов с СМЖ на почве дистальной опухолевой обструкцией. Заключение. При наружном отведении желчи пациентов с СМЖ наступает значительный дефицит компонентов желчи и если это на фоне дистальной обструкции БТ, то имеет место и недостаточность компонентов панкреатического сока. В связи с этими нарушениями возникает ремоделирование пищеварения и необходимость в нутритивной поддержке пациентов.



973. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ, БАКТЕРИЙ ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Матвеев А.С., Потапов А.Ф., Игнатьев В.Г.,
Гаврильев С.Н., Семенов Д.Н., Дзягилева Т.С.,
Чурустаева Т.Ю.

Якутск

Медицинский институт Северо-Восточного
федерального университета
имени М.К. Аммосова

Одним из грозных осложнений раннего послеоперационного периода при экстренной хирургической абдоминальной патологии является нозокомиальная интраабдоминальная инфекция (НИАИ), частота которой увеличилась до 47%. Ее развитие усугубляет течение болезни, удлиняет сроки лечения, ухудшает прогноз и увеличивает стоимость лечения (Гельфанд Б.Р., Гельфанд Е.Б., 2015). Целью данного исследования явилось выявление этиологии нозокомиальной интраабдоминальной инфекции у больных хирургического ОРАИТ и оценка антибиотикорезистентности. Методы и материалы: Всего выделено 386 штаммов возбудителей нозокомиальных инфекций, из них: 231 (59,8%) образцов биологического материала с перитонеального экссудата (интраоперационно брали содержимое брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства и желчь); 89 (23,1%) – содержимое трахеобронхиального дерева; 22 (5,7%) – из крови; 25 (6,5%) – раневое отделяемое и мазки раны и 19 (4,9%) – из мочи. В 117 (46,6%) исследованиях выделена монокультура, в 134 (53,4%) – микробные ассоциации. Двухкомпонентные микробные ассоциации выделены в 104 (41,4%), трехкомпонентные 29 (11,6%) и четырехкомпонентные – в 1 (0,4%) пробах. Грамотрицательная флора составила 73,8%, грамположительная флора – 20,4% и грибы рода *Candida* spp. – 5,8%. Наиболее частым возбудителем нозокомиальной инфекции, по нашим данным, является неферментирующая грамотрицательная бактерия *Pseudomonas aeruginosa*. А из грамположительной флоры – *Staphylococcus aureus* – 8,0%. Частота выделения оксациллинрезистентных штаммов (MRSA) достигает до 61,3%. А энтерококки представлены 2 видами (*E. faecalis* 3,6% и *E. faecium* 6,2%) и составляют 9,8%. Инфекционные осложнения, вызванные кишечной группой бактерий, встречается до 32,4% случаев, и представлены разными видами: *E. coli* (15,0%); *Klebsiella pneumoniae* (8,0%);

Enterobacter agglomerans (5,9%); *Serratia* spp. (1,0%); *Proteus* spp. (1,8%) и *Citrobacter* spp. (0,7%). Проведен детальный анализ выделенной микрофлоры: неферментирующие грамотрицательные бактерии *Pseudomonas aeruginosa* (30,3%), *Acinetobacter* spp. (12,7%); бактерии из рода *Enterobacteriaceae*: *E. coli* (16,2%), *Klebsiella* spp. (7,0%), *Enterobacter agglomerans* (3,9%), *Proteus* spp. (2,2%), *Serratia* (1,7%), *Citrobacter* spp. (0,9%); грамположительные аэробные кокки: *Enterococcus* spp. (13,6%), *Staphylococcus* spp. (4,4%) и дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. (7,0%). Превалирующей флорой является неферментирующая грамотрицательная бактерия – синегнойная палочка. *Pseudomonas aeruginosa* оказался самым частым микроорганизмом, который встречался в ассоциации с другими микробами – в 55 (75,3%) случаев из 73. Следует отметить, что *Ps. aeruginosa* чаще выделяется в ассоциации, чем в монокультуре – из 69 штаммов выделенных из брюшной полости, 55 заняли свое место в микст-инфекциях, тем самым утяжеляя состояние больных. В ассоциациях чаще определяется в 3-компонентных: 16 раз из 20, в единственном 4-компонентном случае тоже фиксировалось и в 2-компонентных до 31 случае из 45. Второе место занимает кишечная палочка (21/37), *Enterococcus* spp. (20/31) и *Acinetobacter* spp. (14/29). Выводы: Нозокомиальная интраабдоминальная инфекция является полиэтиологичным. Превалирующими бактериями являются НФГОб – *Pseudomonas aeruginosa* и бактерии из семейства *Enterobacteriaceae*.

974. ТКАНЕИНЖЕНЕРНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕННОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Дюжева Т.Г. (1), Люндуп А.В. (1),
Клабуков И.Д. (1), Крашенников М.Е. (1),
Тенчурин Т.Х. (2), Шепелев А.Д. (2),
Балясин М.В. (1), Демченко А.Г. (1),
Титов А.С. (1), Чвалун С.Н. (2)

Москва

1) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Институт регенеративной медицины 2) НИЦ «Курчатовский институт»

Актуальность. Интраоперационные травмы желчного протока при холецистэктомии являются серьезным осложнением со стабильно высокой частотой: от 0,05 до 0,2% при открытой операции и до 2,7% - при лапароскопической холецистэктомии. Реконструктивные операции (гепатикоэю-



ностомия) остаются основным методом лечения при пересечении и иссечении желчного протока. Многочисленные предложения по восстановлению его проходимости с помощью естественных трансплантатов или пластиковых/металлических стентов не позволяют добиться долгосрочного положительного результата. Однако современные технологии регенеративной медицины позволяют на новом уровне рассмотреть возможность выполнения восстановительных операций. Цель. Разработка трубчатой тканеинженерной конструкции из биосовместимых и биоразлагаемых материалов с клеточным покрытием для восстановления поврежденного желчного протока. Материал и методы. Из сополимеров молочной и гликолевой кислот с поликапролактоном методом электроформования изготовлены несколько вариантов биосовместимого биоразлагаемого материала и созданы трубчатые каркасы конструкции. Все образцы были охарактеризованы, изучены их структура, физико-механические свойства, определены их краевые углы смачивания. Проведена модификация (функционализация) материала конструкции с использованием ростового фактора EGF и препарата «Неоваскулген». При изучении образцов использовалась оптическая, атомно-силовая и сканирующая электронная микроскопии. Для скрининга биологических свойств матриксов использовали клеточные линии MCF-7 (эпителиальная линия опухолевых клеток человека с характеристиками дифференцированного эпителия) и ЗТЗ/НИН (линия фибробластов мыши) и МТТ-тест. Конструкции получали путем заселения каркасов эпителиоцитами желчных протоков и мезенхимальными стромальными клетками костного мозга с контролем жизнеспособности при конфокальной микроскопии. Проведены исследования механических свойств каркасов, конструкций и нативных тканей. Исследованы биологические свойства модифицированных матриксов методом биосенсорного клеточного анализа *in vitro* (прибор iCelligence, Acea Biotechnology). Проведена морфометрия количества сосудов в образцах материала, имплантированного в модельных животных. Результаты. Разработаны требования и технологические режимы для изготовления плоских образцов и трубчатых многослойных каркасов желчных протоков из биосовместимых биоразлагаемых нетканых материалов. Исследование механических характеристик подтвердило прочность сформованных каркасов и конструкций на уровне нативного желчного протока. Определены наиболее биологически пригодные полимеры и режимы получения функционализированного EGF и Неоваскулгеном материала. Выбранные материалы конструкции не были токсичными, жизнеспособность клеток в конструкции варьировала от 80% до 94%. Показано, что моди-

фицированные матриксы обладают, за счет выхода биологически активных соединений, эффектом стимуляции пролиферации культур эпителиальных клеток *in vitro* (средний клеточный индекс – 465 против 160 при использовании нефункционализированного матрикса) и васкулогенеза *in vivo*. Заключение. Разработана технология и создана модель многослойной трубчатой тканеинженерной конструкции на основе композитного каркаса из сополимеров молочной кислоты с клеточным покрытием и функционализацией материала каркаса белковыми и ДНК-молекулами. Прочностные характеристики конструкции соответствуют нативному желчному протоку, биологические – способствуют пролиферации клеток и васкулогенезу, что позволяет продолжить ее изучение для восстановления желчного протока в доклинических исследованиях по разработанному протоколу. Работа выполнена при поддержке соглашения о субсидии №14.604.21.0133 Минобрнауки РФ (уникальный идентификатор RFMEFI60414X0133).

975. МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Попов И.В. (1,3), Грушин Ю.В.(2), Джамалдинов Ф.Д.(3)

Алматы

1)ЦКБ МЦ УДП РК, 2) МЦ *In vivo*,3) SBS Med

Актуальность. Воспалительный процесс в анальном канале с вовлечением практически всех анатомических его структур может заканчиваться формированием свищевого хода. Этиологическим фактором могут быть и микротравмы данной области, в том числе и ятрогенного характера. Частота встречаемости в среднем составляет 10-15 случаев на 100000 человек. Тенденции к снижению данной патологии не прослеживаются. Для выбора лечебной тактики нужна достоверная информация о многих параметрах свищевого хода. Проводя обследование пациентов, не всегда получаешь исчерпывающий ответ на поставленные вопросы. В связи с этим в осложненных ситуациях нами применяется МРТ исследование. Материалы и методы. За период с 2011 – по 2017 год проведено МРТ исследование прямой кишки и окружающих областей 58 пациентам с осложненными формами хроническим свищем. Мужчин было 37 и 21 женщина, которым после проведения МРТ было выполнено оперативное вмешательство. Возраст колебался от 22 до 68 лет. Длительность заболевания от 1 до 18 лет. Исследования проводились



на аппарате Signa Hi-Speed с использованием фазированной катушки для всего тела. Диагностический пакет состоял из набора импульсных последовательностей для получения T1-взвешенных изображений (T1ВИ) и T2-взвешенных изображений (T2ВИ) в аксиальной плоскости, T2ВИ в сагитальной плоскости и T2ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани [T2(FS)] в косо-коронарной плоскости. Плоскость томографии устанавливалась параллельно длиннику прямой кишки. Угол наклона составлял примерно 45°. При необходимости дополнительно проводили T2(FS)-взвешенные изображения в аксиальной и/или косо-аксиальной плоскости. Систематизация данных осуществлялась с применением классификации свищей прямой кишки разработанной в университетском госпитале Святого Джеймса в Великобритании. Результаты. При оценке МРТ исследований определено, что свищевой ход и затеки хорошо визуализируются как на T2ВИ, так и на T1ВИ, а также на T2(FS)ВИ. А на T2ВИ МР-сигнал от свища был гиперинтенсивный, на T1ВИ он также чаще имел более высокую интенсивность, чем ткань запирающего аппарата прямой кишки. Свищи в 53 случаях были полными, имелось входное и выходное отверстия. А у 5 пациентов неполными, когда имелось только входное отверстие 3, у двух больных параректальные без внутреннего в прямой кишке. Межсфинктерный свищ II степени диагностирован в 16 случаях. Характеризовался тем, что полость абсцесса была расположена в межсфинктерном пространстве и имела форму «подковы». Транссфинктерные свищи прямой кишки III степени встречались чаще - у 25 пациентов. Отношение свищевого хода к наружному жому было разным: ход мог идти через подкожную порцию сфинктера, через поверхностную, а также через глубокую порцию. Из них у 9 больных проникали через оба сфинктера в область ишиоректальной или пельвиоректальной ямок и открывались на коже. Плюс к этому в 6 случаях верифицированы затеки в паховую, ягодичную, крестцовые области с несколькими разветвлениями свищевых ходов. Транссфинктерный свищ (IV степень) с формированием абсцесса и хода в ишиоректальную ямку выявлен у 12 пациентов. Свищевой ход огибал наружный сфинктер и распространялся далее в область ишеоректальной, ретроректальной или пельвиоректальных областей, где образовывалось локальное скопление гноя, от которого шел вторичный свищевой ход и не один. Для данных свищей характерно наличие длинного извилистого хода, обнаруживались гнойные затеки (у 2 больных соустье затеков отдельны ходом с влаглищем), рубцы. V степень диагностирована в 5 случаях, это над или транслеваторные свищи, абсцессы. Приходилось проводить диф диагностику их с пресакральными

кистами, абсцессами предстательной железы, парауретральными абсцессами. Все пациенты оперированы. Рецидивов 3 случая, они относились к IV и V степеням свищевых ходов. В одном случае после сегментарной проктопластики произошел некроз лоскута и образовалась подслизистая полость. Во втором прорезывание швов и рецидив свища, но имевшиеся полости закрылись. В третьем случае при первичной оценке результата не диагностировано внутреннее отверстие, в том числе и интраоперационно с применением красителей. Полость затека находилась в крестцово-поясничной области и была расценена как вскрывшаяся пиелонидальная киста. Детальный пересмотр до операционных снимков выявил скрытый узкий надсфинктерный ход с внутренним отверстием у проксимального края ануса. Повторные операции с хорошим результатом. Заключение. МРТ превосходит все другие методы визуализации в оценке сложных свищей прямой кишки. Способность МРТ адекватно классифицировать их до операции помогает в планировании операции. Эффективность МРТ доказывает отображение на томограммах анатомической картины, которая отражает топографию и позволяет точно локализовать патологический процесс. МРТ обеспечивает детальное определение локализации, длины и ширины свищевого тракта, его отношение к тазовым органам и тканям, а также позволяет выявить вторичные свищи или скрытые затеки. Рекомендации. МРТ считается методом выбора для предоперационной визуализации сложной категории свищей прямой кишки. Дает высокоточную информацию, необходимую для выбора хирургической тактики.

976.ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ В СОВРЕМЕННОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Чикин А.Е.(1), Кубачев К.Г.(2), Мусинов И.М.(1),
Качесов Э.Ю.(1), Ганин А.С(1)*

Санкт-Петербург

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

Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) продолжает оставаться актуальной. Количество язвенных кровотечений не имеет тенденции к снижению, что во многом связано с широким применением антикоагулянтов и нестероидных противовоспалительных препаратов (Багненко С.Ф., 2009; 2014). Несмотря на достижения гастроэнтерологии, анестезиологии и



реаниматологии, совершенствование методов лечебной эндоскопии, общая летальность при желудочно-кишечных кровотечениях остается высокой и колеблется в широких пределах - от 3,3 до 15% (Лебедев Н.В., 2014; Ступин В.А., 2013). Основным моментом, резко ухудшающим результаты лечения ЯГДК, является возникновение рецидива кровотечения. При этом увеличение в структуре заболеваемости больных пожилого и старческого возрастов не позволяет сторонникам активной тактики улучшить результаты лечения превентивными оперативными вмешательствами, а эндоскопический гемостаз носит окончательный характер на фоне проводимой консервативной терапии далеко не у всех больных (Kahi C.J. et al., 2005; Sangj.Y. et al., 2011). Все вышеизложенное заставляет искать способы улучшения результатов лечения ЯГДК. Развитие интервенционной радиологии привело к возможности выполнения селективной эмболизации артерий желудка и двенадцатиперстной кишки, что вызывает гемостаз при кровотечениях из хронических язв (Rosales G.R. et al., 2013). За период 2012-2016 гг. в СПб ГБУЗ «Александровская больница» выполнено 75 селективных эмболизаций при ЯГДК: 41 – при кровотечении из язвы желудка и 34 - в случае кровотечения из хронической язвы двенадцатиперстной кишки. В 88% случаев наблюдалась тяжелая и крайне тяжелая кровопотеря, 46 (61%) больных относились к «группе риска» оперативного вмешательства. Все язвы локализовались в области крупных сосудов и их ветвей. Размер язвенного дефекта составлял более 2 см при язве желудка и более 1 см при язве двенадцатиперстной кишки. В 29 (39%) случаях эмболизация выполнялась при неэффективности первичного гемостаза, в 21 (28%) – при рецидиве кровотечения и у 25 (33%) больных – при высоком риске рецидива кровотечения. Эндоваскулярный гемостаз достигнут у 71 (95%) больного, при этом у 63 (84%) он носил окончательный характер. Оперативная активность составила 16%. Превентивные операции выполнены 9 больным и в 3 случаях – при рецидиве кровотечения. Послеоперационная летальность составила 25% (3 больных), общая летальность – 13% (10 больных). Таким образом, применение эндоваскулярного гемостаза позволило снизить летальность в «группе риска» оперативного вмешательства с 21% до 13%, что свидетельствует о перспективности использования методов интервенционной радиологии в комплексном лечении ЯГДК.

977. СПОНТАННЫЙ ГЕМОПНЕВМОТОРАКС – ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Золотарев Д.В., Гостищев В.К., Теляшов А.Д.

Москва

ФГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова;
ГБУЗ г. Москвы "ГКБ им. И.В.Давыдовского ДЗМ".

Спонтанный пневмоторакс в сочетании с внутриплевральным кровотечением, по данным литературы, встречается в 3% случаев. Причиной кровотечения являются поврежденный сосуд в местах отрыва спаек или повреждение стенок булл, что чаще всего имеет место в хорошо васкуляризованных верхних отделах гемиторакса. Излившаяся в свободную плевральную полость кровь может образовывать свернувшийся гемоторакс и является раздражающим фактором, вызывая, так называемый гемоплеврит. Свернувшийся гемоторакс, равно как и гемоплеврит имеет высокий риск нагноения, даже при полном расправлении легкого. Выбор лечебной тактики у больных со спонтанным гемопневмотораксом является наиболее сложным. С 2008 по 2016 гг. в отделении торакальной хирургии ГКБ им И.В.Давыдовского на лечении находилось 1992 больных со спонтанным пневмотораксом. Неинфекционные осложнения (напряженный пневмоторакс, пневмомедиастинум, гемоторакс) диагностированы в 118 (5,9%) случаях. Спонтанный гемопневмоторакс имел место в 34 наблюдениях (1,7% от общего числа больных). Буллезная эмфизема легких, как причина пневмоторакса, установлена в 24 случаях. Свернувшийся гемоторакс разного объема диагностирован у 12 больных. Во всех случаях пневмоторакс имел распространенный характер с различной степенью коллабироваия легкого. Тяжесть состояния больных определялась не только дыхательными нарушениями, но и степенью выраженности гемодинамических и волевических расстройств. Только в 6 случаях клиническая картина и лабораторные показатели крови позволили до проведения плевральной пункции (дренирования) предположить наличие крови в плевральной полости. При поступлении всем больным выполнено дренирование плевральной полости по неотложным показаниям. Видеоторакоскопия, в последующем, выполнена 27 больным. Торакоскопическое исследование во всех случаях показало, что даже при отсутствии рентгенологических признаков свернувшегося гемоторакса, в плевральной полости имеются мелкие сгустки, которые впоследствии поддерживают экссудативный компонент



с риском инфицирования. В 13 случаях в куполе гемиторакса определялся фиксированный сгусток; в 3 случаях визуализировался пульсирующий тромбированный сосуд. Диатермокоагуляция сосуда выполнялась с целью профилактики рецидива внутриплеврального кровотечения. Основной хирургический метод лечения считали: удаление гемоторакса, установление и устранения причины пневмоторакса, проведение противорецидивных мероприятий. Выполнены следующие виды операций: видеоторакоскопия, удаление гемоторакса – 16 больным; видеоторакоскопия, удаление гемоторакса с резекцией легкого – 6 пациентам; видеоторакоскопия с диатермокоагуляцией или клипированием мелких булл – 3 больным; торакотомия, резекция легкого – в 5 случаях. У четырех больных окончательным методом лечения было только дренирование плевральной полости. Показаниями к торакотомии были: продолжающееся внутриплевральное кровотечение – в 3 случаях (в одном наблюдении – кровотечение из стенки разорвавшейся буллы), пневмоторакс с синдромом компрессии – у 1 больного, большой свернувшийся гемоторакс – в 1 случае. Таким образом, торакоскопическое исследование считать обязательным при спонтанном гемопневмотораксе. Оно может быть выполнено в отсроченном порядке после первичного дренирования плевральной полости по неотложным показаниям. Торакоскопия позволяет не только установить и устранить причину гемопневмоторакса, но и адекватно санировать плевральную полость: удалить кровь и небольшие сгустки, которые всегда имеют место, даже при отсутствии рентгенологических и УЗ-признаков свернувшегося гемоторакса. Это важно в предупреждении гемоплеврита с высоким риском развития эмпиемы плевры. Показаниями к торакотомии служат продолжающееся кровотечение и некупируемый другими способами пневмоторакс.

978. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИРКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ АНАСТОМОЗОВ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ахмеров Р.Р.

Уфа, 2) Месягутово

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке сопряжены высоким риском развития послеоперационных осложнений, ведущим среди которых является

несостоятельность анастомоза, приводящая к развитию перитонита в 30-40%. При низких резекциях прямой кишки.

979. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН ПЯТОЧНОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кривихин В.Т., Кривихин Д.В., Елисеева М.Е., Бакунов М.Ю., Сырова М.С.

Видное

ГБУЗ МО ВРКБ

Введение. Лечение некротических осложнений синдрома диабетической стопы (СДС) является актуальной и сложной проблемой гнойной хирургии.

Актуальность. Развитие СДС приводит к ранней инвалидизации и высокой летальности пациентов. Несмотря на успехи развития современной медицины, по-прежнему, на больных с СДС приходится 40-60% всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера. Летальность от гнойных осложнений при СДС составляет от 6 до 22%. В хирургические отделения госпитализируются больные с СДС, имеющие сухой или влажный некроз пяточной области, зачастую с распространением гнойного процесса по ходу ахиллова сухожилия и подошвенным пространствам стопы, с наличием отека мягких тканей голени и явлениями интоксикации различной степени. Визуальные границы повреждения тканей в области стопы, как правило, не соответствуют истинному распространению гнойного процесса, существует клинически скрытый участок некроза, поэтому неадекватно проведенный объем вмешательства часто не дает ожидаемого положительного результата.

Материалы и методы. За 2015-2016 год в отделении гнойной хирургии ГБУЗ МО ВРКБ было пролечено по новой методике 38 пациентов СДС с гнойно-некротическими поражениями пяточной области (1 группа). В группу 2 вошли 32 пациента, которым выполнялась только некрэктомия на пяточной области. Всем пациентам проводилась комплексная консервативная терапия, включающая в себя, компенсацию углеводного обмена, антибактериальную терапию по результатам микробиологического исследования, противовоспалительную терапию, дезинтоксикационную терапию, реотропную терапию. В каждой группе использовались различные варианты полной и частичной разгрузки поврежденной конечности.



Лечение пациентов группы 1 выполнялось следующим образом. При поступлении больного с наличием на стопе гнойно-некротических осложнений (сухой и влажный некроз) после проведения обследования, предоперационной подготовки, под региональной анестезией выполняют широкое иссечение некроза пяточной области с ревизией центрального подошвенного пространства и области ахиллова сухожилия, после контроля гемостаза, необходимо выполнить резекцию пяточной кости до уровня жизнеспособных мягких тканей. Первый этап заключается в радикальном иссечении некроза в пределах здоровых тканей. Критерием адекватной некрэктомии можно считать удовлетворительное кровотечение из раны. Второй этап – резекции пяточной кости осцилляторной пилой на уровне окружающих жизнеспособных мягких тканей. Третьим этапом производят укрытие раны остеопластическим биокомпозитным материалом в виде белых гранул - Коллапан-Л. Четвертым этапом на 5 и 8-е сутки после операции выполняют обкалывание раны коллагеновым материалом - гелем КОЛЛОСТ 7%. В послеоперационном периоде рана ежедневно обрабатывается растворами антисептиков, заживает вторичным натяжением, по возможности раневой дефект после очищения и формирования грануляционной ткани закрывается аутодермальным лоскутом. Результаты. По данным морфологического исследования, сроки очищения ран в основной группе сократились на 28,2%, ускорилось формирование грануляционной ткани на 24,2%, уменьшились сроки начала эпителизации ран на 15,8% по сравнению с традиционным методом. За 2 года из 38 пациентов к высоким ампутациям пришлось прибегнуть у 3 человек (7,89%) Выводы. Применение данной техники существенно снижает количество высоких ампутаций, ускоряет сроки реабилитации больных.

980. СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА

Столярова Л.Ю., Волкова Н.Г.

Чебоксары

БУ"Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы"

Кровотечения в прямую мышцу живота обычно являются результатом разрыва эпигастральной артерии или вены, который может возникать как от прямой травмы, так и спонтанно при напряжении (при натуживании, поднятии тяжестей, при сильном кашле и др.), нередко у пациентов, получаю-

щих антикоагулянтную терапию. Кровотечение во влагалище прямой мышцы живота может имитировать симптомы острой хирургической патологии, опухолевидного образования брюшной полости или малого таза, что может привести к выбору неверной или несвоевременной тактики лечения с неблагоприятным исходом. Приводим случай, явившийся поводом для проведения судебно-медицинской экспертизы. Пациентка Б., 69 лет, была доставлена в хирургический стационар ЦРБ с жалобами на боли в эпигастрии, отсутствие стула в течение 2 суток. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно появились тошнота, боли в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье. По поводу указанных жалоб трижды осмотрена фельдшером «скорой помощи» на дому. Выставлен диагноз: обострение хронического холецистопанкреатита. Боли проходили после инъекции спазмолитиков. От госпитализации в стационар пациентка отказывалась. Осмотрена дежурным хирургом. Состояние средней тяжести, АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 80 в мин. Живот при пальпации мягкий, слегка вздут, болезненный в левом подреберье, эпигастрии. Выставлен диагноз: Обострение хронического холецистопанкреатита. Назначена инфузионная терапия, спазмолитики. Выяснено, что пациентка 1 месяц назад перенесла эндопротезирование правого коленного сустава по поводу гонартроза 3 ст. Страдает ИБС, ожирением, сахарным диабетом, гипертонической болезнью, постоянно принимает варфарин. В ходе наблюдения в течение суток состояние больной ухудшилось, боли внизу живота усилились, появились резкая слабость, одышка в покое. Состояние тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 110 в 1 мин., АД 105/50 мм рт. ст. Нв 68 г/л. Живот мягкий, болезнен в нижних отделах, над лоном слева пальпируется опухолевидное образование больших размеров, резко болезненное. После консилиума решено провести экстренную операцию по жизненным показаниям с диагнозом: Опухоль брюшной полости, перитонит? Проведена операция – срединная лапаротомия. При ревизии - передняя брюшная стенка, предбрюшинная, забрюшинная клетчатка имбибированы кровью, сгустки удалены. В брюшной полости темная кровь во всех отделах около 400 мл, сгустков нет, алой крови нет. Патологии паренхиматозных органов, кишечника, органов малого таза не выявлено. Послеоперационный диагноз: Тупая травма живота? Предбрюшинная, забрюшинная гематома. Гемоперитониум. Через 2 часа после операции остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия были безуспешны, констатирована смерть. При судебно-медицинском исследовании обнаружены гематома передней брюшной стенки по средней линии и слева от нее без четких контуров с распространением на мышцы пе-



редней брюшной стенки (с размождением левой прямой мышцы живота), клетчатку залобкового, забрюшинного пространств, брюшную полость (400 мл), серповидную связку печени, корень брыжейки тонкого кишечника. Для решения вопросов о механизме травмы следствием была назначена комиссионная судебно-медицинская экспертиза. Судебно-медицинская экспертная комиссия на основании материалов следственной проверки и медицинских документов пришла к выводу, что смерть больной Б., 69 лет наступила от повреждения нижней надчревной артерии слева при минимальной травматизации в результате собственных действий (ходьба на костылях с дозированной нагрузкой на оперированную ногу), с образованием предбрюшинной гематомы с последующей имбибицией кровью мышц, подкожно-жировой клетчатки, кожи передней брюшной стенки, забрюшинной клетчатки. Неблагоприятным фоном явился длительный прием антикоагулянтов (варфарин) с развитием коагулопатии потребления, усугубившей геморрагический синдром.

981. ОБ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Арсюттов В.П.(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. С ежегодным ростом количества операций на органах брюшной полости продолжается рост числа больных со спаечной болезнью. Угрожающим жизни больного осложнением спаечной болезни является спаечная кишечная непроходимость. В последние годы отмечается рост числа больных со спаечной кишечной непроходимостью. Ее удельный вес составляет по данным различных авторов 60-88 % от всех видов тонкокишечной непроходимости с летальностью 13-55%. Причины образования спаек в брюшной полости многообразны. Среди них можно выделить механическую травму брюшины, высушивание брюшины воздухом, скопление крови в брюшной полости, воздействие на брюшину различных химических веществ, наличие инородных тел, местную ишемию тканей, парез кишечника, воспалительный процесс брюшины и т.д. Наиболее часто спаечная болезнь развивается после операции по поводу проникающих и тупых повреждений орга-

нов брюшной полости, непроходимости кишечника, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острого деструктивного аппендицита, гинекологических операций. Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 329 больных в возрасте от 16 до 83 лет, лечившихся по поводу спаечной кишечной непроходимости в хирургическом стационаре. Женщин было 151, мужчин – 178. Распределение по возрасту, было следующим: до 20 лет – 33(10%); 20-29 лет – 59(17,9%); 30-39 лет – 71(24%); 40-49 лет – 52(15,9%); 50-59 лет – 55(16,7%); 60-69 лет – 37(11,2%); более 70 лет – 22(6,7%). Результаты и обсуждение. У всех больных причиной развития кишечной непроходимости были перенесенные ранее операции на органах брюшной полости. У 155 больных причиной спаечной кишечной непроходимости была перенесенная аппендэктомия, гинекологические операции послужили причиной спаечной кишечной непроходимости у 81 больного, лапаротомии по поводу проникающих ранений и травм брюшной полости – у 73 больных, резекция желудка – у 37 больных, ушивание перфоративной язвы желудка и 12 – перстной кишки – у 14 больных. 131 (39,8%) больных перенесли ранее 2 и более операции. Все больные со спаечной кишечной непроходимостью жаловались на боль в животе. Причем, на схваткообразные боли указывали 244 больных. Вторым по частоте симптомом явились тошнота и рвота, которые были отмечены у 241 больного. Вздутие живота беспокоило 188 больных и неотхождение газов и стула отмечали 181 больной. При осмотре у 239 больных установлено вздутие живота, асимметрия живота выявлена у 88 больных. Шум «плеска» выявлен у 102 больных. Важным методом диагностики спаечной кишечной непроходимости является рентгенологический метод исследования. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости у 162 больных выявлены «чаши» Клойбера, у 102 больных – раздутые петли кишечника. У 42 больных, когда диагноз «острая спаечная кишечная непроходимость» был сомнителен и отсутствовали признаки странгуляционной кишечной непроходимости, применено рентгеноконтрастное исследование – пассаж бариевой взвеси по кишечному тракту (проба Шварца). У 211 больных (64,2%) на фоне спаек преобладали функционально – динамические нарушения и консервативная терапия позволила у них купировать приступ спаечной кишечной непроходимости. 118(35,8%) больным была выполнена экстренная операция. Из них у 81 больного установлена обтурационная кишечная непроходимость, у 37 – странгуляционная кишечная непроходимость. У 15 оперированных больных имелся некроз тонкой кишки. У этих больных была произведена резекция кишки. Различные послеоперационные ос-



ложнения наблюдались у 33(28,0%) больных. Ре-лапаротомии произведены 7 больным по поводу рецидива спаечной кишечной непроходимости и развития абсцессов брюшной полости. В 34 случаях операция завершена тотальной декомпрессионной интубацией тонкой кишки. В ближайшем послеоперационном периоде умерли 12(10,2%) больных.

Закключение. Таким образом, все вышеизложенное указывает на необходимость поиска новых методов профилактики формирования спаек брюшной полости в послеоперационном периоде.

982. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ СЕПАРАЦИИ КОМПОНЕНТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Абалян А.К., Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Машурова Е.В.

Ставрополь

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»,

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница»

Актуальность. Хирургическое лечение послеоперационных грыж больших размеров, ввиду большого числа послеоперационных осложнений (33%) и высокой частоты рецидивов (16-50%), остается актуальной проблемой современной герниологии. В настоящее время большинство хирургов, специализирующихся на лечении данной группы пациентов, отдают предпочтение сепарационной аллопластике передней брюшной стенки. Традиционное разделение компонентов передней брюшной стенки позволяет закрыть значительный дефект без натяжения и сетчатого имплантата. Эта техника требует большой подкожной диссекции с лигированием перфорантных сосудов, что представляет риск формирования некрозов кожи в среднем сегменте брюшной стенки, длительной экссудации и формирования жидкостных скоплений в зоне диссекции кожно-подкожного лоскута. Эндоскопическое разделение компонентов брюшной стенки, обеспечивает минимально инвазивную альтернативу открытой методике, сохраняя перфорантные сосуды и тем самым позволяет избежать раневых послеоперационных осложнений. Мы представляем наш первый опыт минимально инвазивного разделения компонентов передней брюшной стенки с ранними послеоперационными результатами. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов

с послеоперационными вентральными грыжами путём применения минимально инвазивных технологий. Материалы и методы. В отделении торакоабдоминальной хирургии Ставропольской краевой клинической больницы с 2016г. по настоящее время выполнено 3 оперативных вмешательства по технологии ECS – эндоскопической передней сепарационной аллопластики. Средний возраст пациентов составил 48,3±5,4 года. Мужчин 1 (37,5%), женщин 2 (62,5%), ИМТ-27,1+5,1 кг/м². По шкале ASA все больные до операции имели степень риска не выше III. Этиологическими факторами развития грыж являлись слабость апоневротических структур с аутопластикой в анамнезе (ДСТ гистологически верифицированная) - у 1 пациента и нагноение послеоперационной раны - у 2. Согласно SWR classification по локализации больные относились к группе Sm2, а размер грыжевых ворот соответствовал W3. Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. После выполнения герниолапаротомии, адгезиолизиса производили переднюю сепарацию компонентов брюшной стенки в соответствии с методикой ECS-teachnique (S.M. Maas). В точке 5см от края раны латерально и 5см от края реберной дуги каудально производили разрез кожи, подкожно-жировой клетчатки и апоневроза наружной косой мышцы живота до 1,5см. При помощи тупой диссекции создавали пространство между наружной косой мышцей и поперечной мышцей живота. Вводится лапароскоп и через дополнительный прокол в данной плоскости ультразвуковой скальпель (ACE Harmonic Scalpel Ethicon Endo-Surgery). Апоневроз наружной косой мышцы отсекается, отступая 2см от места прикрепления. После отсечения апоневроза необходимо продолжить диссекцию латерально, во время всей процедуры осуществляется контроль фасциальных границ левой рукой хирурга со стороны брюшной полости. Процедура выполняется билатерально. Длина отсеченного апоневроза в среднем составила 18см. После проведения ECS аугментация брюшной стенки составила в верхнем сегменте 4см, в среднем - 8см и в нижнем - 4см. Аллопластика выполнена некомпозитным имплантатом «Линтекс» 25x25см, который располагался ретромускулярно. Протез фиксировался с помощью транспоневротических швов в четырех точках: под мечевидным отростком, над лобком и латерально с обеих сторон по средне-подмышечной линии. Белая линия восстанавливалась непрерывным швом техникой частых стежков полипропиленовой нитью 2,0. Результаты. Средняя продолжительность операции передней ECS 203±7,4 мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Послеоперационные осложнения выявлены у 2 пациентов: у 1 больного – серома послеоперационной раны и гематома в



плоскости проводимой сепарации у 1. Все осложнения устранены пункционно-дренажным методом. При оценке степени внутрибрюшной гипертензии после полного ушивания передних листков интраоперационно – 8,3 мм. рт. ст., внутрибрюшное давление после пробуждения - 12,7 мм. рт. ст. Дренажи удалены на 2-е сутки. Важно отметить, что после проведения сепарации восстановить белую линию живота удалось у всех пациентов. Послеоперационный койко-день: 6+3 суток. Рецидивов за 8 месяцев наблюдения не выявлено. Выводы. Применение минимально инвазивного варианта сепарационной аллопластики передней брюшной стенки при ПОВГ считаем операцией выбора при выполнении передней сепарации, так как частота раневых осложнений ниже, а заживление послеоперационной раны лучше.

983. СПОСОБ ПРЕДБРЮШИННОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ПО NYHUS ПРИ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖАХ

Плеханов А.Н., Виноградов А.А.

Улан-Удэ

Бурятский государственный университет

Введение. Известно более 300 способов хирургического лечения паховых и бедренных грыж. В настоящее время приоритетным является принцип «ненатяжной пластики» с использованием различных синтетических материалов. В предложенной нами методике осуществляется принципиально новый подход, позволяющий устранить имеющиеся недостатки герниопластик. Цель исследования - оценка эффективности хирургического лечения больных с рецидивными и большими паховыми грыжами путём использования ненатяжного способа пластики задней стенки пахового канала по методу Nyhus. Материал и методы исследования. Нами было произведено 167 герниопластик у 143 больных паховыми грыжами. Из 167 выполненных герниопластик, 45 (27%) были выполнены по предложенной нами методике аллопластики паховых грыж (Патент РФ № 2494685). Во всех наблюдениях хирургическое вмешательство выполнялось больным с рецидивными или большими паховыми грыжами. Для аллопластики использовался сетчатый эндопротез ЭСФИЛ фирмы "ЛИНТЕКС" размерами 6x11, 8x12 см, который фиксировали по общепринятому способу узловыми или непрерывными швами. Результаты и обсуждение. Длительность операции у больных с пластикой по Лихтенштейну оказалась несколько продолжительнее, чем при предложенной нами методике.

Так в группе клинического сравнения (ГКС) она составила 63,4±14,9 мин, в 53,5±12,5 мин ($p \leq 0,05$). Длительность пребывания больных в стационаре в ГКС составила 8,4 койко-дня, в основной группе 8 койко-дней. При этом значимость различия в группах отсутствует ($p \geq 0,05$). Однако в целом реабилитация больных в основной группе проходила несколько быстрее, чем в ГКС. В обеих группах больных самостоятельные боли в ране сохранялись в течение 1-2 суток после операции. Значимые различия между группами были получены по среднему сроку нетрудоспособности больных, занятых физическим трудом. В ГКС средний срок нетрудоспособности составил 21,8 ± 2,7 дней, тогда как в основной группе - 18,6 ± 2,2 дня ($p \leq 0,05$). Использование предложенного нами способа аллогерниопластики позволило снизить количество послеоперационных осложнений. Так в ГКС и основной группе показатели СОР составили 7,9% (3,6-15,4) при ДИ-95% и САР 2,2%. Данные свидетельствуют о достоверном снижении числа осложнений при лечении больных по предложенной нами методике по сравнению с операцией Лихтенштейна. У 7 (6 %) пациентов ГКС развились послеоперационные осложнения (раневая серома). В основной группе больных осложнений не было. Отдаленные результаты были изучены в срок до 4-х лет после операции. В ГКС рецидивы заболевания были отмечены у 9 (8%) больных. В основной группе рецидивов заболевания не отмечалось. Таким образом, сущность описанного способа заключается в расположении сетчатого трансплантата из предбрюшинного доступа, что позволяет максимально высоко обработать грыжевой мешок, разобщить его культю с семенным канатиком и удалить ее из проекции глубокого пахового кольца при косых паховых грыжах. Сетка в данном случае располагается как «стопор», а не «крышка», что с точки зрения биомеханики позволяет максимально противостоять повышению внутрибрюшного давления и тем самым уменьшить риск рецидива грыж. Предбрюшинное расположение сетки минимизирует ее контакт с семенным канатиком, нервами подвздошно-паховой области, что уменьшает риск возникновения стойкого хронического послеоперационного болевого синдрома, расстройства репродуктивной функции. Полученные положительные результаты операции, отсутствие послеоперационных осложнений и рецидивов позволяют рекомендовать широкое применение данного вида операций в клинической практике.



984. ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

Хлобыстин Р.Ю.(1), Зуков Р.А.(1), Тарасов И.А.(2)

Красноярск

1) КрасГМУ2)КККОД

Актуальность. Широкое применение современных методов визуализации почек привело к значительному увеличению доли пациентов с опухолями небольших размеров. В этой связи значительно возросло количество органосохраняющих операций в объеме резекций пораженной почки. Данный тип операций ассоциирован с повышенным риском кровотечений в послеоперационном периоде. В таком случае одним из вариантов лечения этого осложнения может являться метод эндоваскулярной артериальной окклюзии кровотока. Материал и методы: Представлены результаты наблюдения использования данной методики в КККОД г.Красноярска. За период 2015-2016 г. эндоваскулярное лечение послеоперационного кровотечения использовалось у 5 пациентов в возрасте от 37 до 68 лет (средний возраст составил 51,4 года). Основное показание неэффективность консервативных мероприятий по остановке кровотечения. Время от момента операции составило от 5 до 17 суток (в среднем 10,3 дня). Операция проводилась в условиях рентгенооперационной, под местной анестезией с анестезиологическим мониторингом. Использовался трансферомальный доступ через правую бедренную артерию. Почечная артерия катетеризовалась с использованием катетера «Кобра». При необходимости использовалась микрокатетарная техника. Результаты: В 4 случаях эмболизация выполнялась взвесью гемостатической губки, при этом в 1 случае дополнительно перед введением губки выполнялась дистальная эмболизация сосудистого русла ПВА сферами диаметром 500-700мкм. В одном случае редукция кровотока проводилась спиралями Гуантурко. Этот вариант использовался нами при рецидиве кровотечения после предшествующей эмболизации гемостатической губкой. В одном наблюдении использовали ПВА сфера 700-900мкм в сочетании со спиралями Гуантурко. У всех пациентов удалось добиться устойчивого гемостаза и сохранения функции оперированной почки.

Выводы: эндоваскулярная селективная артериальная окклюзия является эффективным методом остановки кровотечения и позволяет провести эффективный гемостаз после резекции почки. К преимуществам данной методики следует отнести малую травматичность, органосохранность и

возможность повторного использования в случае рецидива кровотечения

985. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Якушевский А.Б., Плеханов А.Н., Жарников А.В.

Улан-Удэ

Бурятский государственный университет

Цель работы: оценка эффективности методики высокой спинальной анестезии в лечении послеоперационных вентральных грыж. Материалы и методы: представлен опыт 30 герниотомий с герниопластикой при послеоперационных вентральных грыжах под высокой спинальной анестезией. Мужчин было 13, женщин-17. Средний возраст пациентов составил 54,6 года. Минимальный возраст -30 лет, максимальный - 79 лет. Спинальная анестезия проводилась по стандартной методике иглой G-25 в положении больного сидя или лёжа на боку (в позе «эмбриона») анестетиком маркаин на уровне LII-LIII. Нейро-мышечный блок максимально развивался до нижнего края лопаточной ости (spina scapulae), что соответствует третьему грудному позвонку (Th3). Успешность высокой спинальной анестезии составила 100%. Оценка расположения и выраженности блока проводилась уколом иглой и пальпацией. Средняя длительность операции при послеоперационных вентральных грыжах передней и боковой стенки живота составила $3,4 \pm 0,5$ часа: максимальная - 4 часа 05 минут; минимальная – 1 час 10 минут. Регуляция уровня спинальной анестезии проводилась изменением угла наклона операционного стола - положения больного на столе. Следует отметить, что у всех пациентов грыжевые ворота при детальном рассмотрении, после выполнения доступа, располагались выше линии пупка. В одном случае при послеоперационной вентральной грыже фиксация сетчатого импланта начиналась от мечевидного отростка. При закрытии дефекта при боковой грыже живота верхний край сетчатого импланта фиксировался к задней поверхности реберной дуги. Все больные в первые сутки соблюдали строгий постельный режим. Результаты: в раннем послеоперационном периоде у пациентов не потребовалось обезболивание наркотическими анальгетиками. При этом отмечалось быстрое восстановление перистальтики кишечника и ранняя активизация больного, уменьшался объём послеоперационной инфу-



зионной терапии. Больные находились в общей палате хирургического отделения. Осложнений в виде: головных болей, тошноты, рвоты, температуры отмечено не было. Осложнений со стороны оперативного вмешательства и анестезиологического пособия не было. Выводы: Применение высокой спинальной анестезии при герниопластиках вентральных послеоперационных грыж легче переносится для пациента. Быстрее происходит послеоперационная реабилитация больных.

986. ВОЗМОЖНОСТИ АРГОН-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЭНДОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

*Кузнецов А.В.(1,2), Архипова А.А. (2),
Кусатов Г.К. (2), Йолчиев С.С. (2)*

Новосибирск

1. ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
2. ГБУЗ НСО «ГКБ№2»

Актуальность проблемы гастродуоденальных кровотечений продиктована частотой встречаемости и высоким уровнем летальности, который практически не изменился за последние 40 лет и составляет от 5 до 15%, а при рецидивирующим кровотечении достигает 30–40%. Материал и методы: В хирургическом отделении ГБУЗ НСО «ГКБ№2» г. Новосибирска, за 2014-2016 год проведен анализ лечения 195 пациентов с желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии. С помощью аппарата «BOWA ARC 350 PLUS.» произведена аргон-плазменная коагуляция (АПК) у пациентов с кровотечением, источником которого были: острая язва желудка или 12-и перстной кишки 73 случая, острая язва пищевода 9 случаев, хроническая язва желудка и 12-и перстной кишки 59 случаев, язва Дьюлафуа 13 случаев, синдром Меллори- Вейс 41 случай. В 131(67%) случае кровотечение было продолжающимся малой интенсивности, в 11 (5,6%) активным и в 53 (27%) случаев остановившимся с высоким риском рецидива. Результаты: Все пациенты поступали по скорой помощи, экстренно были осмотрены в стационаре. После манипуляции длившейся в среднем 12±4 минуты госпитализировались в стационар, где проводилась стандартная противоязвенная, гемостатическая и инфузионная терапия. Коагуляция в 79 случаях острых язв желудка дала 3 случая (3,8%) рецидива кровотечения. Все они повторно коагулированы с хорошим результатом. В 37 случаях (46,8%) язвы имели множественный характер, что

не повлияло на результат. Средняя площадь плоского язвенного дефекта составила 0,7±0,3см. Рецидивов при острой язве пищевода не было. При коагулированной язве Дьюлафуа только АПК убедительно остановить кровотечение не удавалось. Гемостаз дополнялся наложением двух клипс навстречу друг другу. Изолированное клипирование также не давало хорошего гемостаза. При таком способе был один рецидив (11%), который потребовал хирургического гемостаза при лапаротомии. Гемостаз при сочетании методов составил 12 (92%) случаев. При хронических язвах желудка средний размер их составил 1,6±0,8см, глубина 0,4 ±0,2см, дуоденальные язвы имели размер 0,9±0,3см и глубину 0,3±0,1см. В 7 случаях (11,8%) язвы имели множественный характер, а в 15 случаях (25,4%) сопровождалась острыми эрозиями и изъязвлениями. Рецидив кровотечения из хронических язв наступил в 29 случаях (49,1%), из них первые 2 часа 11 (18%), в течение 6 часов 9 (15,2%), в течение 24 часов 3 (5,1%), позже 24 часов – 6 (10,1%) случаев. Одна манипуляция несмотря на гемостаз привела к перфорации каллезной язвы 12-и перстной кишки и потребовала экстренной операции. При синдроме Меллори-Вейса повторное кровотечение в течение первых 6 часов произошло у 5 пациентов (12,1%). Повторная коагуляция оказалась неэффективной у 3 пациентов, из них у двух кровотечение было остановлено обтурацией зондом Блэкмора, у одного только при лапаротомии. Эффективным гемостаз оказался у 36 (80%) пациентов с этой патологией. Стоит отметить, что принятие решения о гемостазе с помощью АПК делает невозможным предварительное использование спиртовых растворов в виде инъекций или аппликаций. Поэтому необходимо сразу определить способ гемостаза после визуализации источника кровотечения. Выводы: Аргон-плазменная коагуляция является безопасным и эффективным средством остановки кровотечения из острых язв пищевода, желудка, 12-и перстной кишки, а также при синдроме Меллори-Вейс. Рекомендации: Использование АПК в качестве основного способа эндоскопического гемостаза при кровотечении из острых язв пищевода, желудка, 12-и перстной кишки, а также при синдроме Меллори-Вейс. При язвах типа Дьюлафуа, ее целесообразно сочетать с клипированием. При хронических язвах аргон коагуляцию необходимо использовать осторожно, с учетом оценки глубины оставшейся стенки желудка. При каллезных язвах желудка и 12-и перстной кишки эффективность ее составляет всего 50,9%.



987. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Черкасов М.Ф. (1), Турбин М.В. (2), Бондаренко В.А. (2), Бондаренко И.В. (2), Устименко И.В. (2)

Ростов-на-Дону

1) ГБОУ ВПО РостГМУ, 2) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

В хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону с 2012 по 2016 гг. выполнено 8064 лапароскопических операций по экстренным показаниям. Лапароскопия является обязательным диагностическим методом при неясном клиническом диагнозе, подозрении на острый аппендицит. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 2693 пациентам (33,4%). Противопоказаниями к выполнению лапароскопической аппендэктомии считаем наличие плотного инфильтрата в правой подвздошной области, разлитой перитонит, а также общие противопоказания для любых лапароскопических вмешательств. Конверсия при остром аппендиците составила 41 случай (1,5% от числа аппендэктомий). За указанный период времени произведено 3460 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) по поводу острого холецистита (42,9% от общего числа больных). Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 42,8% больных. Для решения вопроса о способе оперативного вмешательства при остром холецистите во время лапароскопии оцениваем плотность перивезикального инфильтрата, ригидность стенок желчного пузыря, анатомическое взаимоотношение органов, вовлеченных в инфильтрат. Переход на открытую холецистэктомию был выполнен 43 больным (1,2%). Абсолютным противопоказанием к ЛСХЭ считаем плотный подпеченочный инфильтрат, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости и рыхлый подпеченочный инфильтрат не являются противопоказаниями к ЛСХЭ. При остром панкреатите видеолапароскопия использована у 199 больных из 905 находившихся на лечении по поводу острого панкреатита. Лапароскопическая диагностика применялась для уточнения характера изменений в железе, распространенности патологического процесса в брюшной полости, а также для оценки состояния желчевыводящих путей. Показаниями к эндовидеохирургическим операциям при остром панкреонекрозе считаем наличие некротических изменений в железе, выраженного воспалительного процесса в парапанкреатической клетчатке с развитием параколональных затеков,

нарастающая механическая желтуха. Видеолапароскопическое вмешательство при панкреонекрозе заключается в ЛСХЭ с дренированием общего желчного протока, ревизии сальниковой сумки, абдоминализации поджелудочной железы, вскрытии и дренировании параколональных затеков, дренировании сальниковой сумки через Винслово отверстие и бурсостому. Противопоказаниями к лапароскопическому лечению острого панкреонекроза являются наличие гнойно-септического воспаления в забрюшинном пространстве. По поводу острой кишечной непроходимости лапароскопические вмешательства применены у 26 больных. Основной формой непроходимости являлась спаечная - в 88,5% случаев, на втором месте по частоте – заворот тонкой или сигмовидной кишки – 11,5%. С технической точки зрения наиболее благоприятны ситуации, когда причиной механического препятствия являются одиночный штринг или фиксированная прядь большого сальника, а также единичные деформации кишечника в виде «двустволки». Более трех операций на органах брюшной полости в анамнезе, длительность заболевания более 6 часов, выраженный парез кишечника, признаки некроза кишечника, необходимость назоинтестинальной интубации, тотальный спаечный процесс являются противопоказанием к видеолапароскопической операции. В 34 случаях при выявлении на лапароскопии прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки операция была выполнена видеолапароскопически – ушивание язвы с перитонизацией прядью большого сальника, санация, дренирование брюшной полости. В остальных случаях при ревизии органов брюшной полости выявлены: острый мезаденит у 392 пациентов (4,86% от общего числа больных), перфорация кишечника рыбьей костью - 12 пациентов (0,15%), воспаление дивертикула Меккеля - 10 (0,12%), киста яичника (с разрывом, кровоизлиянием) - 140 (1,73%), овуляторный синдром - 189 (2,34%), острый сальпингит - 188 (2,33%), перекрут жировых подвесков толстой кишки - 79 (0,97%), мезентериальный тромбоз - у 44 (0,54%), перфорация опухоли толстого кишечника - 19 (0,23%), патологии не было выявлено - 473 пациентов (5,87%). В настоящее время лапароскопические операции в экстренной абдоминальной хирургии являются информативным, высокоэффективным методом диагностики и имеют важное преимущество за счет сочетания диагностических и лечебных процедур, при необходимости позволяющих перевести диагностическую лапароскопию в лечебное оперативное вмешательство, избежать необоснованных лапаротомий, снизить время динамического наблюдения, уменьшить время пребывания больного в стационаре, и, таким образом, улучшить результаты лечения больных.



988. ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Турбин М.В. (1), Бондаренко В.А.(1),
Ситников В.Н. (2), Погребняк И.В. (1)

Ростов-на-Дону

- 1) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону,
- 2) ГБОУ ВПО РостГМУ

В настоящее время более 90% холецистэктомий выполняется при помощи лапароскопической техники, таким образом лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) является «золотым стандартом» хирургического лечения доброкачественных заболеваний желчного пузыря. Все чаще ЛСХЭ используется в экстренной хирургии желчевыводящих путей, отличаясь малой травматичностью и низкой частотой осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Однако, учитывая сложность выполнения ЛСХЭ при осложненных формах острого холецистита, когда возрастает риск развития тяжелых осложнений интраоперационно или в раннем послеоперационном периоде, таких как развитие кровотечения, ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков, двенадцатиперстной кишки, многие авторы относят осложненные формы острого холецистита (деструктивный холецистит с развитием инфильтрата в области шейки пузыря, синдром Мириizzi) к противопоказаниям для ЛСХЭ, что приводит к увеличению частоты лапаротомий при холецистэктомии. В хирургическом отделении ГБСМП города Ростова-на-Дону в течение 2015-16 гг. 5 пациентам была применена методика, позволившая избежать интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков при ЛСХЭ. При подозрении на синдром Мириizzi во время ЛСХЭ, указанным пациентам была выполнена интраоперационная дуоденоскопия с установкой назобилиарного дренажа в просвет холедоха. Данный прием позволил хирургу, выполняющему лапароскопическую холецистэктомию, произведя инструментальную пальпацию холедоха и определив в его просвете трубчатую структуру (назобилиарный дренаж), избежать повреждения холедоха при мобилизации желчного пузыря. Установленный в просвете холедоха назобилиарный дренаж позволяет выполнить интраоперационную ретроградную холангиографию при невозможности дренировать холедох через культю пузырного протока (при наличии показаний к дренированию), с дальнейшим определением оперативной тактики. При дренировании холедоха через культю пузырного протока назобилиарный дренаж удаляется. При невозможности

мобилизовать и перевязать культю пузырного протока из-за выраженности перивезикального инфильтрата допустимо оставить назобилиарный дренаж в просвете холедоха на 3-5 суток для декомпрессии внепеченочных желчных протоков с целью профилактики желчеистечения из культю пузырного протока. Использование интраоперационного назобилиарного дренирования при подозрении на синдром Мириizzi во время ЛСХЭ позволяет достичь значительного упрощения, снижения трудоемкости манипуляций и длительности операции, устранения травматичности и послеоперационных осложнений.

989. АБДОМИНИЗАЦИЯ КИСТ МАЛЫХ И СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ В МАЛОИНВАЗИВНОМ ВАРИАНТЕ

Меджидов Р.Т., Хамидов Т.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО «ДГМУ»

Введение. В связи с разработкой специальных безопасных технологий и инструментария, которые позволяют соблюдать принципы апаразитарности и антипаразитарности стало возможным выполнение эхинококкэктомии из печени и селезенки в малоинвазивном варианте. Цель исследования. Определить эффективность проведения абдоминализации малых и средних кист печени и селезенки под видеолапароскопической навигацией. Материалы и методы. В клинике общей хирургии с лучевой диагностикой за последние годы, абдоминализация кист печени и селезенки под лапароскопической навигацией при их относительно поверхностной локализации проведена в 112 наблюдениях, у них имелись 147 кистозных образований. Печеночная локализация кист отмечена в 99(88,4 %) наблюдениях, в селезенке 13(11,6%). Все кисты в селезенке были солитарными. Из них паразитарных было 9, напаразитарные -4. В наблюдениях с печеночной локализацией кист, солитарные кисты имелись в 71(71,5%) случаях, множественные – в 28 (28,5%). В наблюдениях с монокистозным поражением печени - в 44 случаях она располагалась в правой доле, в левой -27, а при множественных кистах : в 19 случаях в правой и левой, в 9-только в правой. Паразитарные кисты печени отмечены в 84(84,8%) случаях, непаразитарные – в 15(15,24 %). Всем пациентам проводили клинические и биохимические анализы крови и мочи, серологические реакции, рентгенография грудной клетки, УЗИ,МРТ,МСКТ. При абдоминализации



ции кист под видеолaparоскопической навигацией для иссечения фиброзной капсулы и паренхимы печени пользовались ультразвуковой диссектор «Sonoka». Результаты Технические сложности проведения операции возникли в 5(4,4%) наблюдениях, осуществлена конверсия на лапаратомию. Абдоминальные осложнения развились у 9(8,1%) пациентов. Цистобилиарный свищ в послеоперационном периоде сформировался у 2(1,7%) пациентов. Они спонтанно закрылись в сроки до 10 суток после операции. Жидкостные скопления в окологепаточной зоне отмечены в 6(5,2%) наблюдениях. Они были устранены перкутанной пункцией под УЗ-навигацией. Осложнения общего характера имелись у 3(2,6%) пациентов: правосторонний реактивный экссудативный плеврит-2, тромбофилит правой нижней конечности -1. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $9,2 \pm 1,4$ дня. Заключение При кистозных образованиях малых и средних размеров, которые большей своей частью выступают над поверхностью печени либо селезенки должна быть использована щадящая хирургическая тактика, то есть абдоминализация кист под видеолaparоскопической навигацией

990. ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ONSTEP В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ, ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Кузнецов А.В.(1,2), Федин Е.Н. (2), Шестаков В.В. (1), Смарж Т.М. (1,2), Честных С.А. (1,2), Бузова Н.И. (2), Алексеев Б.В. (1).

Новосибирск

1. ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России 2. ГБУЗ НСО «ГКБ№2»

Актуальность: Паховые грыжи являются самым распространенным заболеванием в плановой абдоминальной хирургии. Использование синтетических полипропиленовых протезов сократило число рецидивов грыж с 3,5-15% до 0,5-2,5%. Проблемой имплантационной хирургии является длительный болевой синдром в местах фиксации протеза к тканям, а также широкий доступ с мобилизацией тканей при классической операции по Lichtenstein. Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с первичными паховыми грыжами за счет использования протезов не требующих фиксации. Материалы и методы: Проведен анализ лечения 217 пациентов оперированных в 2015-2016г. по поводу паховых грыж по методу Lichtenstein 163 пациента и 54 по методике

ONSTEP (Open new simplified totally extraperitoneal plastic) с использованием полипропиленового протеза не требующего фиксации. В обеих группах операции проводились под эпидуральной анестезией, антибиотикопрофилактика не использовалась. При операции по Lichtenstein из косого пахового доступа использовали полипропиленовые протезы 10x4,5см фиксировали нитью пролен 3-0 по классической технологии. При ONSTEP использовали поперечный доступ 3-4 см в подвздошной области в проекции внутреннего пахового кольца. Применяли сетчатый протез Polysoft. Фиксация протеза по Лихтенштейну проводилась обвивным швом нитью пролен 3-0. При операции ONSTEP протез «Polysoft» не фиксировался как и предполагает методика. Удержание протеза в правильном положении обеспечивается за счет кольца с эффектом памяти формы Однородность групп достигалась методом слепой выборки. Оценивали только лиц мужского пола. Средний возраст пациентов $49,3 \pm 12,5$ лет. Состояние здоровья по ASA II- III. Результаты: Длина кожного разреза при операции по Lichtenstein составила $8,0 + 1,5$ см; в группе ONSTEP $3,5 + 0,5$ см. Время операции в первой группе $43 + 14$ минут, в группе ONSTEP $16 + 4$ минуты. Средний показатель болевого синдрома по ВАШ на 1-5 сутки в группе с классической операцией составил 7,2: в группе без фиксации протеза 5,1. Наличие гематом: группа 1 – 11 (6,7%), группа 2- 1 (1,9%); инфильтратов сохраняющихся более 30 дней в группе 1 – 9 (5,5%), в группе 2 – не было. Сером более 20 мл требующих пункции в группе 1- 7(4,3%), группе 2 – 1(1,9%). В двух случаях после ONSTEP (3,7%) имелся длительный (4 недели) выраженный дискомфорт в проекции протеза. Одному пациенту по этому поводу выполнена денервация выше протеза, однако эффекта не наступило. Болевой синдром в виде жжения локализовался в месте контакта протеза с надкостницей в Ретциевом пространстве. Особенно это проявлялось при сгибании ноги и ходьбе. Физиотерапия, полуспиртовые компрессы в течение 4 недель устранили эту проблему. Таким образом, компрессионный неврит потребовавший денервации в классической группе 6 (3,6%), после ONSTEP – 1 (1,9%). Рецидив в первой группе 1 (0,6%) во второй группе не было. Нагноений в группах исследования не было. Некоторым неудобством операции ONSTEP можно считать большой объем дигитальной работы без хорошего контроля глазом ввиду малого доступа и необходимости тупой сепарации тканей. Освоение методики протекало без особых сложностей. Сроки госпитализации в обеих группах составили $2,5 \pm 0,5$ суток. Относительным недостатком ONSTEP является необходимость эпидуральной анестезии и несколько большая стоимость протеза, что впрочем компенсирует-



ся скоростью операции, сокращением болевого синдрома при лучшем косметическом результате. Выводы: Отсутствие необходимости фиксации протеза «Polysoft», малый доступ - значительно сокращают время операции, послеоперационный болевой синдром, имеют лучший косметический эффект по сравнению с операцией Лихтенштейна. Не влияют на сроки госпитализации и последующей реабилитации. ONSTEP не требует специального хирургического инструментария и техники, доступна при самостоятельном освоении.

991. ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ В СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРОТИДНУЮ ЭНДАРТЕРАКТОМИЮ

Казанцев А.Н.

Кемерово

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Актуальность. Факторы неблагоприятного прогноза в средне-отдаленном периоде наблюдения (7,4±1,6 месяца), ассоциированные с выполнением операции КЭЭ, изучены недостаточно. В литературе практически отсутствуют результаты крупных исследований, изучавших комплекс факторов риска, включая клинико-демографические, морфологические, инструментальные и периоперационные, что и явилось целью настоящей работы. Материал и методы. В период с 2015 – 2016 гг. выполнена 222 КЭЭ. Большинству пациентов (n = 190; 85,5%) проведена КЭЭ с использованием заплатки из ксеноперикарда, 14,4% (n = 32) перенесли эверсионную КЭЭ, у 14,4% (n = 32) применялся временный шунт. Гибридная реваскуляризация в объеме ЧКВ + КЭЭ выполнялась у 9,9% (n = 22) пациентов. Исследуемая выборка характеризовалась преобладанием мужского пола и тяжелым коморбидным фоном. По данным ангиографии у трети пациентов имелись двусторонние гемодинамически значимые стенозы ВСА, у 75% (n=167) стенотические изменения коронарных артерий; средний SYNTAX Score достигал 13,7±12,8 (до реваскуляризации миокарда). У 27% пациентов (n=60) ранее проводилось ЧКВ, у 16,6% (n=37) – КШ. Под неблагоприятными кардиоваскулярными событиями в средне-отдаленном периоде наблюдения понимали одно или несколько из следующих: смерть, инфаркт миокарда (ИМ), острое наруше-

ние мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака, рестеноз. Статистический анализ проводился при помощи программ MedCalc (MedCalc Software) и GraphPad (GraphPad Software). Сравнение между группами проводилось по критерию хи-квадрат с последующим сравнением долей, в случае порядковых признаков либо количественных признаков с распределением, отличным от нормального – по U-критерию Манна-Уитни. Поправка на множественные сравнения проводилась вычислением средней доли ложных отклонений гипотез (false discovery rate). Анализ прогностических факторов осуществлялся при помощи отношения шансов (ОШ) с использованием таблиц 2 x 2. Полученные результаты. Среди осложнений, выявленных в средне-отдаленном периоде наблюдения наиболее частым неблагоприятным событием стало развитие ИМ у 3,6% (n=8), у 4,5% по данным цветного дуплексного сканирования БЦА выявлен рестеноз оперированной ВСА у 0,45% (n=1) – тромбированная аневризма ВСА в зоне реконструкции. Среди факторов риска значимо повышающих риск неблагоприятных событий выявлены: стенокардия 2 – 3 ФК (ОШ = 3,84%, ДИ = 1,24 – 11,9), поражение ствола левой коронарной артерии изолировано и в сочетании с коронарными артериями (ОШ = 10,95%, ДИ = 0,66 – 181,77), EuroSCORE II > 3 (ОШ = 1,857, ДИ = 0,315 – 2,331), SYNTAX score > 22 (ОШ = 2,83, ДИ = 1,137 – 7,086). Обсуждение. Важным результатом настоящего исследования явился комплексный анализ широкого спектра факторов (клинико-инструментальных, анатомо-ангиографических и периоперационных), который позволил выделить предикторы неблагоприятного исхода в сложной группе пациентов с МФА и окклюзионно-стенотическим поражением БЦА, подвергающихся реконструктивным операциям на сонных артериях. Выводы и рекомендации. По результатам проведенного одноцентрового проспективно-ретроспективного исследования были выявлены значимые факторами риска неблагоприятного исхода в средне-отдаленном послеоперационном периоде: (1) клинико-демографические (стенокардия 2 – 3 ФК, EuroSCORE II > 3); (2) инструментальные (поражение ствола левой коронарной артерии изолированно и в сочетании с множественными стенозами коронарных артерий; SYNTAX > 22). Тем не менее, требуется дальнейшее изучение алгоритмов выбора оптимальной опции реваскуляризации в данной группе пациентов. Полученные результаты могут стать основой для дальнейших исследований, направленных на разработку оптимальных схем хирургического лечения пациентов с мультифокальным атеросклерозом.



992. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ

*Колсанов А.В., Зельтер П.М., Чаплыгин С.С.,
Колесник И.В.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ

Системы по созданию сегментаций и 3D-моделей с возможной интраоперационной навигацией являются активно изучаемыми в настоящее время. В связи с актуальностью вопроса в СамГМУ группой специалистов, включающей в себя программистов, врачей-хирургов и врачей-рентгенологов ведется совместная разработка и внедрение системы по предоперационному планированию с возможностью полуавтоматической сегментации. Система по планированию оперативного вмешательства должна объединить в себе медицинское оборудование, систему PACS с рабочими станциями и возможностью использования на компьютерах и мобильных устройствах непосредственно в операционной. **Материал и методы.** Были обследованы 55 пациентов, проходивших лечение в Клиниках ГБОУ ВПО СамГМУ и Самарском областном клиническом онкологическом диспансере. Всем пациентам проведена МСКТ на 32-срезовом и 640срезовом компьютерных томографах. Исследования проводились с болюсным введением неионного контрастного вещества с помощью автоматического шприца-инжектора (скорость введения 4-5 мл/с). Получали артериальную, венозную и отсроченную фазы контрастирования. Затем изображения в формате DICOM загружались в разработанную программу «Автоплан» с плагинами по сегментации печени, патологических очагов и сосудистых структур. Сегментация и 3D-моделирование проводилось врачами-рентгенологами при непосредственном участии врача-хирурга. **Результаты.** Виртуальное моделирование проведено у пациентов со следующими заболеваниями: кисты и гемангиомы печени -21; паразитарные кисты печени -9; абсцессы печени -6; гепатоцеллюлярный рак -7; метастазы в паренхиму печени -8; порталный тромбоз -4. В 14% случаев (7 пациентов) использование системы позволило отказаться от манипуляции вследствие особенностей кровоснабжения, т.е. изменило тактику лечения пациента. Было проведено сравнение объемных измерений, выполняемых системой «Автоплан» и тех же показателей при обработке в рабочей станции томографа Toshiba Aquilion 32. При проведении статистического анализа с помощью расчета критерия Манна-Уитни достоверных различий

между объемами выявлено не было. При опросе хирургов было выяснено, что получаемые модели обладают наглядностью, удобством использования, во время операции ими легко управлять для создания оптимального ракурса. Было указано на необходимость отдельной сегментации и картирования разными цветами ветвей воротной вены и печеночных вен, что в дальнейшем будет реализовано. **Обсуждение.** В систематическом обзоре J.Hallet et al. проанализированы 11 публикаций, в которых исследовали 497 пациентов. Указывается на наглядность получаемых моделей, их удобство для визуализации, положительные отзывы хирургов. В качестве показателей сравнения указывались время операции, кровопотеря, изменение операционного плана, размер разреза, частота осложнений и летальности. Но количество пациентов в исследованиях было небольшим, часть групп была разнородной и адекватного сравнения с оперативными вмешательствами без моделирования зачастую не проводилось. **Выводы.** 1. Построение 3D-модели с цветовым картированием раскрывает скрытые топографо-анатомические взаимоотношения 2. Показана информативность 3D-моделей, созданных при помощи разработанной системы «Автоплан» в анализе различных гепатобилиарных нозологий. **Рекомендации.** Несмотря на не столь большой объем результатов с использованием подобных систем, особенно с доказанной эффективностью, к настоящему дню, становится очевидной их польза при подготовке к операции и непосредственно во время операционного вмешательства, в частности при патологии печени.

993. АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА

Магомадов Р.Х., Хачмамук Ф.К.

Москва

ГБУЗ ГKB №13 ДЗМ Южнопортовый филиал
Центр амбулаторной хирургии

Несмотря на проводимую в здравоохранении Российской Федерации реформу, перераспределение объемов оказания медицинской помощи с дорогостоящей и ресурсоемкой стационарной на стационарозамещающие формы медицинской помощи осуществляется крайне медленными темпами. Стадии развития стационарозамещающей технологии в нашей стране можно разбить на несколько этапов: 1. Организация центров амбулаторной хирургии, определение показаний и про-



тивопоказаний для амбулаторных оперативных вмешательств. 2. Сбор количественного материала 3. Анализ полученных результатов 4. Внедрение повсеместную практику. В этом году исполняется 40 лет как был дан старт стационарозамещающим технологиям у нас в стране. За эти годы было издано много различных приказов, постановлений, инструкций и рекомендаций, проведено 5 съездов амбулаторных хирургов России. Накоплен огромный опыт амбулаторной помощи по всем хирургическим специальностям. Анализ полученных результатов обобщен в статьях, монографиях, методических рекомендациях. Защищено несколько диссертаций. Тем не менее, на сегодняшний день законодательная база носит обязывающий характер, а не мотивирующий, ориентирована на креативность руководителя лечебно-профилактического учреждения, рассчитана на инициативу врача – хирурга, объем оперативных вмешательств носит рекомендательный характер. С внедрением подушевого финансирования территориальными фондами обязательного медицинского страхования хирургическая помощь амбулаторно-поликлинических центрах претерпел кардинальные изменения. Многие руководители амбулаторно-поликлинических центров стараются избежать создания центров амбулаторной хирургии, так как дополнительного финансирования внедрение стационарозамещающих технологий не предполагает. Хотя, каждому АПЦ определен годовой план для лечения прикрепленного контингента в условиях дневного стационара. И «необоснованная госпитализация, медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара» - облагается штрафом: коэффициенты 0,8 и 0,2 по экспертизе качества медицинской помощи. Кроме того, применяется управленческий коэффициент в целях стимулирования медицинских организаций к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях. Размер управленческого коэффициента может достигать уровень 1,5. (Письмо МЗ РФ от 15.12.2014 года №11.9/10/2-9454) Экономическое обоснование замены стационарной хирургической помощи на амбулаторную приведем на примере сравнения себестоимости операции грыжесечение в стационарных условиях и в центре амбулаторной хирургии. Согласно тарифному соглашению необходимое время на операцию грыжесечение составляет 18 УЭТ врача и 15 УЭТ сестры. Один день дневного стационара: 2,5 УЭТ врача, палатной сестры – 8,3 УЭТ и процедурной медсестры – 3,3 УЭТ. 1 УЭТ – равна 10 минутам. Будем исходить из того, что средняя зарплата хирурга 50 000 и сестры 25 000

рублей в месяц. Не хочу загружать врачей математическими расчетами и формулами, но при такой зарплате 1 УЭТ врача будет стоить 130 и 75 рублей будет стоить 1 УЭТ медсестры. Таким образом получается что сама услуга грыжесечение будет стоить чуть более 3 500 рублей, а один день дневного стационара – 1000 рублей. Согласно тарифному соглашению грыжесечение в стационаре стоит 29 307 рублей за 9 дней лечения. За те же 9 дней лечения в ЦАХ будет обходиться 12 500 рублей. По остальным нозологиям такая же ситуация. Таким образом, дополнительное финансирование стационарозамещающих технологий мотивировало бы руководителя АПЦ для дальнейшего развития амбулаторной хирургической помощи, освободило бы дорогостоящие стационарные койки, сэкономило бы финансовые ресурсы для органов здравоохранения.

994. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА ХИРУРГИИ Я.П. КУЛИКА НА СМОЛЕНЩИНЕ

Пчелина И.В.(1), Глянцев С.П.(2)

1) Хабаровск, 2) Москва

1) Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии 2) Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева

Во второй половине 60-х г. наиболее интенсивно получила развитие хирургия сердца на Дальнем Востоке. Приехавший из Смоленска хирург Я.П. Кулик создал в Благовещенске-на-Амуре мощный кардиохирургический центр, на базе которого были проведены пионерские для того времени исследования по актуальным проблемам кардиохирургии и вспомогательного кровообращения. Но становление Я.П. Кулика как сердечного хирурга прошло на Смоленщине. На основе архивных, печатных, визуальных и вербальных источников мы реконструировали смоленский период научно-практической деятельности Я.П. Кулика (1928 – 1967). Уроженец Смоленска (1928), после окончания с отличием Смоленского медицинского института (СГМИ) Я.П. Кулик обучался в клинической ординатуре при кафедре общей хирургии СГМИ (1954 – 1957), где участвовал в проведении первых операций на сердце в Смоленске по закрытым методикам. Возглавив в 1959 г. отделение грудной хирургии в Областной клинической больнице, он первый на Смоленщине стал регулярно оперировать на сердце. К 1962 г. в отделении было обследовано более 1600 больных с сердечно-со-



судистыми заболеваниями, из которых 316 получили оперативное лечение. Пройдя усовершенствование по грудной хирургии и искусственному кровообращению в клиниках Москвы, Киева, Чехословакии (Прага, Брно, Братислава), Голландии, Италии и др., Я.П. Кулик решил внедрить выполнение в Смоленске операций на открытом сердце, которые тогда проводились только в нескольких крупных хирургических клиниках и научно-исследовательских институтах страны. С 1961 г. Я.П. Кулик в эксперименте начал разрабатывать технику операции открытого подхода к митральному клапану. На 100 собаках и 35 трупах он доказал возможность использования левосторонней торакотомии для проведения операций на митральном клапане и межпредсердной перегородке путем выключения левых отделов сердца из кровообращения. Трудности выполнения отдельных этапов операции были преодолены путем новых конструкторских решений (Я.П. Кулик сконструировал четыре оригинальных инструмента). Результаты его исследования были опубликованы в 1965 г. в материалах XIV Международного конгресса хирургов в Братиславе (ЧССР). Его хирургическую и научную деятельность всегда отличал новаторский подход к решению задач клиники. В 1963 г. Я.П. Кулик стал членом Всероссийского общества изобретателей и рационализаторов. В 1964 г. возглавив отделение сердечно-сосудистой хирургии в 1-й Городской больнице г. Смоленска, он первый в регионе начал выполнять операции на «сухом» сердце при врожденных пороках сердца (1966). За 10 лет интенсивной научно-практической деятельности, защитив в 1965 г. диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (науч. рук. – проф. С.А. Колесников), 37-летний врач сформировался как хирург и ученый. В 1967 г. Я.П. Кулик переехал в Благовещенск-на-Амуре. Работая долгие годы на Дальнем Востоке и возглавляя последовательно кафедры общей (1967 – 1970) и госпитальной (1971 – 1987) хирургии Благовещенского медицинского института (ныне - Амурская медицинская академия), профессор Я.П. Кулик сумел воплотить в эксперименте и клинике свои самые фантастические идеи, встав тем самым в ряд ведущих сердечно-сосудистых хирургов страны конца XX века.

995. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИОННАЯ ГАСТРОПАТИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ГЕМОСТАЗА

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

Москва

- 1) РНИМУ им Н.И. Пирогова
- 2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Актуальность. Среди причин летальных исходов у взрослого населения цирроз печени и его осложнения занимают восьмое место. Основной причиной летальных исходов у больных циррозом печени является портальная гипертензия и ее осложнения – кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, а также кровотечения, связанные с развитием портальной гастропатии. В связи с этим актуальной задачей является оценка эффективности применения синтетических аналогов соматостатина в комбинации с эндоскопическим методом гемостаза у пациентов с состоявшимся кровотечением на фоне портальной гипертензионной гастропатии. Материалы и методы. В исследование было включено 76 пациентов, находившихся на стационарном лечении с циррозом печени, синдромом портальной гипертензии, которые поступили в клинику с состоявшимся кровотечением. Источник кровотечения у всех больных - портальная гипертензионная гастропатия различной степени тяжести. Все больные были поделены на две группы: первую составили 47 пациентов которым профилактика рецидива кровотечения выполнялась с применением полисахаридной системы EndoClot, после чего больным назначали синтетически аналог соматостатина – октреотид; вторую группу составили 29 пациентов в лечении которых применялся только октреотид. В обеих группах наблюдения октреотид вводили внутривенно непосредственно после завершения экстренного эндоскопического вмешательства в виде болюса в объеме 100 мкг активного вещества. По окончании болюсной инъекции больного переводили на непрерывное, в/венное капельное введение в дозе 25 мкг в час в течение 3-х суток. С четвертых суток больного переводили на подкожное введение этого препарата в дозе 600 мкг в сутки на протяжении еще 3-х дней. Результаты и их обсуждение. Побочных эффектов на фоне введения синтетических аналогов соматостатина у больных основной группы отмечено не было. Рецидивов кровотечения и летальных исходов не было в первой группе наблюдения. Во вто-



рой группе отмечено два рецидива кровотечения (6,89%) на 3 и 4 сутки пребывания больных в стационаре, оба скончались от нарастания явлений печеночно-клеточной недостаточности. При контролем эндоскопическом исследовании состояния слизистой желудка у всех больных обеих группах наблюдения улучшилось и соответственно уменьшилась степень тяжести портальной гастропатии. Выводы. Таким образом, синтетические аналоги соматостатина в комбинации с использованием полисахаридной системы EndoClot с целью профилактики рецидива кровотечения у пациентов с портальной гипертензионной гастропатией позволяют существенно снизить риск рецидива кровотечения и улучшить результаты лечения данной категории больных в целом.

996. НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

*Щеголев А.А.(1), Павлычев А.В.(1),
Вербовский А.В.(2)*

Москва

- 1) РНИМУ им Н.И. Пирогова
- 2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

Актуальность. В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причем количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и 12-перстной кишки составляет 90-160 человек на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях остается высокой и составляет 8-10%, достигая при рецидиве кровотечения 40-50%. В связи с этим актуально изучение возможностей комплексного эндоскопического и медикаментозного лечения больных данной группы. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1672 пациентов с кровотечением из хронических язв желудка и 12-перстной кишки проходивших лечение на базе Университетской хирургической клиники РНИМУ им. Н.И. Пирогова (ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ) в период с 2003 по 2015г. Первую группу составили 562 пациента, лечение которых проводилось с применением активно-выжидательной хирургической тактики. Данный подход подразумевает проведение консервативного лечения на начальном этапе при любом язвенном кровотечении, а

оперативное лечение только при возникновении рецидива геморрагии. Во вторую группу включено 694 пациента лечение которых основывалось на принципах активной хирургической тактики с прогнозом рецидива кровотечения. Показаниями к хирургическому вмешательству являлись продолжающееся кровотечение при неэффективности эндоскопического гемостаза или рецидив кровотечения. Срочные и плановые операции в этой группе не выполнялись. В третьей группе (416 пациентов) применялись методы эндоскопического, эндоваскулярного и медикаментозного гемостаза, а хирургические вмешательства выполнялись только при их неэффективности. Всем пациентам 2 группы, после проведенного комбинированного эндоскопического гемостаза (аргоноплазменная коагуляция в сочетании с инъекционным методом, EndoClot), сразу выполнялось болюсное введение омепразола в дозировке 160 мг внутривенно, далее по 8 мг/час на инфузомате в течение 3 суток. Последующие 4 суток препарат вводился фракционно по 40 мг внутривенно с переходом на пероральный режим с 7 суток в той же дозировке в сочетании с эрадикационной терапией. Контроль устойчивости эндоскопического гемостаза, осуществлялся через 12 и 24 часов после первичной манипуляции. Результаты и их обсуждение. В первой группе общая летальность составила 12,8% (72 пациента), послеоперационная летальность – 32% (180 пациентов), летальность при консервативном лечении – 8,6% (48 больных). У больных второй группы общая летальность снизилась и составила 5,8% (40 пациентов), послеоперационная – 5,1% (35 больных), летальность при консервативном лечении – 5,5% (38 больных). В третьей группе показатель общей летальности оказался минимальным среди анализируемых групп и составил 1,4% (6 больных), послеоперационная летальность – 12,1% (50 пациентов), летальность на фоне консервативного лечения – 0,6% (2 больных). Результаты подтверждают высокую эффективность использования комбинированного эндоскопического, эндоваскулярного и медикаментозного гемостаза у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Перспективы и роль эндоваскулярных методик гемостаза, таких как эмболизация левой желудочной артерии окончательно не установлены, однако очевидна высокая степень корреляции результатов лечения с уровнем технического оснащения и экспертизы в данной области. Выводы. Таким образом, эндоскопический и медикаментозный гемостаз у пациентов с кровотечением из хронических язв, позволяет большинству больных избежать хирургического вмешательства и добиться существенного снижения показателей общей летальности.



997. РАЗРЫВЫ БРОНХОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

*Даниелян Ш.Н., Абакумов М.М., Погодина А.Н.,
Миронов А.В., Гасанов А.М., Вильк А.П.*

Москва

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Введение. Разрывы бронхов при закрытой травме груди относятся к редким повреждениям, диагностируемым на госпитальном этапе. Это объясняется тем, что пострадавшие с разрывами крупных воздухоносных путей, как правило, погибают на месте происшествия от стремительно развивающихся нарушений дыхания и тяжелых сочетанных повреждений. Цель. Анализ собственных наблюдений разрывов бронхов в результате закрытых повреждений грудной клетки. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 наблюдений прижизненной диагностики повреждений главных и долевого бронхов в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 1996 по 2016 годы. Пациенты с повреждениями трахеи, сегментарных и субсегментарных бронхов были исключены из настоящего исследования. Средний возраст пострадавших составил 34,3 года (15; 64), соотношение мужчин и женщин 2:1. Дорожно-транспортные происшествия имели место в 9 наблюдениях, кататравма – в 4, резкое сдавление груди тяжелым предметом – в 2. Большинство пострадавших (9) были переведены из других лечебных учреждений в сроки от 2 до 30 суток, остальные 6 – доставлены в институт в первые часы после травмы. Соотношение наблюдений сочетанной и изолированной травмы грудной клетки составило 4:1. Тяжесть повреждений по шкале ISS составила, в среднем, 35,9 баллов (16; 75), средний балл по шкале RTS 6,51 (2,489; 7,841), TRISS 75,4% (3,9; 98,7). Повреждения правых бронхов имелись у 9 пострадавших, в том числе: главного (3), промежуточного (3), нижнедолевого (2) и верхнедолевого (1), разрывы левых бронхов диагностированы у 6 пациентов, в том числе: главного (5) и нижнедолевого (1). У пострадавших с правосторонними разрывами имелись более тяжелые повреждения, средний балл по шкале ISS составил 38,7, что было выше по сравнению с пациентами с травмой левых бронхов (31,8), соответственно прогнозируемая выживаемость при разрывах бронхов справа по шкале TRISS была ниже (66,9% против 88,2% при разрывах слева). Разрывы бронхов сопровождались развитием пневмоторакса (13), в том числе двустороннего (5). Эмфизема средостения, шеи и грудной стенки выявлялась у 10 пациентов, пневмоперитонеум – у 2. Легочное кровотечение

наблюдалось у 10 пациентов, в том числе I (6), II (3) и III (1) степеней по классификации В.И. Стручкова (1985). Результаты. Наличие пневмогемоторакса, напряженной эмфиземы средостения и грудной стенки, легочного кровотечения служили показанием для выполнения экстренных вмешательств в первые часы после травмы, включающих дренирование плевральных полостей (13) и санационные ФБС во всех наблюдениях. Одному пациенту в другом лечебном учреждении была выполнена торакотомия и ушивание разрывов правой верхней доли легкого, при этом повреждения главного и промежуточного бронхов остались незамеченными. В раннем периоде (от 1 часа до 3 суток) повреждения бронхов диагностированы у 8 пациентов (53%), у 7 из которых имелись разрывы правых бронхов. Окончательный диагноз устанавливали на ФБС, при этом у 4 из них разрывы бронхов визуализированы только на повторном исследовании после остановки легочного кровотечения и адекватной санации бронхиального дерева. На этапе развития стриктур (от 12 до 41 суток) диагноз повреждения бронхов установлен в 7 наблюдениях (47%), в том числе у всех 5 пострадавших с разрывами левого главного бронха. Наличие ателектаза легкого явилось показанием к ФБС, при которой выявлена полная рубцовая облитерация бронха (5) или декомпенсированное сужение его просвета (2). Хирургическое лечение предпринято у 11 пострадавших (73%), консервативное – у 3 (20%). Один пострадавший с диагностированным при жизни разрывом правого главного бронха прожил менее 2 часов и не был оперирован. Спектр операций в раннем периоде был неоднородным и зависел от локализации и размеров повреждения, сроков от момента травмы и тяжести общего состояния пациентов. Хирургические вмешательства включали в себя формирование правого трахеобронхиального анастомоза (1), ушивание разрыва бронха правой верхней доли (1), нижнюю лобэктомию слева (1), нижнюю билобэктомию (1), резекцию правого нижнедолевого бронха (1). В одном наблюдении разрыва наружной полуокружности промежуточного бронха консервативная терапия позволила добиться полного заживления без сужения его просвета. Стентирование стриктур бронхов выполнено у 2 пострадавших (13%). У одного пациента, перенесшего торакотомию в другом учреждении и находящегося в крайне тяжелом состоянии, локализация разрывов правого главного и промежуточного бронхов не позволяла исключить необходимость выполнения правосторонней пневмонэктомии. Однако вмешательство на фоне массивной контузии левого лёгкого, выраженной лёгочной недостаточности и постгипоксического синдрома представлялось крайне рискованным. В связи с этим, добивших полного расправления лёг-



кого выбрана консервативная тактика с эндоскопическим мониторингом. Разрыв главного бронха полностью зажил; в связи с прогрессирующей стриктурой промежуточного бронха на 21-е сутки выполнена его реканализация и стентирование самофиксирующимся стентом ЭПТС с хорошим эффектом. Во втором наблюдении аналогичное стентирование левого главного бронха произведено в связи с поздней диагностикой повреждения и развитием стриктуры (12-е сутки). Вмешательства при облитерации бронхов в зоне повреждения выполнялись на 41-47-е сутки после травмы, они заключались в резекции левого главного бронха (5), промежуточного бронха со средней лобэктомией (1). Осложнения имелись у 2 пациентов, оперированных в раннем периоде повреждения (13%). В одном наблюдении после резекции бронха правой нижней доли отмечена несостоятельность бронхиального анастомоза с эмпиемой плевры и аррозионным кровотечением из легочной артерии, что явилось показанием к пневмонэктомии (10-е сутки). У другого пострадавшего с поздней диагностикой (3-е сутки) отрыва правого главного бронха имелась эмпиема плевры и двусторонняя пневмония. Оба пациента умерли в послеоперационном периоде. Всего умерло 3 пострадавших (20%), все с правосторонними повреждениями. Заключение. Правосторонние повреждения крупных бронхов в раннем периоде закрытой травмы выявляются сравнительно чаще, в то время как разрывы левых бронхов могут оставаться недиагностированными вплоть до развития полной облитерации. Дифференцированный подход, основанный на локализации повреждений бронхов, сроках диагностики и тяжести состояния пострадавших может улучшить результаты лечения.

998. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ И НЕТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Даниелян Ш.Н., Абакумов М.М., Тарабрин Е.А., Коков Л.С., Вильк А.П., Гасанов А.М., Саприн А.А.

Москва

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Введение. Легочное кровотечение (ЛК) относится к жизнеугрожающим состояниям с летальностью, достигающей 50%, однако летальные исходы, как правило, обусловлены не объемом кровопотери, а асфиксией. В отличие от нетравматического ЛК, при котором источником, как правило,

являются бронхиальные артерии (БА), а золотым стандартом лечения – эндоваскулярная эмболизация бронхиальных артерий (ЭБА), при травме груди повреждаются преимущественно легочные сосуды, эмболизация которых чаще всего невыполнима. Цель. Показать особенности диагностической и лечебной тактики при травматическом и нетравматическом ЛК. Материал и методы. Работа основана на анализе 134 наблюдений ЛК в период с 2006 по 2015 годы. Соотношение мужчин и женщин составило 2,7:1, средний возраст пациентов составил 43 года (16; 87). Механические повреждения являлись причиной ЛК у 53 пострадавших (40%), в том числе закрытая травма (42) и ранения груди (11). В 81 наблюдении ЛК имело нетравматический (60%), в том числе идиопатический характер (21), наблюдалось при патологии бронхолегочных сосудов (11), злокачественных новообразованиях (15), неспецифических воспалительных заболеваниях легких (12), туберкулезе (7), легочной гипертензии (7) и редких состояниях (8). Согласно классификации Стручкова В.И. (1985) объем ЛК соответствовал I (68%), II (20,1%) и III степеням (12%). Проводилось комплексное обследование, включающее клиническое, лабораторное, рентгенологическое исследование, фибробронхоскопия (ФБС) и СКТ (123). Бронхиальная ангиография (БАГ) выполнена в 40 наблюдениях ЛК, 39 из которых имели нетравматическую этиологию. Ограничения применения ангиографии у пострадавших с травматическим ЛК обусловлены тем, что эмболизация поврежденных сосудов малого круга кровообращения нецелесообразна из-за риска развития инфаркта легкого и легочной гипертензии. Результаты. Данные рентгенологического исследования косвенно свидетельствовали о локализации источника ЛК в 41%, СКТ – в 70,7% наблюдений. При травматическом характере ЛК этот показатель составил 62,3% и 93%, соответственно, что оказалось выше по сравнению с ЛК нетравматической этиологии: 27,2% и 54%. Выявленные при рентгенографии и СКТ очаговые изменения по локализации источника травматического ЛК совпали с данными ФБС в пределах доли легкого у 43,4% и 69% пострадавших соответственно, в то время как при нетравматическом кровотечении аналогичное совпадение зафиксировано в 27,2% и 90,5% наблюдений. Локализация источника в пределах доли легкого при ФБС была верифицирована в 95% наблюдений продолжающегося и 57,3% - состоявшегося ЛК. При БАГ наиболее частыми, подтверждающими источник ЛК, являлись косвенные признаки: гипертрофия (32,6%), дилатация БА (20,9%) и бронхиально-легочные шунты (23,2%), в то время как прямые признаки кровотечения (экстравазация и тромбоз ветвей БА) выявлены в единичных наблюдениях. При отсутствии



патологических изменений БА выполнялось контрастирование межреберных артерий и ветвей легочной артерии, что позволило выявить небронхиальные системно-легочные шунты, в то время как изменений легочных артерий не обнаружено. Лечение пациентов с ЛК имеет комплексный характер и включает определенную последовательность действий неотложного характера, основными из которых являются: предупреждение асфиксии, остановка кровотечения, коррекция дыхательных нарушений, диагностика и лечение основного заболевания (повреждения), явившегося источником ЛК. У 17 пациентов с продолжающимся ЛК выполнена клапанная долевая бронхоблокация (Medlung), что позволило добиться гемостаза. В 3 наблюдениях профузного травматического ЛК осуществлено тампонирование кровоточащего бронха, что сделало возможным выполнение безопасного хирургического вмешательства. В 37 наблюдениях диагностическая БАГ трансформировалась в лечебное вмешательство, была проведена ЭБА (36), окклюзия сегментарных ветвей легочной артерии (1), межреберных артерий (3), стентирование грудного отдела аорты (1). Непосредственная эффективность ЭБА составила 97%, рецидив ЛК в течение двух месяцев отмечен у 12,5%. При повторной БАГ выявлены реканализация БА (2), межреберно-легочные шунты (3) и изменения других ветвей БА (1), что явилось показанием к дополнительным эмболизирующим вмешательствам. Показания к экстренной торакотомии при продолжающемся травматическом ЛК установлены у 10 пациентов (18,9%), выполнялась лобэктомия (3) или хирургическая обработка глубоких разрывов и раневых каналов в легком (7). Хирургические вмешательства при нетравматическом ЛК выполнены у 10 пациентов (12,3%), однако эти операции были произведены на фоне достижения надежного гемостаза, в том числе в результате ЭБА (3) и клапанной бронхоблокации (2). Объем хирургического вмешательства заключался в лобэктомии (6), билобэктомии (1) или пневмонэктомии (3). Общая летальность составила 9%, практически не отличаясь при травматическом (9,4%) и нетравматическом ЛК (8,6%). Заключение. Косвенные лучевые признаки, свидетельствующие о локализации источника ЛК при травматическом характере выявляются сравнительно чаще. Клапанная бронхоблокация при травматическом ЛК позволяет добиться гемостаза и сократить число неотложных операций на высоте кровотечения. В большинстве наблюдений ЛК нетравматической этиологии при БАГ удается установить источник и выполнить эффективную окклюзию кровоточащего сосуда. При этом обязательным является выключение всех бронхиальных и других системных артерий, принимающих участие в кровоснабжении пато-

логической зоны. Дифференцированный подход к методам гемостаза в зависимости от этиологии патологического процесса и интенсивности ЛК позволяет улучшить результаты лечения пациентов, сократить количество операций на высоте кровотечения, снизить летальность.

999. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С УДВОЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА И ЭНТЕРОГЕННЫМИ КИСТАМИ СРЕДОСТЕНИЯ

*Соколов Ю.Ю.(1), Хаспекоев Д.В.(2), Валиулов
И.М.(3), Топилин О.Г.(2), Зыкин А.П.(1),
Яцык С.П.(1)*

Москва, Пермь

- 1). ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, 2). ДГКБ святого Владимира ДЗМ, 3). ГБУЗ ПК Краевая детская клиническая больница №15

Цель. Определить возможности применения эндовидеохирургических вмешательств у детей с кистозными удвоениями пищевода (УП) и энтерогенными кистами средостения. Материалы и методы. Проведено рандомизированное ретроспективное мультицентровое исследование, которое включало анализ 23 клинических наблюдений за период с 2006 по 2016 годы. Возраст больных составил от 15 суток до 16 лет. Мальчиков было 17 (73,9%), девочек – 5 (21,7%). Клинические симптомы (респираторные расстройства, дисфагия) отмечены у 7 (30,4%) больных, бессимптомное течение имелось в 16 (59,6%) случаях. Программа обследования включала обзорную рентгенографию (70,0%), рентгеноконтрастное исследование пищевода (47,8%), фиброэзофагогастроскопию (60,9%), спиральную компьютерную томографию (43,5%), магнитно-резонансную томографию (21,7%). Результаты. В ходе проведенного обследования кистозные УП были установлены у 16 (69,6%) детей, из них удвоения верхнегрудного и среднегрудного отделов пищевода имелись у 6, нижнегрудного отдела пищевода – у 7 больных. Кистозные удвоения абдоминального отдела пищевода диагностированы у 3 (13,0%) детей. Изолированные энтерогенные кисты средостения отмечены в 6 (26,1%) случаях. Пороки имели множественный характер у 2 (8,7%) детей, из них в одном наблюдении отмечено сочетание кистозного УП с внедолевой легочной секвестрацией, пищеводно-бронхиальной коммуникацией и кистозным удвоением желудка, в другом случае имелось сочетание с кистозным удвоением тощей кишки. Торакоабдоминальное



удвоение желудка и пищевода отмечено в 1 (4,3%) наблюдении. Торакоскопические вмешательства выполнены в 20 (87,0%) случаях, лапароскопические операции – у 3 (13,0%) детей. Энуклеация кистозного УП выполнена 16 (70,0%) больным, из них с ушиванием мышечного слоя пищевода у 11 пациентов, без ушивания – у 5 больных. Лапароскопические вмешательства по поводу удвоений абдоминального отдела пищевода были дополнены фундопликацией по Ниссену в 2 случаях. Экстирпация изолированных энтерогенных кист средостения выполнена 6 (26,1%) детям. Вмешательства носили этапный (торакоскопия, лапароскопия) характер у 2 (8,7%) больных. Конверсия на торакотомию и лапаротомию потребовалась в 1 (4,3%) случае торакоабдоминального удвоения. Осложнения интра- и послеоперационного периодов возникли у 3 (13,0%) больных, из них повреждение собственной слизистой пищевода отмечено у 2 детей, формирование псевдодивертикула пищевода – у 1 больного. Выводы. Эндовидеохирургические операции у детей с кистозными УП и энтерогенными кистами средостения являются эффективными и малотравматичными вмешательствами. Они могут быть применены при различных локализациях порока и у больных разных возрастных групп.

1000. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Соколов Ю.Ю.(1), Туманян Г.Т.(1),
Донской Д.В.(1), Шувалов М.Э.(2),
Пыхтеев Д.А.(4), Акопян М.К.(2),
Дружинин В.Р.(3), Зыкин А.П.(1)*

Москва

- 1). ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ,
- 2). ДГКБ святого Владимира ДЗМ,
- 3). ДГКБ им З.А. Башляевой ДЗМ4). ГБУЗ МО
МОНИКИ им М.Ф. Владимирского

Цель: уточнить возможности использования лапароскопического доступа при хирургическом лечении детей с аномалиями и заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ). Материалы и методы. С 2011 по 2016 годы с врожденной и приобретенной патологией ПЖ были оперированы 29 детей в возрасте от 3 мес. до 16 лет. В ходе комплексного инструментального обследования были диагностированы посттравматические или постнекротические псевдокисты ПЖ – у 10,

врожденные ретенционные кисты ПЖ – у 2, эхинококковая киста головки ПЖ – у 1, солидно-псевдопапиллярная опухоль ПЖ – у 6, врожденное расширение панкреатического протока и вирсунголитиаз – у 3, врожденный гиперинсулинизм – у 3, инсулинома ПЖ – у 2, кистозное удвоение желудка с локализацией в ПЖ – у 2 детей. Больным были выполнены следующие лапароскопические вмешательства: наружное дренирование ложных кист или иссечение ретенционных кист ПЖ (5), панкреатоцистоеюноанастомоз с выключенной по Ру петлей тонкой кишки (5), секторальная резекция ПЖ с наложением дистального панкреатогастроили панкреатоеюноанастомозов с выключенной по Ру петлей тонкой кишки (5), продольный панкреатикоеюноанастомоз по Puestow (3), экстирпация из ПЖ кистозного удвоения желудка (2), дистальная резекция ПЖ с сохранением селезенки (4), субтотальная 95% резекция ПЖ (3), энуклеация инсулиномы (1), эхинококэктомия из головки ПЖ (1). Результаты. Конверсия потребовалась в 2 (6,9%) случаях, из них в одном наблюдении при посттравматической кисте ПЖ имелись выраженные воспалительные изменения в сальниковой сумке, в другом случае при выполнении дистальной резекции ПЖ по поводу псевдопапиллярной опухоли возникло кровотечение из селезеночных сосудов. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 3 (10,3%) больных: острая кишечная непроходимость, обусловленная перегибом межкишечного анастомоза, потребовала реконструкции последнего из минилапаротомного доступа в 1 случае; возникший панкреатический свищ закрылся самостоятельно на фоне лечения в 2 наблюдениях. В отдаленные сроки после эхинококэктомии из головки ПЖ сформировалась панкреатическая киста, что потребовало наложения цистоеюноанастомоза. В остальных наблюдениях послеоперационный период протекал без осложнений. Таким образом, лапароскопические вмешательства могут быть эффективно применены у детей любого возраста с различными аномалиями и заболеваниями ПЖ. Объем и особенности техники оперативных вмешательств определяются видом патологии ПЖ, возрастом больных и развившимися осложнениями. Хирургия ПЖ у детей требует мультидисциплинарного подхода с участием, наряду с детскими хирургами, гастроэнтерологов, эндокринологов, специалистов лучевой диагностики и морфологов.



1001. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМИ ЛИМФАНГИОМАМИ

*Соколов Ю.Ю.(1), Донской Д.В.(1),
Вилесов А.В.(2), Шувалов М.Э.(2),
Дзядчик А.В.(3), Бибикина Е.Е.(1), Леонидов А.Л.(1)*

Москва

- 1)ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ,
- 2)ДГКБ Святого Владимира ДЗМ,
- 3)ДГКБ им З.А. Башляевой ДЗМ

Лимфангиомы (ЛГ) относятся к врожденным доброкачественным кистозным опухолям лимфатической системы. Абдоминальные ЛГ встречаются редко и представляют неоднородную по структуре, локализации и органной принадлежности группу кистозных образований брюшной полости и забрюшинного пространства. Целью исследования явилось уточнение эффективности эндовидеохирургических вмешательств у детей с абдоминальными ЛГ. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов применения за последние 7 лет лапароскопических вмешательств у 41 больного в возрасте от 3 месяцев до 15 лет с абдоминальными ЛГ. Для уточнения локализации кистозных образований и их органной принадлежности использовали ультрасонографию, спиральную компьютерную томографию, в ряде случаев – магнитно-резонансную томографию. Результаты. По локализации ЛГ распределились следующим образом: мезентериальные ЛГ имелись у 18 (43,9%), ЛГ большого сальника – у 5 (12,2%), забрюшинные ЛГ – у 7 (17,0%), ЛГ селезенки – у 5 (12,2%), ЛГ диафрагмы – у 2 (4,9%), ЛГ поджелудочной железы – у 2 (4,2%), ЛГ надпочечника – у 2 (4,2%) детей. Размеры кистозных полостей варьировали от 3,5 до 35 см (в среднем – 10,5 см). Объем лапароскопических вмешательств определялся локализацией, размерами кистозного образования и его органной принадлежностью. Тотальное лапароскопическое иссечение мезентериальных, сальниковых и забрюшинных ЛГ было выполнено 25 (64,1%) детям, из них в 2 случаях использовали PlasmaJet. Лапароскопическую фенестрацию ЛГ селезенки в 3 (7,3%) случаях дополнили обработкой остаточной полости радиочастотной абляцией аппаратом Cool-tip, лапароскопическую резекцию селезенки выполнили с помощью EnSeal в 2 (4,2%) наблюдениях. Тотальную лапароскопическую экстирпацию лимфатических кистозных полостей выполнили 3 (7,3%) больным с ЛГ диафрагмы (1) и поджелудочной железы (2). Лапароскопическую трансперитонеальную адреналэктомию вы-

полнили 2 (4,2%) больным с ЛГ надпочечников. Видеоассистированные лапароскопические вмешательства применены в 7 (18,0%) случаях мезентериальных ЛГ у детей раннего возраста. При этом в ходе лапароскопии производили опорожнение кистозных полостей с последующей экстраперитонизацией на переднюю брюшную стенку через дугообразно расширенный околопупочный троакарный доступ пораженного сегмента кишки. После резекции последнего накладывали межкишечный анастомоз и погружали его в брюшную полость. Конверсия потребовалась в 2 (4,9%) случаях: при возникновении кровотечения в ходе резекции селезенки у 1 ребенка и при больших размерах кавернозной мезентериальной ЛГ – в другом наблюдении. Летальных исходов не было. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений во всех случаях. В отдаленные сроки в 1 (2,4%) наблюдении выявлен рецидив ЛГ сальника, скорректированный при повторном лапароскопическом вмешательстве. Заключение. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности эндовидеохирургических вмешательств у детей с абдоминальными ЛГ. В зависимости от локализации и органной принадлежности ЛГ, а также возраста больных возможно применение как тотально лапароскопических вмешательств, так и видеоассистированных операций.

1002. ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Щеголев А.А. (1), Ларин А.А. (1), Пушкина А.В. (4),
Борисов А.В. (4), Мазурова О.И. (3),
Коган М.А. (2), Когут О.Б. (2), Крамарова Л.А. (2),
Рахимова Д.М. (1)*

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- 2) Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева
- 3) Клиническая больница № 85 ФМБА4) Сеть клиник амбулаторного гемодиализа – компания «ФЕСФАРМ»

Актуальность: За последние 20 лет в нашей стране существенно возросла обеспеченность заместительной почечной терапией (ЗПТ), улучшилось качество аппаратов «искусственной почки», возросло количество больных, получающих ЗПТ, при этом увеличилось количества пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении вторичного гиперпара-



тиреоза (ВГПТ). Материалы и методы: В период с 2005-2017 год был оперирован 281 пациент с ХБП 5 стадии и ВГПТ. Показанием к операции явились выраженные клинические проявления и высокий уровень паратгормона (ПТГ), который у 264 (94,0 %) пациентов составил более 800 пг/мл. Основные жалобы: боли в костях и суставах у 203 (72,2 %) пациентов, кожный зуд у 69 (24,5 %) пациентов, периферическая нейропатия у 54 (19,2 %) пациентов, патологические переломы в анамнезе у 20 (6,7 %) пациентов, у 171 (60,9 %) пациентов выявлена ИБС. Более редкими, клиническими проявлениями являлись кальцифилаксия, внескелетная оссификация, язвенные поражения ЖКТ, энцефалопатия. Основным методом предоперационной визуализации околощитовидных желез (ОЩЖ) явилось ультразвуковое исследование, у 184 (65,4 %) были визуализированы 3 или 4 ОЩЖ. При визуализации на УЗИ двух и более ОЩЖ сцинтиграфия и компьютерная томография (КТ) не выполнялись. Объем операции – тотальная паратиреоидэктомия, 211 (75,1 %) пациентам была произведена ауто-трансплантация фрагмента ОЩЖ в предплечье. Полученные результаты оценивались следующим образом: хороший результат – уровень ПТГ после операции менее 300 пг/мл, удовлетворительный – ПТГ 300 - 800 пг/мл, неудовлетворительный – ПТГ более 800 пг/мл. Хороший результат достигнут у 227 (80,8 %) пациентов, удовлетворительный у 28 (10,0 %) пациентов, неудовлетворительный у 26 (9,3 %) пациентов, из этих пациентов 12 человек после дообследования, включающего сцинтиграфию и КТ, были повторно оперированы, и у 10 из них, достигнуто стойкое снижение уровня ПТГ. 3 пациентам выполнена стернотомия и удаление эктопированной в средостение ОЩЖ. Осложнениями хирургического лечения отмечены у 11 (3,9 %) пациентов, из них у 4 (1,4 %) – односторонний парез голосовой связи, у 5 (1,78 %) – кровотечения из послеоперационной раны, у 1 (0,4 %) – пневмоторакс, в 1 (0,4 %) случае тромбоз артерио-венозной фистулы. Летальных исходов не было. Пациенты, которым выполнена ауто-трансплантация фрагмента ОЩЖ лучше адаптированы в отдаленные сроки после операции, однако у некоторых пациентов развивается гиперфункция ауто-трансплантата, что требует хирургического удаления ауто-трансплантата. Обсуждение: Хирургическое лечение ВГПТ является необходимым для большой категории больных находящихся на ЗПТ, при этом эффективность лечения высокая, а количество осложнений не превышает 4 %. Выводы: 1. Несмотря на достигнутые успехи в консервативном лечении ВГПТ хирургическое лечение остается методом выбора у пациентов со стойким уровнем ПТГ более 800 пг/мл. 2. Наиболее информативным методом дооперационной визуализации ОЩЖ явля-

ется ультразвуковое исследование. 3. В результате хирургического вмешательства более чем у 90 % пациентов достигается выраженное снижение уровня ПТГ. Практические рекомендации: 1. Пациенты с ХБП 5 стадии и уровнем ПТГ выше 800 пг/мл должны быть консультированы хирургом с целью оценки возможности хирургического лечения. 2. Если на этапе дооперационного обследования при УЗИ удалось визуализировать 2 и более ОЩЖ, дополнительные визуализирующие методики применять нецелесообразно. 3. Оптимальный объем хирургического вмешательства – тотальная паратиреоидэктомия с ауто-трансплантацией фрагмента ОЩЖ в предплечье.

1003. ГЕРНИОПЛАСТИКА TAR ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Паршаков А.А.

Пермь

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

В современной хирургии послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) актуальным направлением является внедрение методов пластики передней брюшной стенки, основанных на технике разделения анатомических компонентов с целью восстановления каркасности передней брюшной стенки и профилактики компартмент синдрома. По данным литературы, наибольшие преимущества имеет метод задней ретромускулярной герниопластики TAR (по Novitsky). Частота рецидивов после этой операции составляет около 10% случаев, а тяжесть послеоперационных осложнений значительно меньше относительно других техник сепарационной пластики.

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) W3, за счет применения задней сепарационной герниопластики TAR. Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 27 пациентов с ПОВГ W3, оперированных на базе хирургического отделения ГАУЗ ПК ГКБ №4, г. Перми. Средний возраст больных составил $55,6 \pm 12,8$ лет. В работе использовалась классификация европейского общества герниологов (2009). Грыжи M1-M3 встретились у 13 (48,15%) человек, M4 - M5 у 6 (22,22%). Комбинация с боковыми грыжами L1 отмечена у (11,11%), L2 - 4 (14,81%), L4 - 1 (3,70%). Рецидивные ПОВГ наблюдались у 11 (40,74%) человек. Во



время операции всем пациентам проводилось измерение внутрибрюшного давления (ВБД) по методу Iberti - Kron, контроль рО₂, скрининговая оценка состояния центральной гемодинамики (сердечный выброс, скорость пульсовой волны и общее периферическое сопротивление сосудов и др). Результаты. Всем пациентам была выполнена герниопластика TAR, из них 17 (62,96%) пациентам выполнены симультанные операции: у 2 - реконструктивная операция на толстой кишке, у 8 - поперечная абдоминопластика, у 4 - холецистэктомия, у 3 - продольная резекция желудка по поводу морбидного ожирения 3 степени. У всех пациентов при интраоперационном мониторинге не отмечалось повышение ВБД более 18 - 20 мм.рт.ст, снижение сатурации крови, нарушений состояния центральной гемодинамики, что позволяло выполнить герниопластику TAR с восстановлением каркасности передней брюшной стенки. Вертикализация больных проводилась через 2,9±0,2 часов после экстубации. Длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде в среднем составила 4,5±0,9 суток. В послеоперационном периоде осложнения развились у 2 (7,4%) больных. Из них у 1 (3,70%) больной с рецидивной послеоперационной вентральной грыжей и сопутствующими метаболическим синдромом, морбидным ожирением III степени и сахарным диабетом 2 типа развился краевой некроз кожи после абдоминопластики, у 1 (3,70%) больного - ретромукулярная гематома. Продолжительность госпитализации составила в среднем 9,7±1,1 суток. Летальных исходов не было. Выводы. Задняя сепарационная пластика передней брюшной стенки при послеоперационных вентральных грыжах позволяет ликвидировать большие грыжевые дефекты передней брюшной стенки с восстановлением ее каркасности и функциональных свойств. Объем сочетанных хирургических вмешательств должен быть индивидуален для каждого пациента в зависимости от коморбидного фона, состояния центральной гемодинамики, степени операционно-анестезиологического риска, размера грыжевого дефекта и состояния мышечно-фасциальных компонентов передней брюшной стенки.

1004. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ БИЛОМ

Владимирова Е.С., Цурова Д.Х., Алексеечкина О.А.

Москва

ГБУЗ г. Москвы "Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского ДЗ г. Москвы"

Актуальность: Травма внутривенных желчных путей при повреждениях печени встречается редко и составляет 1-5%, приводя к развитию биллом, билиогематом, желчных свищей, желчного перитонита, гемобилии. Наиболее частым осложнением являются биломы и билиогематомы (75%). Цель исследования: оценка диагностики и лечения посттравматических биллом. Материал и методы: Обобщены данные 80 пострадавших с травмой печени, находившихся на лечении в НИИ СП имени Н. В. Склифосовского с 1994 по 2016 гг., имевших посттравматические биломы и билиогематомы. Тяжесть травмы печени III-V степень определяли по международной классификации E. Moore, . Закрытая травма печени наблюдалась в 74% случаев, ранения печени - в 26%. Оценка посттравматических изменений печени проводилась на основании УЗИ и УЗДГ. УЗИ выполнялось на 7, 14, 21 сутки после травмы, далее – по показаниям. Результаты: Пострадавшие с посттравматическими нестабильными очаговыми образованиями в центральной или периферической части печени в 74 случаях трактовались как биломы и в 6 как билиогематомы. Нарушения микроциркуляции в области травматического повреждения печени приводили к деструкции печеночной паренхимы с формированием полости с жидкостным детритом в виде гипо- и анэхогенных зон неправильной формы. На 5-24 сутки после травмы при УЗИ отмечено формирование билиогематом или биллом. Билома по данным УЗИ и УЗДГ определялась в виде анэхогенного образования с четкими неровными контурами, одно- или многокамерного, без кровотока, которое возникало в зоне травмы. Билиогематома выглядела как образование жидкостного характера с четкими неровными контурами с наличием в ее просвете включений средней эхогенности. Окончательный дифференциальный диагноз между гематомой, билиогематомой и билломой был возможен только после пункции и получения содержимого. Пункцию и при необходимости дренирование жидкостного объемного образования в паренхиме печени осуществляли под УЗ-контролем. При посттравматических жидкостных образованиях печени диаметром 2 – 3 см у 10 пострада-



давших применили двухмоментную методику по Сельдингеру. У 70 пострадавших с образованиями большого размера дренирование билом и билиогематом осуществляли по методике одномоментного дренирования стилет катетером (pigtail 9F) с эвакуацией желчи в количестве от 20 до 450 мл. Потеря желчи в сутки по дренажу составляла от 50 до 700 мл. Рентгено-контрастная фистулография после дренирования биломы позволяла оценить размеры полости, определить связь с желчными протоками. При тугом заполнении выявляли полость в печени различной конфигурации, по мере очищения которой удавалось обнаружить связь с желчными протоками. После завершения фистулографии с целью исключения токсического воздействия контраста на паренхиму, осуществляли промывание полости 0,5% раствором новокаина или 0,9% раствором хлорида натрия. По мере уменьшения объема полости наблюдалась облитерация протоков питающих объемное образование и в течение 2-4 недель - ее исчезновение. Заключение: УЗИ позволяет оценить степень и тяжесть повреждений паренхимы, прогнозировать и выявлять посттравматические биломы и билиогематомы. Дренирование очаговых образований печени под УЗ-наведением обеспечивает адекватную их санацию, сокращая сроки лечения.

1005. СТЕРНОТОМИЯ ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА: ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ

*Щеголев А.А. (1), Ларин А.А. (1), Пушкина А.В. (4),
Борисов А.В. (4), Мазурова О.И. (3),
Осипович Б.А. (3), Коган М.А. (2), Козут О.Б. (2),
Крамарова Л.А. (2), Рахимова Д.М. (1)*

Москва

1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2) ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМЗ) Клиническая больница № 85 ФМБА РФ 4) Сеть клиник амбулаторного гемодиализа – компания «ФЕСФАРМ»

Актуальность: У подавляющего числа пациентов с ХБП 5 стадии, находящихся на заместительной почечной терапии (ЗПТ), развиваются явления вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ). При стойком уровне паратгормона (ПТГ) более 800 пг/мл и исчерпанных возможностями консервативного лечения, методом выбора является хирургическое лечение в объеме тотальной паратиреоидэктомии, однако не у всех пациентов хирургическое лечение оказывается эффективным. Существует группа пациентов, у которых снижение уровня ПТГ не

происходит.

Материалы и методы: В период с 2005-2017 гг. тотальная паратиреоидэктомия выполнена 281 пациенту с ХБП 5 стадии и ВГПТ. Показанием к операции явились выраженные клинические проявления и уровень ПТГ 800 пг/мл. У 26 пациентов (9,3 %) ПТГ после операции сохранился на фактически на прижнем уровне. Все эти пациенты были повторно обследованы. Пациентам выполнялось УЗИ шеи, двухфазная сцинтиграфия с ТС99(сестамиби), спиральная компьютерная томография (СКТ) шеи и средостения с контрастированием. Полученные результаты: и обсуждение: У 6 (23 %) пациентов в результате обследования выявлена эктопированная в средостение ОЩЖ, достичь которую из стандартного доступа (доступ по Кохеру) не представляется возможным. Основной визуализирующей методикой явилась двухфазная сцинтиграфия, поскольку УЗИ, у данных пациентов было неинформативным. У 2 (33,3 %) пациентов результаты сцинтиграфии были подтверждены результатами СКТ, у 4 (66,7 %) СКТ также оказалась неинформативной. Всем пациентам предложено повторное хирургическое вмешательство; 3 больных от повторной операции отказались, 3 пациента, (1 мужчина и 2 женщины) были оперированы. Повторная операция выполнялась через 3 мес. после первого хирургического вмешательства. На момент операции возраст мужчины составлял 64 г., возраст женщин 61 и 60 лет. Уровень ПТГ составлял соответственно 2372 пг/мл, 1810 пг/мл и 3605 пг/мл. У всех пациентов основной жалобой являлись выраженные боли в костях и суставах, у одной пациентки в анамнезе патологический перелом шейки бедра, самостоятельно не передвигается, так же у данной пациентки имелись множественные язвы обеих голеней связанные с кальцифилаксией. Всем пациентам выполнена срединная стернотомия. После ревизии выделена и удалена эктопированная в средостение ОЩЖ. У одного пациента ОЩЖ локализовалась в тимусе, у второй в верхнем средостении справа от пищевода, у третьей за верхней долей левого легкого на уровне пятого межреберья. Длительность операции составляла от 1 ч. 20 мин. до 2,5 ч. Размеры удаленных ОЩЖ от 1,5 до 4 см. Основную сложность во время операции составляет ревизия средостения и поиск ОЩЖ. У всех пациентов течение послеоперационного периода без осложнений, на следующий день после операции выполнялся программный гемодиализ, выписка из стационара на 7-8 сутки. У всех достигнуто стойкое снижение уровня ПТГ - от 5 до 32 пг/мл, боли в костях и суставах купировались, пациентка которая не могла передвигаться через год после операции способна самостоятельно пройти несколько шагов. Выводы: 1. Персистенция ВГПТ после хирургического лече-



ния является показанием к дальнейшему обследованию пациента с целью визуализации неудаленной ОЩЖ и выполнения повторной операции. 2. Наиболее информативным методом визуализации в этих случаях является двухфазная сцинтиграфия с ТС99. Практические рекомендации: 1. Как основную визуализирующую методику, неудаленной ОЩЖ, следует применять двухфазную сцинтиграфию с ТС99. 2. При невозможности удаления эктопированной в средостение ОЩЖ из доступа по Кохеру, необходимо выполнять срединную стернотомию и ревизию средостения.

1006. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХ ВНУТРЕННИХ ГРУДНЫХ АРТЕРИЙ

*Жбанов И.В., Мартиросян А.К., Урюжников В.В.,
Киладзе И.З., Галимов Н.М.,
Ревитшвили Г.А., Шабалкин Б.В.*

Москва

ФГБУ РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН

Большинство исследований показывает, что бимаммарное коронарное шунтирование является высоко эффективной операцией. Внутренняя грудная артерия (ВГА) обладает наиболее высокой проходимостью среди всех трансплантатов, достигающей 95-98% через 10 лет после операции. Применение двух ВГА обеспечивает длительный эффект хирургического лечения и снижает риск рецидива стенокардии. Однако несмотря на очевидные преимущества, такие, как долгосрочная выживаемость более 15 лет, достоверно меньший рецидив стенокардии, операции с использованием двух ВГА составляют не более 5% от общего числа хирургических вмешательств АКШ в мире. Столь невысокий процент данного метода хирургической реваскуляризации миокарда указывает на наличие возможных сдерживающих факторов. Подобные противоречия явились основанием для анализа собственного опыта. Цель: анализ собственного опыта выполнения множественного коронарного шунтирования с использованием двух ВГА. Методы исследования. С 2007 по 2016 гг. выполнили 811 операций коронарного шунтирования с использованием двух ВГА. Оперировали 674 (82,2%) мужчин и 137(16,8%) женщин, средний возраст - 58,5±85 лет (36-81). У всех больных диагностировали тяжелую стенокардию III и IV функционального класса (CCS). Постинфарктный кардиосклероз, с патологическими зубцами Q или QS, обнаружили у 501(61,7%) пациентов. Сред-

ний показатель фракции изгнания ЛЖ у составил – 43,6±8,1%. Большинство пациентов (741(91,4%)) имели многососудистое поражение КА. Поражение ствола левой КА выявили у 94 (11,6%) больных. Результаты исследования. У большинства пациентов (681(84%)) обе ВГА использовали в качестве трансплантата in situ и только у 130(16%) применяли композитное маммарное шунтирование с созданием T-graft конструкций. Индекс реваскуляризации составил 3,0 25±0,95, а индекс аутартериальной реваскуляризации при использовании двух ВГА - 2,46±0,59. В 458 (56,5%) наблюдениях дополнительно применяли аутовенозный кондуит, в 40(5,0%) – трансплантат из лучевой артерии. Количество аутовенозных кондуитов было достоверно чаще при использовании ВГА in situ - 388(57%) против 53(41%) (р 5 мкг/кг/мин, не связанная с ИМ развилась у 6% пациентов, необходимости в применении внутриаортальной баллонной контрпульсации не было; церебральная дисфункция в виде послеоперационного психоза развилась у 2,1% больных, почечная дисфункция – у 2,5%, кровотечение, потребовавшее рестернотомии - у 2,1%. Обсуждение: Опираясь на наш анализ результатов, а так же на многочисленные данные отечественных и зарубежных авторов, операция реваскуляризации миокарда с использованием двух внутренних грудных артерий является безопасным методом. Данное вмешательство не увеличивает риск развития периоперационного инфаркта миокарда, частоту кровотечений, потребовавших рестернотомии, неврологических осложнений I и II типа, почечной дисфункции, потребности в пролонгированной искусственной вентиляции легких, а также летальности в госпитальном периоде по сравнению с операциями реваскуляризации миокарда с использованием только одной ВГА. Выводы и рекомендации. Бимаммарное множественное коронарное шунтирование является современным и безопасным методом реваскуляризации миокарда, который не увеличивает риск развития периоперационных осложнений. В настоящее время его следует рассматривать как операцию выбора у большинства больных ишемической болезнью сердца, которым показана хирургическая реваскуляризация миокарда.



1007. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ 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 города Москвы "ГКБ
им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ"

Материалы 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%) Методы исследования: 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 сте-

пени 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 результатов и выводы. 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 применение октреотида в дозировке 600-1200 мг/сутки в зависимости от степени тяжести травмы поджелудочной железы.



1008. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ: РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

Москва

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

Материалы исследования: 335 пациентов, находившихся на лечении в ГКБ Ф.И. Иноземцева ДЗ города Москвы за период с января 2006 по декабрь 2016 года с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» с выявленной при экстренном УЗИ и КТ «свободной жидкостью в брюшной полости». Средний возраст пациентов составил $38,3 \pm 7,9$ лет. Мужчин - 213 (63,6%), женщин - 122 (36,4%). Основным механизмом получения травмы была кататравма - ДТП, падение с высоты и избиение. Сочетанная травма - 157 пациентов (46,9%). Изолированная абдоминальная травма выявлена у 178 пациентов (53,1%)
Методы исследования: Комплексное общеклиническое обследование, Рентгенография брюшной полости, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерная томография с контрастным усилением, КТ-ангиография, целиакография, лапароскопия. Результаты исследования: Стратегия лечения пациентов с абдоминальной травмой, подразумевала, по существу, наличие трех тактических решений. Консервативное лечение выполнено 92 пациентам (27,2%). Лапароскопия Выполнена 211 пациентам (63%). Показания к выполнению лапароскопии: Пациентам, у которых по данным УЗИ гемоперитонеум оценивался как «умеренный» (до 1000 мл). Пациентам с меньшим количеством крови в брюшной полости, при отсутствии сознания и нестабильной гемодинамике. Увеличение количества свободной жидкости при УЗИ в динамике. У 52 (15,5%) пациентов было принято решение о необходимости экстренной лапаротомии. У 159 (47,5%) пациентов с гемоперитонеумом лапароскопия явилась единственным инвазивным хирургическим вмешательством. Лапаротомия выполнена 85 пациентам (25,4%). Показания к выполнению лапаротомии: гемоперитонеум более 1000 мл («большой»), продолжающееся внутрибрюшное кровотечение по данным лапароскопии при невозможности эндоскопического гемостаза, экстравазация контраста по данным целиакографии (3 случая), перитонит, неста-

бильные, нарастающие забрюшинные гематомы по данным УЗИ, КТ и лапароскопии, поступление "свежей" крови по дренажу после лапароскопии. Случаев эксплоративной лапаротомии в настоящем исследовании не было. Умерли 62 пациента, общая летальность составила 18,5%. Обсуждение результатов и выводы. Внедрение в клиническую практику тактики дифференцированного подхода (которая заключается, прежде всего, в стремлении избежать «напрасной» лапаротомии), значительно снизили оперативную активность, что позволило существенно снизить летальность и количество осложнений у пострадавших с закрытой абдоминальной травмой.

1009. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖКБ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Кукош М.В.(1), Демченко В.И.(1),
Колесников Д.Л. (1), Ветюгов Д.Е. (2)

Нижний Новгород

1)ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России2)
ГБУЗНО ГКБ №7 им. Е.Л. Березова

Актуальность. Частым и тяжелым осложнением желчнокаменной болезни является механическая желтуха. Хирургическое лечение больных с механической желтухой, осложненной холангитом, печеночной недостаточностью, тромбогеморрагическим синдромом сопровождается высокой летальностью. В настоящее время общепринято двухэтапное комбинированное малоинвазивное лечение, заключающееся в выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) или дренирующих операций (чрескожная чреспеченочная холангиостомия) и, после снижения уровня билирубина, – лапароскопической холецистэктомии. Цель исследования: Сравнить непосредственные результаты малоинвазивного и традиционного хирургического лечения пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Материалы и методы: С 2013 года в клинике факультетской хирургии НижГМА на базе ГБУЗНО ГКБ №7 им. Е.Л. Березова г. Нижний Новгород введено двухэтапное комбинированное лечение. Проанализированы результаты лечения 76 пациентов с механической желтухой (развившейся на фоне желчнокаменной болезни), поступивших в «Городскую клиническую больницу №7» в период с 2010 по 2015 годы. Пациенты разделены на две группы: контрольную (36 пациентов, пролеченных в период с 2010-2012 гг.) и основную (40 пациентов, пролеченных в период с 2013-2015 гг.). В контрольной



группе применялись открытые методы лечения: лапаротомия, холецистэктомия, холедоходуоденостомия. В основной группе применялось малоинвазивное двухэтапное комбинированное лечение. Оценку результатов лечения проводили по количеству осложнений в послеоперационном периоде, длительности стационарного лечения и показателю летальности. Возрастно-половой состав изучаемых групп не имел статистически значимых различий. Результаты: В контрольной группе выполнено 36 лапаротомий с холецистэктомией и холедоходуоденостомией. В основной группе ЭПСТ с литоэкстракцией произведена 12 пациентам. В отсроченном периоде им, после снижения уровня билирубина, выполнена лапароскопическая холецистэктомия без выписки из стационара. Наружное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и рентгенологическим наведением выполнено 28 больным. В дальнейшем им выполнена ЭПСТ и холедохолитоэкстракция по методике «рандеву», лапароскопическая холецистэктомия. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 14 пациентов контрольной группы (38,9%) и 5 пациентов основной группы (12,5%). Из осложнений в контрольной группе отмечались 7 нагноений и 3 гематомы послеоперационной раны, 2 несостоятельности ХДА, 1 холангит и 1 послеоперационная пневмония. В основной группе – 2 миграции холангиостомического дренажа, 2 кровотечения из зоны ПСТ, 1 гемобилия. В основной группе количество осложнений достоверно ниже ($\chi^2 = 5,70$; $p \leq 0,05$). Летальные исходы имели место у двух больных (5,5%) контрольной группы (причиной явилась несостоятельность ХДА и перитонит у одного больного, у другого – двусторонняя плевропневмония). В основной группе умер один (2,5%) пациент (причиной явилась гемобилия). Статистических различий по данному критерию не выявлено ($\chi^2 = 0,15$; $p \geq 0,05$). Пациенты контрольной группы находилась на лечении в стационаре от 7 до 124 дней (среднее пребывание $25,4 \pm 11,5$ койко-дней), в основной группе – от 8 до 90 дней (среднее пребывание $21,9 \pm 9,7$ койко-дней). По данному критерию статистических различий не выявлено ($t = 1,99$, $p \geq 0,05$). Вывод: Внедрение двухэтапного комбинированного лечения, у больных с механической желтухой на фоне желчнокаменной болезни, позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений.

1010. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ДИАФРАГМЫ

Ермолова И.В., Погодина А.Н., Владимирова Е.С., Радченко Ю.А.

Москва

ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского ДЗ г. Москвы»

Цель - определить причины повторных операций при травме диафрагмы, их характер и результаты лечения пострадавших с этой патологией. Материал - анализ повторных операций у 102 пострадавших с травмой диафрагмы. У 60 (58,8%) была открытая травма диафрагмы (торако-абдоминальные ранения-55, абдоминалоторакальные ранения -1, диафрагмальные грыжи после ТАР-4) и у 42 (41,2%) закрытая травма диафрагмы (разрывы диафрагмы-21, диафрагмальные грыжи после за-крытой травмы диафрагмы-21). Возраст от 16 до 77 лет. Мужчин было-91(89,2%) , женщин -11(10,8%). Большинство пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста. Всего 102 пациентам выполнено 132 повторные операции. Большинству пострадавших (56) произведена 1 повторная операция, две (11), три (1), пять (1), семь(1), девять операций(1). Повторные операции при открытой травме диафрагмы составили 4,9 %, при закрытой - 17,0% Результаты. 102 повторнооперированным больным первично были выполнены 117 операций. Так из 60 повторно оперированных пациентов с открытой травмой диа-фрагмы ранее перенесли лапаротомию-38, торакотомию-21, ВТС- 1, лапароскопию-1. Из 42 повторно оперированных пострадавших с закрытой травмой диафрагмы первично была выполнена лапаротомия-40, торакотомия- 6, стернотомия-1. Мы выделили ранние осложнения и осложнения в отдаленном периоде, которые явились причиной повторных вмешательств. К ранним отнесли кровотечение в брюшную (13) или плевральную (23) полость, причем у 2 пациентов из них было кровотечение сразу в обе полости, профузное ЖКК из язв желудка (2), пропущенное повреждение диафрагмы при первичной операции (8), выявленное в ранние сроки, раннюю кишечную непроходимость (6), перитонит(5), операции по поводу гнойных осложнений -20. 23 пациентам с кровотечением в плевральную полость выполнено 18 торакотомий, ВТС- 3 , стернотомия-1, стентирование аорты-1. Источником кровотечения были аорта-2, межреберная артерия-16, рана сердца-1, рана легкого-1, рана диафрагмы-1, диафрагмальная вена-2 . По пово-



ду кровотечения в брюшную полость выполнено 13 лапаротомий (источником кровотечения были: печень-3, селезенка-4, сосуды желудка-2, почка-1, диафрагма-3). 8 лапаротомий произведено по поводу перитонита, 2 лапаротомии по поводу кровоточащих язв желудка, 5 - кишечной непроходимости, 2 по поводу эвентрации, 38 по поводу гнойных осложнений. Еще по поводу гнойных осложнений выполнено 8 пункции гнойников брюшной полости и забрюшинного пространства под УЗИ наведением и 4 вскрытия гнойника в области послеоперационной раны. В отдаленном периоде были оперированы 25 пациентов с диафрагмальными грыжами из них 11 по поводу ущемленных грыж, в 2 наблюдениях с некрозом толстой кишки и в 1 с некрозом желудка, 2 с кишечной непроходимостью. Им выполнено 5 лапаротомий, 23 торакотомии, 1 стентирование аорты по поводу ее сужения в зоне разрыва, ушитого при первичной операции. После повторных операций умерло 10 пациентов. Летальность составила 9,8%. Заключение. Основными причинами возникновения осложнений после первой операции у пациентов с травмой диафрагмы были неполноценная ревизия диафрагмы, технические и тактические ошибки.

1011. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ОСТАНОВКЕ РЕЦИДИВНОГО ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Лебедев Н.В., Климов А.Е., Петухов В.А.,
Бархударов А.А.*

Москва

Российский университет дружбы народов

Цель исследования: Оценить эффективность различных способов эндоскопического гемостаза в профилактике рецидива гастродуоденального язвенного кровотечения, а также провести сравнительный анализ эффективности комбинированного эндоскопического гемостаза с другими способами эндоскопического гемостаза у больных с рецидивным гастродуоденальным язвенным кровотечением. Материал и методы исследования: Работа основана на изучении результатов лечения 778 пациентам которым в связи с кровотечением из гастродуоденальных язв произведен эндоскопический гемостаз. Технический и клинический эффект первичного эндоскопического гемостаза достигнут в 98,9 % (у 770 больных) случаев. Эндоскопический гемостаз осуществляли: инъекционный способом для чего использовали различные

препараты (0,005%-й раствор адреналина, 0,5%-й или 1 %-й этоксисклерол, 70°-й раствор этилового спирта), аргоноплазменной коагуляцией (АПК), радиоволновым и комбинированным способами. Комбинированный способ заключался в первоначальной инфильтрации паравазальной и периульцерозной зон введением сосудосуживающих препаратов или склерозантов (раствор адреналина, этоксисклерол, 70°-й раствор этилового спирта) в подслизистый слой стенки органа, отступив на 1-2 мм от источника геморрагии, с последующей дополнительной обработкой источника кровотечения АПК. Выводы: При активном кровотечении Forrest I (А и В) статистически достоверно выявлена меньшая частота возникновения рецидивов после применения КЭГ относительно других способов гемостаза ($p < 0,05$). Статистически не выявлена разница по количеству рецидивов при сравнении различных способов эндоскопического гемостаза в зависимости от характера (острая или хроническая), локализации язвенного дефекта и источника кровотечения, размера язвы, вероятности рецидива по СПРК и тяжести состояния пациента по шкале SAPS II ($p > 0,05$). При рецидиве кровотечения комбинированный гемостаз статистически достоверно обладает большей эффективностью только при сравнении с инъекционным способом ($p < 0,05$).

1012. МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ КЛАССИЧЕСКИМ И ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ

*Оскретков В.И., В.А.Ганков, С.П.Бубенчиков,
В.В.Федоров, В.В.Маншетов, Ю.Е.Степаненко*

Барнаул

ФГБОУ ВО Алтайский государственный
медицинский университет МЗ РФ

Актуальность исследования. В современной хирургии паховых грыж с успехом выполняется несколько типов протезирующей герниопластики, как традиционным, так и эндовидеохирургическим доступом. Целесообразность использования того или иного метода может быть определена путем сравнительного анализа раннего и позднего послеоперационного периодов у этих пациентов. Цель исследования: выяснить частоту и тяжесть местных осложнений после протезирующей паховой герниопластики «открытым» доступом и с



использованием эндохирургических технологий. Материалы и методы исследования. Анализ под-вергнуты результаты протезирующей герниопластики, выполненной у 516 больных первичными паховыми грыжами в течение последних пяти лет. В зависимости от доступа и типа операции больные были условно распределены на 2 группы, Первую группу составили 408 чел (79,07%), оперированных «открытым» доступом - по Лихтенштейну-1 (349 чел., 67,64%) и доступом по Нихус (59 чел., 11,43%). Во вторую группу включено 108 чел (20,93%) после эндовидеохирургических методов протезирующей герниопластики по TAPP - 91 чел (17,64%) и TEP технологии – 17 чел. (3,29%). Согласно классификации типа паховых грыж по Нихус в первой группе на 11,7% преобладали больные паховыми грыжами III Б типа, во второй группе - на 15% II-типа. Соотношения пациентов с IIIA и IV-типом грыж в исследуемых группах существенно не отличались. Основным видом обезболивания при герниопластики по Лихтенштейн – 1 была местная анестезия, а при герниопластики доступом по Нихус и эндовидеохирургически – наркоз. В качестве экспланта у больных обеих групп использовали полипропиленовую сетку. Отдаленные результаты в течение 1-5 лет после оперативного вмешательства изучены у 58 чел. Результаты исследования. Интраоперационных осложнений у больных обеих групп не было. В раннем послеоперационном периоде после открытых методов протезирующей герниопластики по Лихтенштейн-1 и доступом по Нихус осложнения со стороны операционной раны возникли у 27 чел (6,62±0,33%). Наиболее частым осложнением была серома - 12 чел (2,94±0,15%), Затем по убывающей - воспалительные инфильтраты и нагноение послеоперационной раны - 8 чел (1,96±0,1%), гематома шва 4 чел (0,98±0,05%), водянка яичка 3 чел (0,74±0,04%). У пациентов оперированных эндоскопически ранние послеоперационные осложнения выявлены в 1,5 раза реже (5 чел, 4,63±0,45%, P<0,05). Все осложнения в обеих группах были устранены. Средний койко-день в исследуемых группах был одинаковым (соответственно 9 и 9,5 дней). Отдаленные результаты изучены у 58 человек, из них паховый болевой синдром выявлен у 7 человек (12,07±1,58%). Во второй группе, оперированных по TAPP технологии, доля больных с паховым болевым синдромом (3,45±0,45%) была статистически достоверно (P

1013. КОМБИНИРОВАННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПЕРИТОНИТА

*Лебедев Н.В., Климов А.Е., Агрба С.Б.,
Гайдукевич Е.К.*

Москва

Российский университет дружбы народов

Актуальность. В настоящее время у больных с перитонитом, для прогнозирования его исхода и определения лечебной тактике, широко используют различные системы количественного измерения индивидуального фактора риска. Наиболее часто используют системы MPI (Мангеймский индекс перитонита), APACHE II, MODS[9], SOFA, шкала индекса брюшной полости (ИБП). Оценка прогностических способностей данных систем показала, что только шкалы APACHE II и MPI вносят независимый вклад в прогноз исхода перитонита (отношение шансов 6,7 и 9,8 для APACHE II и MPI соответственно). Однако сопоставление литературных данных заставляет нас сомневаться в достоверности прогноза MPI в исходе перитонита. Нами изучены показатели летальности при перитоните в зависимости от балла MPI по данным восьми независимых исследований. При одних и тех же параметрах оценки смертельные исходы по данным различных авторов наступают с различной вероятностью, причем эта разница достигает 50%. Материал и методы исследования. Наши исследования у 200 больных с перитонитом показали, что наибольшее значение в исходе перитонита имеет выраженность синдрома системного воспалительного ответа (SIRS 3-4 - вероятность события P(E) (0,75-1,0) и наличия органной недостаточности (P(E) = 0,8). Пол и возраст не были значимыми прогностическими факторами (вероятность события менее 0,1). Полученные результаты. На основании выбора наиболее значимых факторов риска смерти, нами была разработана комбинированная система перитонита (КСП) включающего в себя как клинические, так и лабораторные параметры. В создании системы мы ориентировались на легко определяемые параметры, доступные практически в любом хирургическом стационаре. Причинами перитонита были деструктивные формы острого аппендицита, холецистита, перфоративная гастродуоденальная язва, перфорации тонкой и толстой кишки различного генеза, кишечная непроходимость. В критерии КСП включили: наличие злокачественного образования (2 балла), распространенный перитонит (1 балл), длительность перитонита свыше 24 часов (1 балл), наличие калового экссудата (2 балла), содержание альбумина в сыворотке крови менее 21 г/л (3 балла), оценка



по системе SIRS - SIRS 3 (4 балла), SIRS 4 (5 балла), сепсис (4 балла), септический шок (5 баллов), наличие органной недостаточности (4 балла). Наличие органной недостаточности определяли по qSOFA (упрощенная система SOFA). Органная недостаточность фиксируется 2 и более баллов по qSOFA. Под сепсисом понимали наличие инфекции в сочетании с органной недостаточностью (qSOFA 2 или 3). Пороговое значение (вероятность летального исхода более 50%) КСП составляет 8 баллов. При баллах от 10 до 14 вероятность смерти 89%. При балле 15 и более вероятность смерти абсолютна (100%). Чувствительность и специфичность КСП (96-99% и 90-94%) превышает аналогичные показатели MPI и APACHE II соответственно. Нами был проведен сравнительный анализ шкал MPI, SOFA, APACHE II и КСП с помощью кривой ошибок (ROC-analysis). Качество классификатора оценивали по значению площади под кривой каждой шкалы (Area under curve, AUC). Чем больше AUC (0,5-1), тем достовернее считается выбранная модель. КСП показала лучший результат (AUC=0,994) в сравнении с MPI (AUC=0,904), APACHE II (AUC=0,903), SOFA (AUC=0,967) (p

её с ощущением «панциря», сморщивание сетки с образованием свищей и гнойников, миграция сетки. Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения и профилактики 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 надапоневротической 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

1014. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ 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 Государств

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



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.

1015. ВЛИЯНИЕ ЛИФТИНГА МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ ГИПОГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ БРЮШНОГО ПРЕССА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Суковатых Б.С.(1), Валуйская Н.М.(1), Герасимчук Е.В.(2)

Курск

- 1) ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет
- 2) ОБУЗ КГКБ СМП

Цель исследования: оценить функциональное состояние брюшного пресса после эндопротезирования брюшной стенки у больных с послеоперационными и пупочными грыжами. Материалы и методы исследования: проведен анализ комплексного обследования и последующего оперативного лечения 120 женщин с вентральными грыжами больших размеров, находившихся на лечении в хирургической клинике ОБУЗ КГБ СМП г. Курска в 2010-2016 гг. Возраст больных колебался от 42 до 65 лет. Все женщины имели ожирение III-IV степени, индекс массы тела превышал 30 кг/м², дефект брюшной стенки был более 50 см. Больные были разделены на две группы статистически однородные по полу, возрасту, индексу массы тела, размерам дефекта брюшной стенки по 60 человек в каждой. Пациенткам в 1-й группе выполнялось грыжесечение с удалением избытка подкожной жировой ткани, ушиванием дефекта брюшной стенки «край в край» с последующим наапоневротическим эндопротезированием по стандартной технологии. Пациенткам 2-й группы производили герниопластику и лифтинг мышечно-апоневротических тканей гипогастральной области брюшной стенки оригинальным отечественным эндопротезом. Полипропиленовый эндопротез, включает в

себя основной лоскут размерами 15x15 см с закругленными углами и дополнительный, размерами 5x40 см в виде широкой ленты, расположенной у нижнего края основного лоскута в поперечном к нему направлении (патент РФ на изобретение №2459597 от 27.08.2012). Выполняли пластику грыжевых ворот путем ушивания дефекта апоневроза «край в край». Сверху на ушитые грыжевые ворота помещали основной лоскут полипропиленового эндопротеза размерами 15x15см. Ниже места пластики на уровне linea bispinalis в горизонтальном направлении размещали дополнительный лоскут полипропиленового эндопротеза в виде ленты шириной 5см и длиной 40см. Через 12 месяцев после операции проводилось контрольное клиническое и ультразвуковое исследование брюшной стенки. Результаты: через год после операции у больных 1-й группы отмечалось частичное улучшение функции брюшной стенки, вследствие уменьшения на 52,4 % дряблости живота и его куполообразной формы, диастаза прямых мышц. Сохранялось расширение прямых и боковых мышц живота с резким снижением степени утолщения и сужения при напряжении от исходной величины, которая не менялась при функциональной нагрузке. Функциональное состояние брюшного пресса осталось неудовлетворительным у 47,6 % больных. У больных 2 группы после одновременного эндопротезирования и лифтинга полипропиленовой сеткой обнаружено улучшение функции брюшной стенки. Так, частота дряблости и птоза уменьшилась на 95,2%, сглаживалась куполообразная форма и ликвидировался надлобковый жировой фартук. При функциональной нагрузке увеличилась степень утолщения и сужения прямых и боковых мышц живота в 1,5 раза от исходной величины. Функциональное состояние брюшного пресса стало удовлетворительными у 95,2% больных. Развития новых послеоперационных грыж не отмечено. Обсуждение: эндопротезирование брюшной стенки в сочетании с лифтингом мышечно-апоневротических тканей позволяет уменьшить растяжение мышц брюшного пресса и предотвратить прогрессирование анатомо-функциональной недостаточности брюшной стенки. Вывод: лифтинг мышечно-апоневротических тканей позволяет восстановить функцию брюшного пресса у больных с вентральными грыжами. Рекомендации: эндопротезирование брюшной стенки с лифтингом мышечно-апоневротических тканей может производиться в условиях общехирургических стационаров центральных районных, городских и областных больниц.



1016. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Калиниченко А.Ю. (1,2), Халилов З.Б. (1),
Азимов Р.Х. (1,2), Пантелеева И.С. (1,2),
Курбанов Ф.С. (1)*

Москва

1) РУДН, 2) ЦКБ РАН

Актуальность: Рост заболеваемости колоректальным раком, фиксируемый в последние десятилетия, является главной причиной постоянного интереса хирургов и онкологов к изучению этой темы. Операции, выполняемые с использованием видеозендоскопической техники, сопровождаются уменьшением послеоперационных болей, интраоперационной кровопотери, а также сокращением сроков реабилитации больных. Однако возможность выполнения таких операций у определенных групп больных раком ободочной кишки, по-прежнему подвергается сомнению. Материал и методы: За период с 2011 по 2016 год хирургическое лечение было поведено 90 больным раком ободочной кишки на базе Центральной больницы г. Баку (Азербайджанская республика) и клинической базе кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГПОУ ВО РУДН, ЦКБ РАН г. Москва (РФ). Было 46 мужчин и 44 женщины в возрасте от 21 лет до 89 лет (средний возраст $66,9 \pm 1,6$ лет). Больные были подвергнуты хирургическому лечению как с использованием видеозендоскопической техники (1 группа, 54 больных), так и из традиционного лапаротомного разреза (2 группа, 36 больных). Группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам. 1 и 2 стадии опухоли были выявлены у 51,9% больных 1 группы и у 16,7% больных 2 группы, 3 и 4 стадия – у 48,1% и 83,32% соответственно (p

1017. РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОКРАТНЫМ ЧКВ В АНАМНЕЗЕ

*Акчурун Р.С., Ширяев А.А., Галяутдинов Д.М.,
Васильев В.П., Черкашин Д.И., Латыпов Р.С.,
Сапельников О.В., Мершин К.В.,
Оконешников Г.К., Власова Э.Е.*

Москва

ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ

Актуальность: Ряд исследований показывает, что предшествующее ЧКВ оказывает неблагоприятное влияние на результаты последующего коронарного шунтирования. Таким образом, остаются актуальными вопросы патоморфологических механизмов рецидива стенокардии, выбора метода реваскуляризации миокарда, эффективности повторных вмешательств. Материал и методы: В исследование включены 272 пациента с ИБС, прооперированных на базе отдела сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ. Больных разделили на 2 группы: в 1 группу вошли 112 человек с однократным ЧКВ в анамнезе, во 2 группу включили 160 пациентов без предшествующей интервенции. Анализ клинической характеристики пациентов показал, что группы были сопоставимы по демографическим показателям и другим клиническим характеристикам, однако в группе после ЧКВ было достоверно больше больных с диффузным поражением коронарных артерий (47,3% и 31,8%, $p=0,01$). Все операции выполнялись с использованием операционного микроскопа и большого оптического увеличения. Проанализированы результаты раннего послеоперационного периода и через год после вмешательства. Статистическую обработку данных выполняли при помощи программы Statistica 7.0. Полученные результаты: По интраоперационным характеристикам группы не отличались, также не отмечено различий на госпитальном этапе по частоте осложнений, потребности в медикаментах и количеству койко-дней. При сравнении результатов исследования через год после КШ: в 1 группе зарегистрирован 1 летальный случай, во 2 группе - 2 (0,9% и 1,2%, $p=ns$), трансмуральный ИМ развился у 5 больных в 1 группе и у 6 во 2 группе (4,5% и 3,7%, $p=ns$), рецидив симптомов стенокардии наблюдался у 3 пациентов после ЧКВ и у 3 во 2 группе (2,7% и 1,2%, $p=ns$). Выводы и рекомендации: Оптимизация тактики с применением полной реваскуляризации миокарда, реконструкции мелких сосудов с микрохирургической техникой, широкое применение эндар-



терэктомий, в том числе и с экстракцией стентов, позволяет достигнуть хороших непосредственных результатов КШ у пациентов после ЧКВ, сопоставимых с результатами операций у пациентов без ЧКВ в анамнезе.

1018. ВЛИЯНИЕ МНОГОКРАТНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В АНАМНЕЗЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: 3-ХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Акчури Р.С., Ширяев А.А., Галяутдинов Д.М.,
Васильев В.П., Лепилин М.Г., Черкашин Д.И.,
Латыпов Р.С., Сапельников О.В., Емельянов А.В.,
Ильина Л.Н.*

Москва

ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ

Актуальность: В течение последних 15 лет количество чрескожных коронарных вмешательств неуклонно растет, но, несмотря на постоянные улучшения в технологии ЧКВ, частота рестенозов и рецидивов высока. В исследовании изучается влияние многократного ЧКВ в анамнезе на результаты последующего коронарного шунтирования. Материал и методы: В работе проанализированы результаты 206 пациентов с ИБС, прооперированных на базе отдела сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ. Сформированы 2 группы пациентов: в 1 группу вошли 46 пациентов с многократным ЧКВ в анамнезе, во 2 - 160 пациентов без предшествующего вмешательства. По исходным характеристикам группы были сопоставимы, однако отмечены достоверные различия по количеству больных со значимым стенозом ствола левой коронарной артерии (56,5% и 10,6%, $p=0,001$) и диффузным поражением (58,6% и 31,8%, p

1019. ОСОБЕННОСТИ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ХИРУРГОМ

*Хасия Д.Т., Матвеев И.А., Матвеев А.И.,
Гиберт Б.К., Гаврилей П.А.*

Тюмень

ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №1"

С этой целью нами анализирован 4-х летний опыт

освоения и проведения лапароскопических восстановительных вмешательств одним хирургом. Материалы и методы В клинике с 2013 по 2016гг проведено 103 восстановительных операций традиционным и лас способом без летальных осложнений. Все 64(62,13%) лас операции выполнены одним хирургом. В 2013году, период внедрения, им оперировано 15 пациентов, контрольная группа, основная- представлена 49 больными, непрерывность толстой кишки которым выполнена в 2014-16гг. В период освоения лас вмешательства выполнены 15(71,42%) из 21 восстановительной операции, в последующие годы-49(59,75%) лас вмешательств из 82 оперированных больных с концевыми колостомами. Анализированы признаки определяющие качество выполнения операции: время проведения вмешательства, интраоперационная кровопотеря, послеоперационные внутрибрюшные осложнения. Полученные результаты и их обсуждение. Время проведения восстановления непрерывности толстой кишки в контрольной группе составило 175,35мин, в основной 130,34мин, кровопотеря соответственно 196 и 40 мл. В период внедрения методики 3(20%) пациентам по поводу внутрибрюшных осложнений, в основной группе у 2(4,08%) больных были повторные операции. Анастомоз у пациентов контрольной группы был сформирован в стомальной ране ручным способом у 9(60%), линейным степлером у 5(33,33%) и 1-го(6,66%) круговым степлером трансанально, в основной группе -лигатурным методом у 8(16,32%), из них у 7 человек в 2014г и у 1-го в 2016г., механическим швом соустье сформировано в ране у 18(36,73%) человек и трансанально круговым степлером у 23(46,93%) пациентов. Результаты операций у пациентов контрольной группы были значительно хуже в сравнении с больными основной группой, что можно предположить: опытному эндоскопическому хирургу необходимо выполнить не менее 15-ти вмешательств для приобретения навыков проведения восстановительных операций. Анализ изученных признаков в основной группе в различные годы показал, что внутрибрюшные осложнений в 2014году были у 1 пациентки, в 2015году их не было, в 2016 возникло 1 осложнение. Продолжительность вмешательств в 2014-16гг была, соответственно- 134,64; 125,0 и 131,38мин, кровопотеря в 2014году 67мл, в 2015и 16гг 27мл. Различия в продолжительности операции и послеоперационных внутрибрюшных осложнений не значимые, что свидетельствует об отсутствии влияния количества выполненных вмешательств на уровень послеоперационных осложнений и на продолжительность выполнения операций в основной группе больных. Снижение кровопотери в 2015-16гг более чем в 2 раза в сравнении с 2014гг свидетельствует об обратном- с



увеличением количества вмешательств снижается объем интраоперационной кровопотери. Различия в продолжительности операций и интраоперационной кровопотере у пациентов основной и контрольной группы связаны с изменением операционной тактики: отказ от обширного адгезиолиза, сращения рассекались только в объеме необходимом для наложения анастомоза, с этим же связано снижение объема кровопотери. Второе изменение связано с более широким применением механического шва при формировании толстостолостикишечного соустья. Выводы: 1. Для приобретения опыта выполнения лапароскопически ассистированных восстановительных операций эндоскопическому хирургу требуется проведение не менее 15 операций, что позволяет в дальнейшем уменьшить уровень развития осложнений, время выполнения вмешательства и объем интраоперационной кровопотери. 2. Улучшение качества операций связано с применением тактики снижения объема адгезиолиза и применением механического шва в формировании анастомоза. Дальнейшее увеличение количества операций при сложившейся тактике вмешательств значительно не привело к улучшению качества операционной работы врача по исследуемым признакам. 3. Влияние количества операций выполненных одним хирургом на их качество требует дальнейшего изучения

1020. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ НЕСВОБОДНЫМ КОЖНО-МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ И ЗАПОЛНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ГИДРОКСИАПАТИТА

Савкин И.Д.(2), Масевнин В.В.(1), Юдин В.А.(1,2), Селиверстов Д.В.(1,2)

Рязань

- 1) ГБУ РО "Областная клиническая больница"
- 2) ФГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

Цель: оценить эффективность хирургического лечения декубитальных язв методом пластики несвободным кожно-мышечным лоскутом и заполнение дефектов костной ткани с помощью препарата на основе искусственного гидроксиапатита. Материалы и методы: под наблюдением были 16 пациентов с декубитальными язвами крестцово-ягодичной области 4 степени по классификации ANSPR с вовлечением в патологический процесс подлежащей костной ткани в виде краевого остеомиелита и остеолиза, которые были разделены на 2 группы.

В первую группу включены 10 пациентов, которым проводилось местное и общее консервативное лечение: устранение длительного непрерывного давления, уход за кожей, применение специальных повязок с учетом стадии раневого процесса, полноценное питание, коррекция основного заболевания, физиотерапевтические методы, по показаниям применялась антибактериальная терапия и препараты, улучшающие микроциркуляцию и трофику тканей. Вторая группа 6 пациентов, которым наряду с консервативным лечением было выполнено радикальное иссечение декубитальной язвы с одномоментной пластикой несвободным кожно-мышечным лоскутом. Операция включала следующие этапы: разметка операционного поля, иссечение язвы и удаление девитализированных тканей, остеонекрсеквестрэктомия, в костный дефект имплантировались гранулы препарата на основе искусственного гидроксиапатита, затем производилось выкраивание кожно-мышечного лоскута, перемещение и фиксация кожно-мышечного лоскута, ушивание раны на дренаже типа Редон. В послеоперационном периоде исключалось давление на область раны. По показаниям назначалась направленная антибактериальная терапия и средства, улучшающие микроциркуляцию и трофику тканей. Оценка результатов лечения в обеих группах проводилась через 1 месяц после выписки из стационара. Рентгенологический контроль осуществлялся через 1, 3, 6, 12 месяцев после операции. Результаты: у всех больных второй группы послеоперационная рана зажила первичным натяжением. У 2 пациентов в области послеоперационной раны наблюдалась краевая ишемия поверхностных слоев кожи (из анамнеза выяснилось, что пациент не соблюдал рекомендации и на область раны оказывалось давление), которая впоследствии эпителизовалась, не удлиняя срок заживления послеоперационной раны. Через 5-6 месяцев после операции рентгенологически отмечалось постепенное заполнение послеоперационных полостей костной тканью. Через 12 месяцев у 10 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. Вывод: представленный способ хирургического лечения декубитальных язв методом пластики несвободным кожно-мышечным лоскутом и заполнение дефектов костной ткани с помощью препарата на основе искусственного гидроксиапатита является эффективным методом лечения данной патологии.



1021. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Влахов А.К.

Симферополь

Медицинская академия имени С.И.
Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.
Вернадского»

Цель: улучшить результаты оперативного лечения осложнённых форм хронического панкреатита (ХП) путем применения интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ). Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 16 больных возрастом от 24-68 лет с ХП, 12 мужчин и 4 женщины. Больным выполняли комплекс общеклинических исследований, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию, эзофагогастродуоденоскопию, холангиопанкреатографию. Для ИОУЗИ использовали сканер с мультисекторным линейным датчиком 7,5-10 МГц, пакетом доплеровских режимов. Датчик погружали в стерильный полиэтиленовый рукав. Обзорное ИОУЗИ проводили после выполнения лапаротомии. Датчик размещали на передней стенке желудка после полной эвакуации воздуха из его просвета. Интраоперационную эхонавигационную ассистенцию выполняли после мобилизации желудочно-ободочной связки, двенадцатиперстной кишки. Для выбора операционно-технического приема датчик располагали на передней поверхности поджелудочной железы (ПЖ). Для полноценной визуализации ПЖ, парапанкреатической зоны, операционное поле заполняли изотоническим раствором. В послеоперационном периоде проводили посиндромную терапию; ультразвуковой мониторинг. Результаты, обсуждение. Выбор способа операции определяли на основании полного клинического обследования, инструментальных данных о характере, распространенности поражения и топической локализации очаговой патологии ПЖ, стремлении применить наиболее адекватные оперативные приемы при минимальной степени хирургической агрессии. Применение ИОУЗИ позволило отказаться от пальпаторной ревизии ПЖ и проведения традиционной широкой мобилизации тканей для доступа к ПЖ благодаря малому размеру датчика. Основными задачами ИОУЗИ считали: 1) установление топической локализации и размеров очаговой патологии ПЖ (киста, опухоль, конкремент, стеатонекроз); 2) характеристика главного панкре-

атического протока: величина дилатации, степень обструкции; извитость, локализация конкрементов; 3) адекватная оценка внутриорганной ангиоархитектоники; степени васкуляризации очагов; состояние интра- и перинодулярного кровотока; 4) выполнение интраоперационной тонкоигольной биопсии для морфологической верификации диагноза; 5) выявление дополнительных очагов, не диагностированных на дооперационном этапе из-за малых размеров или изоэхогенной структуры; 6) выбор площадки для выполнения панкреатотомии, вирсунготомии, цистотомии; 7) определение уровня резекции паренхимы ПЖ, расчет границ формирования анастомоза; 8) расположение зоны интереса относительно: аорты, брыжеечных и селезеночных сосудов, нижней полой и воротной вен, желчевыводящих путей; наличие портальной и билиарной гипертензии; 8) инвазия очаговой патологии в ткани, стенки сосудов, лимфоузлы. Использование ИОУЗИ в 12 случаях подтвержден дооперационный диагноз, у 4 больных выявлена патология, не распознанная на этапах предоперационного обследования. В 11 случаях проведена интраоперационная пункционная биопсия под контролем ИОУЗИ. Проведено 8 цистоеюностомий, 4 продольных панкреатоеюностомий; 2 дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией; 1 энуклеация цистoadеномы; 1 наружное дренирование псевдокисты. Интраоперационная кровопотеря была минимальной. Продолжительность операций сопоставима с таковыми без применения ИОУЗИ. Летальных исходов не было. Послеоперационных осложнений, требующих дополнительной хирургической коррекции, не наблюдали. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Выводы. Применение ИОУЗИ с использованием высокочастотного датчика и доплеровских режимов, как метода интраоперационной ассистенции при операциях на ПЖ, позволяет выявить патологию, не диагностированную на дооперационном этапе, обеспечить выбор наименее инвазивного оперативно-технического приема, осуществить непосредственный контроль эффективности проведения хирургического вмешательства. Использование ИОУЗИ способствует минимизации хирургической травмы, снижению количества послеоперационных осложнений.



1022. КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КТ-АНГИОГРАФИИ И ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Засорин А.А., Максимова К.И.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет, НУЗ «Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажирский ОАО «РЖД»

Введение. Среди задач современной хирургии органов брюшной полости важное место занимает проблема несостоятельности межкишечного анастомоза. Актуальность диктуется сохраняющейся высокой частотой данного послеоперационного осложнения, которое встречается в 2,7% - 45,5% случаев. По данным З.М.Сигала и др. в экстренных условиях процент несостоятельности межкишечных соединений увеличивается в 510 раз, достигая при перитоните 24,4-31% [3]. Современными методами исследования магистрального и микроциркуляторного русла является КТ-ангиография мезентериальных сосудов и метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Использование данных диагностических методик позволяет оценить степень атеросклеротического поражения верхней и нижней брыжеечной артерии (стеноз до 50%, стеноз более 50%, окклюзия), а также оценить микроциркуляцию на участке предполагаемой зоны анастомоза, что дает возможность и спрогнозировать состоятельность анастомоза. Цель исследования – спрогнозировать риск несостоятельности первичного анастомоза путем оценки магистрального кровотока и микроциркуляции кишечной стенки по данным КТ-ангиографии и лазерной доплеровской флоуметрии. Материал и методы исследования. В исследование вошли 40 пациентов, прооперированных в 1 хирургическом отделении НУЗ «Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажирский ОАО «РЖД» в 2016 году. 20 пациентов старше 65 лет с подтвержденным раком ободочной и сигмовидной кишки в анамнезе, осложненным толстокишечной непроходимостью на стадии субкомпенсации составили основную группу. Непроходимость была разрешена консервативно в течении 24 часов, в последующим выполнялось радикальное оперативное лечение (при технической возможности и переносимости операции). В группу сравнения включены 2 пациентов аналогичного возраста без органической патологии толстой кишки. На этапе предоперационной

подготовки больным была выполнена оценка магистрального кровотока по данным КТ-ангиографии системы верхней и нижней брыжеечных артерий с целью оценки наличия и степени стеноза. Микроциркуляторное русло кишечника исследовали на аппарате «Анализатор капиллярного кровотока лазерный ЛАКК-01 с программным обеспечением» научно-производственного предприятия «Лазма» (г.Москва, Российская Федерация). Полученные результаты сравнивались со средними показателями, полученными в группе сравнения. Сравнение проводилось по значению показателя индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) [1, 2]. Результаты исследования и их обсуждение. При анализе показателей, снятых со у пациентов группы сравнения, были получены следующие результаты. Среднее значение ИЭМ в группе сравнения составило 1,1+0,07, что было принято нами за норму. При значении ИЭМ 1,03 и выше нами накладывался первичный анастомоз. При значениях ИЭМ 1,02 первичный анастомоз не выполнялся. У 18 пациентов основной группы средний показатель ИЭМ на уровне резекции 1,06+0,1. В двух случаях показатель ИЭМ был снижен и составил 0,81+0,16, что заставило воздержаться от наложения первичного анастомоза. По результатам КТ-ангиографии в 18 вышеприведенных случаев степень стеноза верхней и нижней брыжеечной артерии составила менее 50%. В 2 случаях значительно сниженной перфузии по результатам КТ-ангиографии был подтвержден гемодинамически значимый стеноз нижней брыжеечной артерии более 50%, в связи с чем в данных случаях было решено воздержаться от формирования первичного анастомоза. Вывод: комплексное применение КТ-ангиографии и ЛДФ для исследования магистрального кровотока и микроциркуляции позволяют решить вопрос о формировании первичного анастомоза при резекции у пациентов пожилого и старческого возраста с колоректальным раком.

1023. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Котькин В.А.

Самара

Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко

Актуальность. Конец XX века и начало XXI века характеризуются «эпидемией» травматизма, в том числе и значительным ростом политравм.



Ежегодно в мире только от ДТП гибнет около 1,2 млн. чел, а телесные повреждения получают до 50 млн (ВОЗ, 2010). На дорогах России в 2015 году погибло 34 тысяч человек. Результаты лечения пострадавших остаются на низком уровне (Багненко С.Ф., 2016). Цель исследования. Улучшить результаты лечения пострадавших с политравмой на основе рациональной диагностики и хирургической тактики. Материалы и методы исследования. В работе представлены результаты лечения 1984 пострадавших с политравмой, находившихся в травмоцентре ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко» в период с 2012 по 2016 годы. Количество пострадавших в 2012 году составило 431. Из года в год оно постепенно уменьшалось до 246 в 2016 году. Практически всем пострадавшим выполнялась спиральная компьютерная томография по Fast-протоколу, ультразвуковая диагностика и рентгенография на цифровом рентгенологическом комплексе. Современные цифровые лучевые методы позволяют в короткий временной промежуток установить повреждения во всех областях тела и сформировать рациональную хирургическую тактику. В реанимационных мероприятиях нуждались 77%. Процесс оказания помощи и диагностика у таких пациентов осуществлялись в «шоковой» операционной. Результаты работы. На основании постановления правительства РФ был принят приказ Министерства здравоохранения РФ №927-н от «15» ноября 2012 г: «Порядок оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами». Следует отметить, что основная масса, 1582 пациентов, (89%) доставлялась на машинах «скорой помощи» и 11% попутным транспортом с места инцидента. Среднее время доставки составило 42 минуты. По мере накопления опыта, из года в год увеличивалось количество спиральных компьютерных томографий, проведенных у данной категории пострадавших. Если в 2012 году их было выполнено 922, то в 2015 году – 7248 исследований. Приобретенный опыт позволил значительно улучшить качество диагностики повреждений. В диагностике и лечении системных осложнений у пострадавших с политравмой особое внимание уделяли вопросам диагностики, прогнозирования и лечения сепсиса. С этой целью проведен сравнительный анализ. В его основе оценка результатов в основной и группе сравнения. В основной группе пострадавших септические осложнения развились у 116 (65,9%) пострадавших, а в группе сравнения – у 177 (98,3%) пациентов. В основной группе пострадавших удалось снизить количество всех значимых инфекционных жизнеугрожающих осложнений таких как сепсис, тяжелый сепсис, септический шок на 32,4%, благодаря предложен-

ному алгоритму лечения на основе метода динамического прогнозирования тяжести течения ТБ и методики прогнозирования развития тяжелого сепсиса. Первое место среди операций, выполненных пострадавшим, первое место занимают диагностические лапароцентез и лапароскопии (612 операций). Сформировать инфраструктуру, необходимую для полноценного оказания стационарной медицинской помощи пострадавшим с тяжелой травмой, можно далеко не во всех стационарных учреждениях. При сравнении результатов госпитального лечения пострадавших с тяжелой травмой в травмоцентрах и больницах, не имеющих данного подразделения, оказалось, что летальность в травмоцентрах составила 10,8%, в то время как в других стационарах 22,5% (Багненко С.Ф., 2011).

Вывод. Сформированный алгоритм лечения пострадавших с политравмой позволил улучшить результаты лечения. Летальность в травмоцентре ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко» за анализируемый период удалось снизить с 4,6% в 2012 г до 1,43% в 2016 г.

1024. ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЙ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ ПРИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Дулаева С.К.

Санкт-Петербург

СЗГМУ имени И.И. Мечникова

Актуальность. Опыт лечения стенозов у лиц пожилого и старческого возраста сводится к выполнению обходных анастомозов, методики выполнения данной операции разнятся, но как правило операция выполняется через традиционный лапаротомный доступ, что сопровождается значительным числом осложнений, нарушение всех видов обмена, замедлению процессов заживления, наличие большой операционной раны, и высокой послеоперационной летальностью. Все эти факторы утяжеляют уже имеющийся полиморбидный фон. До настоящего времени выбор метода оперативного вмешательства окончательно не определен. В связи с внедрением в хирургическую практику эндовидеохирургии открываются новые возможности в лечении данной категории больных. Цель исследования: Сравнить результаты лечения у больных старших возрастных групп с субкомпенсирован-



ным и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка в условиях полиморбидности с использованием традиционного оперативного вмешательства и эндовидеохирургического формирования соустья. Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ лечения пациентов пожилого и старческого возраста, с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Больные были распределены на 2 группы. В обеих группах средний возраст составил 78 лет. В контрольную группу вошли пациенты, которым оперативное вмешательство выполнялось традиционным методом: 65 пациентов: 18 с субкомпенсированным, 47 с декомпенсированным стенозом. В основной группе с использованием эндовидеохирургии оперировано 30 пациентов. Стеноз субкомпенсированный был у 9, декомпенсированный у 21. Анастомоз у 9 пациентов наложен аппаратным швом, а у 21 механическим 2-х рядным швом, с помощью монофиламентной нити. Во всех случаях впередиободочный анастомоз формировался на длинной петле, с брауновским соустьем. У большинства больных одновременно имелось более пяти сопутствующих заболеваний. Время оперативного вмешательства составило 101±5 минут в среднем. Влияние на течение переоперационного периода оценивалось с помощью индекса коморбидности Чарлсона и гериатрической шкалы клинической оценки Сандоз (Sandoz Clinical Assessment Geriatric – SCAG). В обеих группах в биохимическом анализе крови отмечались: гипопроотеинемия и водно-электролитные нарушения. По полу, возрасту и тяжести сопутствующей патологии группы были сопоставимы. Всем больным проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию имеющихся выраженных расстройств водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия, нутритивная поддержка. Результаты. В ходе исследования оценивали течение послеоперационного периода, длительность операционного койко дня. Операции эндовидеохирургическим способом сопровождались низким объемом кровопотери, интенсивность боли была ниже, чем в контрольной группе, что позволило максимально быстро активизировать больных. Послеоперационные осложнения отмечались в обеих группах, в контрольной 17 (26,15%), в основной 2 (6,6%). В контрольной группе послеоперационный койко день составил - 24 суток. ИОХВ (инфекция области хирургического вмешательства) у 3 (4,61%) пациентов, 3 (4,61%) пациента с гипостатической пневмонией, в 5 (7,69%) случаях закончилось летальным исходом в связи с ТЭЛА, 5 (7,69%) с ОИМ (острым инфарктом миокарда), 1 с кровотечением, 8 летальных исходов. В основной группе послеоперационный койко день составил - 14 суток. ИОХВ у 1 пациента и

1 гипостатическая пневмония. Значимых соматических изменений не отмечалось, однако имелось 2 летальных исхода, связанных с декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией. Выводы. Таким образом, видеоассистированное формирование гастроэнтероанастомоза при пилородуоденальном стенозе у пациентов старшей возрастной группы позволяет снизить число послеоперационных осложнений с 26,2% до 6,6%, летальность с 12,3% до 6,6%, послеоперационный койко день с 24 до 14 суток и получить значительный социально-экономический эффект.

1025. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ХОЛЕДОХА

*Ефремов А.П., Шестопалов С.С.,
Бондаревский И.Я., Захаров В.А.,
Абдрашитов Р.Р.*

Челябинск

Челябинская областная клиническая больница.

Киста холедоха – мешковидно, чаще врожденное, расширение общего желчного протока. Данная патология не часто встречается особенно у взрослого населения – до 20 %. Клинически данная патология проявляется периодическими болями в правом подреберье, может сопровождаться желтухой, явлениями холангита. Но до 90 % людей о наличии кисты холедоха, протекающих бессимптомно, узнают случайно при скрининговом УЗИ. С данной патологией мы сталкивались нечасто, за последние 10 лет прооперировано 4 больных. Всем произведена резекция кисты холедоха, 2 с гепатико-еюностомией, 2 с наложением билио-билиарного анастомоза. У одной пациентки нам удалось провести резекцию кисты холедоха и ГЕА по Ру лапароскопическим методом. На лечение в клинику направлена больная 42 лет, с жалобами на боли в правом подреберье, периодического характера, связанными с приемом пищи. По месту жительства хирургом заподозрено наличие ЖКБ с хроническим холециститом. Проведено УЗИ брюшной полости, при котором выявлено жидкостное образование в гепатодуоденальной связке до 4х3 см, уточнить размеры холедоха не удалось. Больная направлена на консультацию хирурга в ЧОКБ, где проведено повторное УЗИ и выставлен диагноз кисты холедоха. Проведена МРХПГ при которой, верифицирована киста общего желчного протока с впадением правого и левого долевого протока, а также изолированным впадением протока первого сегмента печени и пузырного протока. При



биохимическом исследовании патологических изменений в ФПП не было, умеренное повышение билирубина до 28 ммоль/л. Пациентке предложено оперативное лечение в объеме резекции кисты холедоха с гепатикоеностомией по Ру, доступ лапароскопический, но оговорен вариант конверсии доступа в лапаротомный, при наличии технических сложностей. Больная оперирована – лапароскопическая холецистэктомия, резекция кисты холедоха, гепатикоеностомия на петле по Ру с дренажем по Фолькеру протока первого сегмента печени. Вариант дренирования выбран в связи с малым диаметром протока первого сегмента. Технических сложностей с выделением кисты не было, чему способствовала лучшая визуализация при лапароскопическом доступе. Сам холедох выделен при помощи диссектора, обойден в месте перехода в интрапанкреатическую часть, клипирован, после чего до устья правого и левого долевого протоков, с оставлением площадки до 5 мм по краям, произведена резекция кисты. Петля по Ру выключена в 30 см от связки Трейца, позадиободочно проведена в окне мезоколон в подпеченочное пространство, наложен непрерывный гепатикоеностомоз нитью PDS 4-0. Затем отдельно через заглушенную петлю выведен дренаж Фолькера, установленный в проток первого сегмента, наложен холангиоеностомоз нитью PDS 4-0, с формированием канала на кишке для дренажа Фолькера. Дренаж выведен в левом подреберье. Время операции 5 часов 10 мин, больная наблюдалась в ОРИТ на протяжении суток, затем переведена в общее отделение, активизирована, начата энтеральная гидротация с расширением диеты до 5 стола. Дренажи из-под анастомоза удалены на 3 сутки, дренаж Фолькера завязан на 5 день, оставлен на 1 месяц. На протяжении 1 года наблюдения больная жалоб не предъявляет, при контрольном УЗИ и МРХПГ признаков билиарной гипертензии нет, в биохимических анализах крови – без патологии. Таким образом, лечение кист холедоха, как редкой патологии, требует индивидуального подхода к каждому больному. Решение о методе и объеме оперативного лечения, его доступе должно приниматься индивидуально, после тщательного дообследования больного, обязательно включающего проведение МРХПГ. Лапароскопический доступ может применяться при данной патологии, как вариант выполнения всего объема операции, так и вариант частичной мобилизации протоков и кишки, для последующего наложения анастомоза через небольшую лапаротомию.

1026. МИНИСТЕРНОТОМИЯ ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АОРТАЛЬНОМ КЛАПАНЕ И ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЕ

Муратов Р.М., Мидинов А.Ш.

Москва

ФГБУ Научный Центр сердечно-сосудистой
хирургии им. А.Н.Бакулева МЗ РФ

Верхняя мини-стернотомия в некоторых клиниках стала стандартным доступом при вмешательствах на аортальном клапане и восходящей аорте. Широкого распространения, однако, эта методика не приобрела в связи с опасением осложнений и техническими трудностями у больных с ожирением и при повторном характере вмешательства.

Материал и методы. В период 2002-2016 гг. в отделении неотложной хирургии НЦ ССХ им.А.Н. Бакулева выполнено 284 операции на клапанах сердца с использованием мини-доступов. Из них 92 операции – у больных с ожирением (индекс массы тела >30 кг/кв.м.). В этой группе у 70(81%) – изолированное ПАК, реПАК – 7, протезирование восходящей аорты и АК – 6, ПАК после АКШ – 2, ПАК с расточкой ФК – 2. Все операции выполнялись с использованием стандартного оборудования. В качестве контроля по методике “propensity-score-matching” взята сопоставимая группа из 73 больных, у которых операция выполнялась путем полной стернотомии. Еще одна когорта больных – повторные вмешательства на АК и восходящей аорте. С использованием мини-доступа выполнено 43 операции, когда полная рестернотомия представлялась рискованной из-за плотного прилегания грудины или шунтов к грудине. Вмешательства включали ПАК после открытой комиссуротомии (13), реПАК(19), ПАК после АКШ (5), протезирование восходящей аорты и АК(6). Результаты. В группе мини-доступа у больных с ожирением госпитальная летальность составила 2% (в группе полной стернотомии -2,7%). Время пережатия аорты и ИК не отличались, однако, по-сравнению с группой с полной стернотомией достоверно реже требовались переливание крови ($p=0,0001$), ДН+длительность ИВЛ ($p=0,048$), раневые осложнения ($p=0,006$), использование наркотических анальгетиков (0,0001), эксудативный перикардит ($p=0,047$). В группе повторных вмешательств конверсии в полную стернотомию, а также летальных исходов не было. Отек мозга отмечен лишь в одном случае. Раневых осложнений не было. Методика оценивалась как воспроизводимая и безопасная.

Выводы. Верхняя министрнотомия позволяет



выполнить полный спектр вмешательств на аортальном клапане и восходящей аорте, в том числе у больных с избыточным весом и при повторных операциях. При ожирении министернотомия снижает кровотерю, снижает риск дыхательной недостаточности и раневых осложнений, ускоряет реабилитацию. При повторных операциях мини-доступ оправдан при высоком риске травмы правого желудочка и функционирующих аорто-коронарных шунтах.

1027. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ В ХИРУРГИИ. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Мосин С.В. (1,2), Курашинова Л.С. (1),
Макарова О.К. (1), Сажин А.В (1)

Москва

(1) Кафедра факультетской хирургии №1
лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова
(2) Московский Клинический Научный Центр

Цель исследования. Проведено изучение причин обращения пациентов и возможностей осуществления врачом телемедицинских консультаций типа «врач-пациент» по профилю «хирургия», а также результатов их применения. В качестве объекта исследования были взяты данные консультаций «врач-пациент», осуществлённых сотрудником кафедры общей хирургии и лучевой диагностики и соавтором настоящей статьи, в рамках бесплатного интернет-проекта телемедицинских консультаций.

Материалы и методы. Всего консультантом за 5 лет проведено 1312 телемедицинских консультаций «врач-пациент». Консультант имеет действующие сертификаты по профилю «хирургия» и «онкология», является действующим врачом-хирургом со стажем работы 14 лет. Среди пациентов преобладали женщины, средний возраст - 27,5 лет. Обратная связь для оценки эффективности проведённой консультации была получена нами в 52 случаях. В исследовании была проведена оценка качества и эффективности телемедицинской консультации, исследование носило характер когортного ретроспективного. Субъектами исследования были: пациент, врач-консультант и провайдер телемедицинских услуг. Первичными конечными точками являлись: выявление причины обращения к хирургу на телемедицинскую консультацию, и определение эффективности (результата) проведённой телемедицинской консультации. Дополнительной оценке подлежал ряд вто-

ричных конечных точек исследования. Результаты. 67,4% пациентов на момент обращения за консультацией находились в доступной близости от врача или поликлиники/больницы. 53,1% респондентов отметили неудовлетворённость качеством медицинского услуг в поликлинике по месту жительства. Первичная диагностика заболевания не является ведущей причиной обращения за телемедицинской консультацией к хирургу. 63,5% всех консультаций требовались пациентам с целью получения квалифицированного «второго мнения», для определения необходимости обращения к врачу или к хирургу с жалобами (предварительная консультация)-57,7-55,8%, для определения плана дальнейшего обследования или лечения при уже выявленном заболевании-57,7%, и для разъяснения/коррекции проводимого лечения-51,9%. Проведённые телемедицинские консультации характеризуются высокой эффективностью по обращению в большинстве случаев, достигающей до 81,2% «эффективных консультаций». «Усреднённая эффективность» телемедицинских консультаций была рассчитана по формуле: $[\sum \text{«ср.эффект.»} = (\sum \text{«эффект.1»} + \dots + \text{«эффект. N»}) / N]$ и составила 65,1%. При подозрении на неотложные хирургические состояния, телемедицинская консультация оказалась эффективной у свыше 70% пациентов, и привела к обоснованному вызову «скорой помощи» в каждом третьем случае (33,3%). При этом пациенты или хотели понять, следует ли им обращаться за неотложной помощью (36,5% респондентов), или намеревались избежать этого (28,8% респондентов). 74,0% респондентов оказались удовлетворены быстротой получения ответа телемедицинской консультации. Большинство респондентов поставили высокую оценку «доброжелательности» консультанта (74% - на 4-5 баллов), 63,3% респондентов высоко оценили «информативность» ответа консультанта (4-5 баллов). Выводы. Отложенные телемедицинские консультации типа «врач-пациент» по профилю хирургия являются новым видом информационных услуг, которые, при наличии соответствующей законодательной базы могли бы считаться видом медицинских услуг. Основным побудительным мотивом к обращению за телемедицинской консультацией является не удалённость медицинской помощи по месту жительства пациентов, а её невысокое качество. Первичная диагностика не является ведущей причиной обращения. Проведённые телемедицинские консультации характеризуются высокой эффективностью. Телемедицинские консультации могут быть осуществлены и при подозрении на неотложные хирургические состояния. Большинство респондентов оказались удовлетворены быстротой и информативностью ответа телемедицинской консультации.



1028. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ РЕТРОГРАДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*Родоман Г.В.(1), Соколов А.А.(1),
Желтиков А.Н.(1), Зарубиани В.Г.(2),
Сиротинский В.В.(3), Лопаткин Д.С.(3)*

Москва

- 1) ФГБУ ВО РНИМУ им Н.И.Пирогова
- 2) 1 МГМУ им И.М.Сеченова
- 3) ГБУЗ «ГКБ №13 ДЗМ»

Лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза является актуальной проблемой в экстренной хирургии. За 2016 год в отделении эндоскопии ГБУЗ "ГКБ № 13 ДЗМ" выполнено 122 стентирования у больных с желчной гипертензией, при этом, 83 пациентам при механической желтухе опухолевого генеза. Дренирующие операции этой категории больных выполнялись в экстренном или срочном порядке до окончательной верификации диагноза. Алгоритм подготовки больных включал срочное комплексное обследование, клинический и биохимический анализы крови и мочи, обязательное УЗ - исследование гепато-билиарной системы. В ряде случаев, план обследования дополнялся компьютерной томографией с болюсным контрастированием. При выработке показаний к дренирующей операции, в первую очередь, оценивалась локализация патологического процесса. В случае расположения опухоли в воротах печени, предпочтение отдавалось антеградной методике ЧЧХС, а в случае дистального блока - эндоскопической ретроградной холангиографии с последующим стентированием. С целью дренирования желчных протоков использовались полимерные стенты диаметром от 7 до 11 Fr, в дальнейшем - металлические самораскрывающиеся стенты от 8 до 11 мм в диаметре с различной длиной. Эндоскопическое дренирование билиарной системы выполнено у 79 % больных. При этом повторные ЭРПХГ потребовались у 56% пациентов, а в 9% случаев выполнялось более 2 исследований у одного больного. Показаниями к повторным исследованиям пациентам были: ревизия работы стента в тех клинических случаях, когда биохимические показатели не имели четкой тенденции к улучшению в течение двух суток после первичного вмешательства; наличие холангита; признаки дисфункции стента. У 19% больных была использована методика чрчечно-чрезпеченочной холангиостомии. Показаниями, в этом случае, была невозможность ретроградного эндоскопического стентирования из-за анатомических

особенностей патологического процесса и при расположениях опухоли на уровне ворот печени или долевого протока. В 2-х случаях использована методика "рандеву". Наблюдение за данной категорией больных, в сроки до 6 месяцев, показало, что за указанное время умерли 3 пациента: один - после ретроградного и двое - после антеградных стентирований. Летальные исходы не были связаны с послеоперационными осложнениями и являлись результатом прогрессирования основного патологического процесса. Таким образом, наши клинические наблюдения показали, что стентирование желчных протоков является адекватным паллиативным вмешательством у данной тяжелой категории пациентов.

1029. МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

*Новожилов А.В. (1,2), Григорьев С.Е. (1,2,3),
Мовсисян М.О. (1), Савосин Д.В. (1),
Таюрский А.С. (1), Сутенко И.А. (3),
Храмцов Е.В. (1), Лапшин К.Е. (1)*

Иркутск

- 1) ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница
- 2) Иркутский государственный медицинский университет
- 3) Иркутский научный центр хирургии и травматологии

Актуальность. Холедохолитиаз осложняет течение калькулезного холецистита примерно в 3-10% случаев. При его лечении применяется двухэтапная тактика, включающая использование преоперативной ЭРХПГ/ПСТ с последующей ЛХЭ. Известно, что только у 10-60% пациентов выявляются конкременты. В результате достаточно часто ЭРХПГ выполняется необоснованно. Учитывая особенности Иркутской области - большая территория, удаленность специализированной медицинской помощи, и потому поздняя обращаемость пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни, целесообразно двухэтапное лечение. Данная тактика предусматривает при наличии холедохолитиаза выполнение предоперационной ЭРХПГ/ПСТ с литоэкстракцией, купированием проявлений печеночной недостаточности с последующим выполнением ЛХЭ. Цель. Оценка результатов применения двухэтапной лечебно-диагностической тактики при желчнокаменной болезни, ос-



ложненной холедохолитиазом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного (форма 003/у) пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, за 2012-2015 г.г. Критерии включения – код диагноза по МКБ-10: K80.4, K80.5. Дизайн – поперечное ретроспективное исследование, выдвигающее гипотезу. Данные представлены в виде медианы с 25% и 75% квантилями. Статистическую значимость считали установленной при уровне.

1030. РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Григорьев С.Е. (1,2,3), Новожилов А.В. (1,2),
Храмцов Е.В. (1), Папешина С.А. (1),
Лапшин К.Е. (1), Быргазова М.А. (1)*

Иркутск

1) ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница 2) Иркутский государственный медицинский университет 3) Иркутский научный центр хирургии и травматологии

Актуальность. Кровотечение из варикозных вен пищевода (ВРВП) встречается почти у трети пациентов с циррозом печени. Если гемостаз достигается без применения хирургических методов, рецидив кровотечения в течение года развивается у 50-80% больных, в течение двух лет – у 80-90%. Порто-системное шунтирование (ПСШ) для профилактики кровотечения у больных циррозом печени с надежным результатом и минимальным количеством осложнений возможно при легкой степени печеночной недостаточности (класс А по Child-Pugh). На фоне массивного кровотечения прогрессирует декомпенсация функций печени, что требует длительной коррекции и ограничивает возможность проведения ПСШ в раннем периоде после эпизода геморрагии. Операции азигопортального разобщения травматичны, технически довольно сложны и зачастую сопровождаются высокой кровопотерей. Эндоскопическое лигирование рассматривается как альтернатива портокавальным анастомозам и операциям азигопортального разобщения. Цель Оценка эффективности эндоскопического лигирования вен пищевода в профилактике рецидива пищеводного кровотечения у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии. Материал и методы Проведен ретроспективный анализ лечения 88 больных

циррозом печени с синдромом портальной гипертензии в период с 2013 по 2016 г. (женщин – 34 (38,6%), мужчин – 54 (61,4%). Медиана возраста – 53 (43-59) года. Цирроз в исходе вирусного гепатита В был установлен у 22 (25%) пациентов, С – у 30 (34,1%), сочетание В и С – у 2 (2,3%), алиментарной этиологии – у 18 (20,5%), неуточненный цирроз и другой этиологии – у 6 (17,7%). С продолжающимся кровотечением из ВРВП поступили 45 (51,1%) пациентов. Пищеводное кровотечение в анамнезе однократно перенесли 33 (37,5%), два эпизода 23 (26,1%), три и более – 32 (36,3%) пациента. Степень ВРВП устанавливали в соответствии с классификацией АГ. Шерцингера. Варикозные вены 2 степени установлены у 13 (15,5%), 3 степени – у 71 (84,5%) пациента. Портальная гастропатия зафиксирована в 61 (72,6%) наблюдении. Для комплексной оценки печеночной недостаточности использовали критерии Child-Pugh. К классу А отнесены 20 (22,7%), к классу В – 39 (44,3%), к классу С – 29 (33%) пациентов. Для остановки продолжающегося кровотечения использовали зонд Блэкмора в сочетании с назначением бета-блокаторов и вазоконстрикторов (аналогов сандостатина либо терлипрессина). У этих пациентов эндоскопическое лигирование выполняли в течение 7 дней после остановки кровотечения. Для выполнения процедуры использовали набор для лигирования варикозных вен пищевода фирмы Cook. Эндоскопическую эрадикацию колец/лигатур не проводили. Пациенты находились в стационаре не менее 7 суток. Данные представлены в виде медианы с 25% и 75% квантилями. Результаты Рецидив пищеводного кровотечения в раннем периоде наблюдали у 9 (10,2%) пациентов. Кровотечение было остановлено зондом Блэкмора в сочетании с консервативными мероприятиями. Повторное лигирование выполнено 5 пациентам. В 4 наблюдениях проведено азигопортальное разобщение. В 2 наблюдениях на фоне печеночной недостаточности наступил летальный исход, причем оба пациента исходно относились к классу С по Child-Pugh. Рецидив кровотечения в раннем послеоперационном периоде был связан с ранним отторжением лигатур. Госпитальная летальность составила 4,5%. Рецидив кровотечения в отдаленном периоде наблюдали у 20 (21,8%) пациентов. Второй сеанс лигирования понадобился 46 (24,3%) больным, третий – 24 (12,7%), четыре и более – 31 (35,2%). Выводы 1. Эндоскопическое лигирование является достаточно эффективным методом профилактики рецидива пищеводного кровотечения у пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени и сопровождается низкой летальностью. 2. Методика лишена недостатков ПСШ и азигопортального разобщения. 3. Эффективное выполнение лигирования возможно при любой



степени печеночной недостаточности в отличие от ПСШ и не усугубляет тяжесть состояния пациента, что позволяет выполнять процедуру в наиболее короткие сроки от первого эпизода кровотечения.

1031. РЕЗИДУАЛЬНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ: ДИАГНОСТИКА, МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ

Устинов Г.Г. (1), Инговатова Г.М. (2), Фицев С.В. (2), Черепанов В.В. (2)

Барнаул

1) Алтайский государственный медицинский университет. 2) КГБУЗ «Городская больница №5»

Актуальность. Увеличение количества оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни привело к росту оставленных в желчных путях конкрементов. Частота резидуального холедохолитиаза колеблется от 5 до 15%. Однако многие вопросы диагностики и лечения резидуального холедохолитиаза все еще остаются нерешенными. Материал и методы. В хирургическом отделении Алтайского краевого гепатологического центра на лечении находился 261 пациент с резидуальным холедохолитиазом. Из них 249 (95,4%) была произведена видеолапароскопическая холецистэктомия. Среди больных преобладали женщины – 219 (83,9%). Возраст пациентов колебался от 23 до 84 лет. Результаты и их обсуждение. В клинической картине резидуального холедохолитиаза не выявили каких-либо особенностей. Причиной обращения в лечебные учреждения 91 (34,9%) больного были периодически возникающие боли по типу печеночной колики. Классическая триада Вилляра - приступообразные боли в правом подреберье, повышение температуры, механическая желтуха - была у 62 (23,8 %) пациентов. С механической желтухой поступило 56 (21,4%) пациентов. Болевой синдром с клиникой острого холангита был у 52 (19,9%) больных. Сроки появления клинических признаков резидуального холедохолитиаза колебались от нескольких недель до нескольких лет. У 188 (72,0%) пациентов клинические проявления холедохолитиаза появились в первый год после операции. В сроки от 1 до 3 лет холедохолитиаз диагностировали у 56 (21,5%) и лишь у 17 (6,5%) - позже 3 лет. Для диагностики холедохолитиаза и оценки состояния внепеченочных желчных путей использовали УЗИ, ЭРХПГ, МСКТ с контрастированием и эндоУЗИ. Выбор метода и объема оперативного вмешательства у больных с резидуальным холедохолитиазом зависел от величины конкре-

ментов, их локализации и состояния большого дуоденального сосочка. Открытые операции выполнены 103 (39,5%) больным. Показаниями для выполнения операции лапаротомным доступом были крупные камни (более 15 мм) и широкий холедох, камни, фиксированные в проксимальном отделе холедоха или в области бифуркации, а у 7 пациентов, которым не удалось произвести ЭПСТ Методом выбора в лечении резидуального холедохолитиаза являются минимально инвазивные технологии: эндоскопическая папиллотомия (ЭПСТ) и баллонная дилатация. Из 138 пациентов с резидуальными желчными камнями ЭПСТ выполнена 131(94,9%). У большинства больных (79,8%) проводилась канюляционная папиллотомия. У (20,2%) больных с вклиненным в папиллу камнем, применяли неканюляционный способ. Баллонная дилатация проведена 27 пациентам. Самостоятельно камни отошли у 42% больных. У остальных камни удаляли с помощью корзинки Dormia или катетера Фогарти. Контролем полного удаления желчных камней из желчных протоков служила ЭРХПГ. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде после ЭПСТ осложнения возникли у 6 (5,8%) пациентов. Кровотечение из рассеченной папиллы было у 2 (1,5%) больных, остановлено эндоскопически. Острый панкреатит развился у 4 пациентов. После операции умерла одна (0,7%) больная в возрасте 72 лет. Причиной смерти - развившаяся флегмона забрюшинного пространства и панкреонекроз. Остальные пациенты лечились консервативно. Ретроспективный анализ протоколов операций и историй болезни, больных с резидуальным холедохолитиазом показал, что основными причинами оставленных желчных камней являются нарушение технологии дооперационного обследования и необоснованное сокращение показаний к интраоперационной холангиографии. Выводы и рекомендации. Несмотря на приведенные осложнения эндоскопическая папиллотомия является эффективным методом лечения больных холедохолитиазом. Она является более щадящей по сравнению с трансдуоденальной папиллотомией и билидигестивными анастомозами. Однако должна выполняться по строгим показаниям в специализированных отделениях, имеющих достаточный опыт выполнения эндоскопических операций и оснащенных соответствующей эндоскопической и рентгенологической аппаратурой.



1032. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Меджидова Д.Р., Дабузов А.Ш., Мусаева Д.О.,
Исаева З. И.*

Махачкала

ФГБОУ ВО «ДГМУ»

Включение медицинского озона в комплекс лечения больных после органосохраняющих операций при гнойно – септических осложнениях позволяет снизить суммарную дозу антибактериальных препаратов и сократить сроки лечения [2,3,4,7,9]. Одной из актуальных проблем послеродового периода в современном акушерстве являются инфекционно-воспалительные заболевания. Несмотря на проводимую профилактику, своевременную диагностику и лечение урогенитальных заболеваний, число послеродовых септических осложнений не имеет тенденции к снижению. Увеличение частоты кесарева сечения до 11-12 % позволило значительно уменьшить перинатальные потери. Однако, по данным многих исследователей, увеличение частоты производства кесарева сечения способствует повышению материнскую заболеваемость и смертность. После кесарева сечения высок риск развития гнойно-септических осложнений с формированием несостоятельности рубца на матке [1,4,5,6,8,10]. Клинический опыт показывает, что основным методом лечения перитонита на фоне несостоятельности швов на матке по-прежнему остается хирургический (радикальные операции: надвлагалищная ампутация и экстирпация матки). Проведение органосохраняющих операций с интенсивной терапией в послеоперационном периоде у женщин фертильного возраста позволяет сохранить репродуктивную функцию. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения медицинского озона в комплексном лечении больных после органосохраняющих операций при гнойно - септических осложнениях. Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты комплексного лечения 44 родильниц после релапаротомии по поводу несостоятельности послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения. Всем пациентам обеих групп выполнены органосохраняющие операции (иссечение несостоятельного рубца на матке в пределах здоровой ткани, орошение полости матки диоксицином, введение антибиотика широкого спектра действия в зону разреза на

матке, в дозе 1,0 на новокаине 0,5% - 20 мл). Пациентам основной группы в послеоперационном периоде производили внутривенное введение медицинского озона. Стерильный физиологический раствор в количестве 400 мл предварительно озонированный, пропуская через него озонородную смесь до достижения концентрации озона в жидкости 1-6 мкг/мл, после чего вводили внутривенно со скоростью 3-7 мл в минуту один раз в сутки в течение 10-12 дней. Диагностику осуществляли на основании клиники заболевания, данных лабораторного обследования и ультразвукового сканирования матки. Результаты исследования. Общими клиническими симптомами у пациенток обеих групп были: частый пульс, подъем температуры тела, болевой синдром и субинволюция матки. Лабораторные показатели интоксикации отражали тяжесть исходного состояния пациенток. Одним из важных показателей уровня интоксикации считается СОЭ и лейкоцитоз. Исходные величины лабораторных показателей в исследуемых группах были повышены до уровня, характеризующего высокую степень интоксикации. В результате проведенной комплексной терапии показатели СОЭ и лейкоцитоза снизились в исследуемых группах, однако следует отметить, что более выраженное снижение этих показателей происходило в основной группе получавших медицинский озон. В результате проведенного лечения, пульс снизился в исследуемых группах, однако необходимо отметить, что данный показатель в основной группе стабилизировался более существенно, чем в контрольной группе. На 3-е сутки у 3 пациенток в основной группе (50,0%) сохранилась тахикардия менее 100 ударов в мин., в контрольной группе у 6 пациентов (75,0%). Общедоступным методом, косвенно характеризующим тяжесть воспалительной реакции, является температурная реакция организма. У пациенток основной и контрольной группы в послеоперационном периоде (после органосохраняющей операции) выявлена гипертермия до 38-39°C. В результате лечения температура снизилась в обеих группах, в то же время, в основной группе этот показатель снизился более существенно: так через 3 суток с момента операции данный параметр в основной группе ($37,2 \pm 0,3^\circ\text{C}$), в контрольной группе ($37,7 \pm 0,4^\circ\text{C}$). На 4-5 сутки температура в основной группе нормализовалась у 70% больных, в контрольной группе у 55%. В результате лечения, по мере купирования воспалительной реакции, АД нормализовалось, однако в основной группе стабилизация данного показателя происходила гораздо быстрее, чем в контрольной группе. В первые сутки у большинства родильниц было снижено систолическое давление. У 55,0% пациенток в основной группе показатель систолического давления при поступлении



был выше 100 мм. рт. ст., в контрольной группе – только у 34,0%. Через 72 часа от начала лечения, ни в одной группе не было пациенток с АД ниже 100 мм. рт. ст. На фоне лечения в послеоперационном периоде к 13-15 дню заболевания наличие болевого синдрома отмечено у 63,0% пациенток в контрольной группе и лишь у 32,8% – в основной группе, получавших лечение с применением медицинского озона. При сравнении высоты стояния дна матки в течение первых двух суток после оперативного лечения отмечалось, что ее значения у пациенток обеих групп достоверно не различались. Нормализация показателя высота стояния дна матки наступает у рожениц основной группы на 11-е сутки, контрольной – к 14-м суткам, т.е. в основной группе отмечалось ускорение инволюции матки на 3 дня по сравнению с контрольной группой. УЗИ матки на 3-4 день и в динамике послеоперационного периода показало, что такие параметры, как длина, ширина и объем матки (в плане инволюции) более существенными были у пациенток основной группы в отличие группы контроля. Таким образом, для инволюции матки у пациенток в 1-й группе потребовалось на 3-5 дней меньше, чем во 2-й группе. Анализ клинических и лабораторных данных и данных инструментального исследования свидетельствует об эффективности озонотерапии, что позволяет рассматривать ее как важный компонент комплексного лечения септических осложнений, способствующий снижению суммарной дозы антибактериальных препаратов и сокращению сроков лечения. Заключение. Данные проведенного нами исследования подтверждают, что влияние комплексной терапии с применением медицинского озона проявлялось в снижении лихорадки, изменении вида температурной кривой, нормализации количественных и качественных характеристик пульса, АД, отмечалось ускорение инволюции матки на 3 дня, улучшилась лейкоцитарная формула, снизилась СОЭ. Анализ клинического состояния рожениц, лабораторных данных и данных инструментального исследования в динамике позволяет сделать вывод о существенных преимуществах применения медицинского озона в комплексном лечении больных после органосохраняющих операций при несостоятельности шва на матке после кесарева сечения.

1033. АРТРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ

*Шевченко Д.С.(2), Самодай В.Г.(1),
Ушкова О.Г.(2), Рудой В.Г.(2)*

Воронеж

- 1)Кафедра травматологии и ортопедии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко
- 2)ЦАХ Воронежской городской клинической поликлиники №7

Организационные возможности центра амбулаторной хирургии (ЦАХ) со стационаром кратковременного круглосуточного пребывания (СККП), сформированного при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП №7), позволили производить различные оперативные вмешательства, которые ранее выполняли только в стационарах больниц. Значительную часть среди них занимают операции травматологического профиля и, в частности, артроскопические вмешательства на коленном и плечевом суставах. В настоящее время все активнее совершенствуется техника артроскопических вмешательств при заболеваниях и повреждениях плечевого сустава. Входят в повседневную практику новые инструменты и фиксаторы, делающие операции более эффективными и менее травматичными, что и предоставило возможность производить эти малоинвазивные вмешательства в условиях ЦАХ при поликлинике. В стационаре кратковременного круглосуточного пребывания от 1 до 3 суток ЦАХ при ВГКП №7 с 2014 г по настоящее время выполнено 19 артроскопических операций на плечевом суставе и околосуставных тканях. Среди пациентов было 11 мужчин и 8 женщин в возрасте от 28 до 75 лет. Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом в положении «пляжное кресло» с тракцией за оперируемую конечность по оси при помощи груза весом до 3 кг. По поводу адгезивного капсулита, субакромиального бурсита, приводящей контрактуры плечевого сустава артроскопические вмешательства выполнены 3 пациентам. Непосредственно перед артроскопией под эндотрахеальной анестезией производили редрессацию сустава. Во время артроскопии выполнены синовэктомия, иссечение ротаторного интервала, рассечение доступных участков капсулы сустава, тенотомия измененного сухожилия длинной головки бицепса, субакромиальная декомпрессия с экономной резекцией передненижней поверхности акромиона. В послеоперационном периоде



пациентам рекомендовали максимально раннюю активизацию конечности, учитывая при этом возраст, исходное состояние сустава, интенсивность послеоперационных болей и выраженность отека тканей. Четверо пациентов предъявляли жалобы на боли, хруст в плечевом суставе, «щелчки» при наружной ротации и отведении плеча. При артроскопии выявлено повреждение заднее-верхнего отдела суставной губы гленоида (SLAP), теносиновит сухожилия бицепса. Выполнены резекция, абразия поврежденных фрагментов губы, тенотомия бицепса с последующим тенодезом экстартикулярно на передней поверхности плечевой кости при помощи биодеградируемого якорного фиксатора LUPINE. При хронической нестабильности сустава 2 пациентам выполнена рефиксация передне-нижнего сегмента суставной губы гленоида. Поврежденный фрагмент и капсулу сустава подшивали к двум фиксаторам LUPINE. После этих операций производили иммобилизацию мягкотканной повязкой до трех недель с последующей разработкой сустава. Четверем пациентам выполнен артроскопический шов ротаторной манжеты с использованием металлических якорей TWINFIX размером 3,5 мм, иссечение субакромиальной сумки. У всех пациентов произведена тенотомия сухожилия бицепса, которая в двух случаях закончилась тенодезом к мягким тканям. Оперированную конечность фиксировали шиной с отведением под 45 градусов. У одного пациента со сросшимся в условиях металлоостеосинтеза переломом большого бугорка плечевой кости, контрактуры плечевого сустава во время компьютерной томографии обнаружены в субакромиальном пространстве множественные мелкие костные фрагменты. В СККП центра амбулаторной хирургии была произведена субакромиальная декомпрессия. Семи пациентам с привычным вывихом плечевого сустава нами выполнена открытая пластика переднего отдела сустава. Из них 4 транспозиции клювовидного отростка лопатки с общим сухожилием на передненижний отдел гленоида (оперция Латарже-Бристоу) и 3 операции в модификации Бойчев II. Производили иммобилизацию продолжительностью до шести недель конечности в повязке Дезо. На контрольных рентгенограммах положение трансплантата, консолидация удовлетворительные. В послеоперационном периоде все пациенты отмечали увеличение объема движений в суставе, восстановление мышечной силы, уменьшение боли, отсутствие ощущения «хруста». Рецидивов нестабильности не было. У одной пациентки 75 лет с адгезивным капсулитом и выраженной приводящей контрактурой плечевого сустава не удалось добиться значительно увеличения объема движений и уменьшения болевого синдрома. В значительной степени это

произошло из-за недостаточной интраоперационной редрессации сустава, связанной с опасением получить ятрогенный перелом плечевой кости. Это не позволило при артроскопии должным образом иссечь измененные ткани. У двух пациентов с обширным застарелым повреждением ротаторной манжеты отведение плеча увеличилось с 30 лишь до 60 градусов. Однако интенсивность болей значительно уменьшилась и оба пациента остались удовлетворены восстановленным объемом движений. У одной пациентки после тенодеза сухожилия длинной головки бицепса возникла серома послеоперационного рубца, которая была удалена. Объем движений восстановлен. Организационная структура, оснащенность стационара кратковременного круглосуточного пребывания центра амбулаторной хирургии при ВГКП №7 предоставляют реальную возможность своевременной и достаточно точной диагностики повреждений и заболеваний плечевого сустава и их полноценной как артроскопической коррекции, так и, при необходимости, применять открытые методики оперативного воздействия. Это позволяет вернуть к физической активности и восстановить трудоспособность значительного количества пациентов при снижении материальных затрат.

1034. РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ СТВОЛА И УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ, КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Трофимов Н.А., Драгунов А.Г., Гартфельдер М.В., Табаев Р.Г., Николаева О.В., Драгунова М.В., Ермолаева Т.Н.

Чебоксары

БУ «Республиканский кардиологический диспансер»

Цель. Провести анализ эффективности радиочастотной денервации ствола и устьев легочной артерии у пациентов с поражением клапанного аппарата сердца, осложненной фибрилляцией предсердий. Методы. Проведен анализ хирургического лечения 8 пациентов с пороками митрального клапана и высокой степенью легочной гипертензией (>40 мм.рт.ст.): 6 пациентов с выраженным митральным стенозом и 2 пациента с митральной недостаточностью 4 степени, которым была выполнена коррекция клапанной патологии и денервация ганглионарных сплетений ствола и устьев легочных артерий. У всех пациентов наблюдались нарушения ритма в виде пароксизмальной



или длительно персистирующей формы фибрилляции предсердий. До выполнения коррекции клапанной патологии и хирургического лечения фибрилляции предсердий, в условиях работающего сердца, была выполнена денервация легочного ствола и устьев легочных артерий радиочастотной аблацией с использованием биполярного деструктора AtriCure (AtriCure® Inc, West Chester, США). Все пациенты получали стандартную антиаритмическую терапию, в раннем послеоперационном периоде проводилась биполярная ЭКС в режиме DDD, в течение 7–10 дней под контролем собственного ритма. Результаты. Летальных исходов, а также специфических осложнений, связанных с процедурой денервации легочного ствола и устьев легочных артерий у исследуемых пациентов не было. Период нахождения пациентов в реанимационном отделении составил $2,3 \pm 1,6$ дней. У всех прооперированных пациентов наблюдалась положительная динамика ЭХОКГ показателей: уменьшение размеров полостей сердца, легочной гипертензии, улучшение систолической функции левого желудочка. Легочная гипертензия у исследуемых пациентов достоверно.

1035. 4-Х ЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЧА ПО СХЕМЕ MAZEIV В УСЛОВИЯХ ИК У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Трофимов Н.А., Драгунов А.Г., Гартфельдер М.В., Табаев Р.Г., Николаева О.В., Драгунова М.В., Ермолаева Т.Н.

Чебоксары

БУ «Республиканский кардиологический диспансер»

Цель. Проанализировать эффективность РЧА по схеме Maze4 при выполнении операций на сердце в условиях ИК на основании 4-х летнего опыта. Методы. С 2013года по 2017 года выполнено 111 процедур РЧА по схеме Maze4 при помощи радиочастотного деструктора Atri Cure кардиохирургическим пациентам в условиях ИК. Средний возраст пациентов составил $53 \pm 6,1$ (от 24 до 74), мужчин 66, женщин 45. ЭХОКГ-показатели до операции: ЛП от 4,1 до 8,1см. (ср.- $5,54 \pm 0,62$ см.); КДР ЛЖ от 4,1 до 7,7 (ср.- $5,1 \pm 0,15$ см); КСР ЛЖ от 2 до 5,4см ($3,25 \pm 0,43$); ФИ от 36 до 77% (ср.- $54,31 \pm 7,3\%$); ЛГ от 19 до 93мм.рт.ст. ($41,2 \pm 11,4$ мм.рт.ст.). Длительно персистирующая фибрилляция предсердий (ФП) наблюдалась у 72 больных (от 12 месяцев до 15 лет), пароксизмальная форма у 25-и пациентов (24-36 месяцев), у 14-и больных наблюдалась

персистирующая ФП предсердий, продолжительностью (6 месяцев-2года). 18 пациентов имели зарегистрированные пароксизмы трепетания предсердий (ТП). В 49 случаях была выполнена левопредсердная процедура Maze4, в 62 случаях биатриальная Maze4. Нозологии: ХРБС – 57, ССТД – 26; ИБС – 19; ДМПП – 6; остро инфекционный эндокардит – 3. В раннем послеоперационном периоде с целью профилактики ФП пациенты находились на эпикардальной стимуляции в режиме DDD. С антиаритмической целью применялся амиодарон по схеме. Результаты. Летальных исходов у пациентов исследуемой группы не зарегистрировано. За время наблюдения, до 48 месяцев, сохраненный синусовый ритм наблюдается у 77(69,4%) пациентов, у 34 пациентов возврат ФП. У 10-х пациентов еще в условиях стационара наблюдался рецидив ФП с неэффективными попытками медикаментозной и электрической кардиоверсии. У 6-х пациентов через 2-3месяца после операции на фоне неадекватного приема антиаритмической терапии. В раннем послеоперационном периоде пароксизмы ФП наблюдались у 26 пациентов, которые в 16-ти случаях удалось купировать. Примечательно, что у 18 пациентов рецидив ФП выявлен через 18-24 месяца после операции на фоне отмены антиаритмической терапии. Рецидивы ФП наблюдались преимущественно у пациентов с ИБС, значительной дилатацией ЛП (более 5,5см) и длительностью аритмического анамнеза более 2лет. Контрольное ЭХОКГ показало сокращение размеров камер сердца ЛП от 3 до 5,4см (ср.- $4,2 \pm 0,7$ см.); КДР ЛЖ от 3,9 до 5,7 см. (ср.- $4,6 \pm 0,41$ см.); КСР ЛЖ от 2,4 до 4,2см ($3,13 \pm 0,23$); ФИ от 26 до 69% (ср.- $62,1 \pm 7,7\%$); ЛГ от 16 до 43мм.рт.ст. ($23 \pm 7,42$ мм.рт.ст.). Выводы. РЧА по схеме MazeIV является безопасным и эффективным способом лечения ФП у пациентов с пороками сердца и ИБС (до 69,4% при наблюдении до 48 месяцев). Эффективность РЧА по схеме Maze IV уменьшается с течением времени, что требует систематического контроля за данной группой пациентов.

1036. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТ

Глабай В.П., Архаров А.В., Каприн И.А., Муслимов Б.Г.

Москва

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

К тяжелому течению острого панкреатита отно-



сят больных с полиорганной недостаточностью длительностью свыше 48 часов. Анализу подвергнуты 160 подобных больных, оперированных с применением "открытого живота", что составило 7.5% больных от общего числа больных острым панкреатитом. У 63 выявлен инфицированный панкреонекроз без тенденции к отграничению, у 56 с инфицированными скоплениями, у 26 стерильный с полиорганной недостаточностью, у 15 со стерильными жидкостными скоплениями. Основной способ выявления инфицирования - тонкоигльная пункция под контролем УЗИ. Показаниями к ранним операциям явились неэффективность консервативного лечения в течение 3-5 суток, компартмент-синдром, прорыв инфицированного скопления в брюшную полость, кровотечение в брюшную полость или полость кисты. Причиной развития некупируемой полиорганной недостаточности при стерильном панкреонекрозе явились массивное пропитывание забрюшинной клетчатки геморрагическим содержимым и компартмент синдром. Инфицированный панкреонекроз оптимально оперировать на 3-4 неделе после выведения из полиорганной недостаточности и демаркации очагов. Эффективность минимально-инвазивных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе необходимо доказать рандомизированным исследованием. Нами взят на вооружение метод "открытого живота". Разработаны принципы ведения больных данным способом, главными из которых являются широкий двухпод-реберный доступ, вскрытие правого и/или левого забрюшинного пространства, санация всех очагов при первой операции, программированные релапаротомии каждые 48-72 часа. Летальность при тяжелом остром панкреатите составила 20%.

туре 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

1037. ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Санкт-Петербург

СПб ГУЗ Городская больница Святого
Великомученика Георгия, Городской Центр
Инновационных Медицинских Технологий

Распространенность дивертикулеза толстой кишки в различных странах достигает 30% от всей популяции. Частота встречаемости дивертикулеза у лиц старше 70 лет достигает 40%. В общей струк-



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 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.

1038. ЭНДОЛИГИРОВАНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Кузнецов А.В.(1,2), Архипова А.А. (2),
Кусатов Г.К. (2), Йолчиев С.С. (2), Федин Е.Н. (2),
Смарж Т.М. (1,2), Честных С.А. (1,2),
Бузова Н.И. (2).*

Новосибирск

1.ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России
2. ГБУЗ НСО «ГКБ№2»

Актуальность: Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода возникает у 23-35% пациентов с циррозом печени уже в течение первых двух лет, и является самой частой причиной гибели пациентов с портальной гипертензией. Цель исследования: улучшить результаты лечения геморрагии с разрывом пищеводных вариксов при синдроме портальной гипертензии за счет выполнения эндоскопического лигирования (ЭЛ). Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ лечения 84 пациентов с варикозным расширением вен пищевода (ВРВП), которым было выполнено эндоскопическое лигирование набором "Wilson-Cook" за период с 2013 по 2016 год. Результаты: В 39 случаях (46,4%) кровотечение было

продолжающимся, у 32 пациентов (38,2%) были признаки свершившегося кровотечения и у 13 пациентов (15,4%) имел место эпизод кровотечения из ВРВП в анамнезе. По скорой помощи поступил 71 пациент, 13 госпитализированы в плановом порядке по причине периодических эпизодов гемодинамически незначимых геморрагий. Мужчин было 60(72%), женщин 24(28%), средний возраст 47+8 лет. Основными этиологическими факторами были: вирус ассоциированный цирроз печени - 50(59,5%), алиментарно-токсический 34(40,4%) цирроз. Среди пациентов госпитализированных по экстренным показаниям у 11 (15,4%) случаях ранее были эпизоды кровотечений из ВРВП, 7 (9,9%) пациентам ранее выполнялось профилактическое ЭЛ и у 26 (36,7%) пациентов ВРВП соответствовало 4 степени прогрессии (К.-J.Paquet). В 57 случаях ЭЛ выполнялось в один этап, в 24 случаях в два этапа и 3 в три этапа. За один сеанс выполнялось лигирование от 1 до 12 узлов. Манипуляция в среднем длилась 23+2мин. В 50 случаях (59,5%) выполнение ЭЛ оказалось эффективным. Рецидивов кровотечения не было в течение как минимум 60 суток. В их числе были все 13 пациентов госпитализированных в плановом порядке (100%), из них в 4 случаях ЭЛ проводилось повторно еще два раза через 2 недели. За одну процедуру накладывалось не более 4 колец. Был выявлен один случай рубцовой стриктуры с умеренным сужением просвета пищевода. У 28 (87,5%) из 32 пациентов с признаками свершившегося кровотечения ЭЛ также оказалось эффективным. В 10 (12%) случаях потребовался повторный сеанс ЭЛ, в связи с рецидивом кровотечения через 6 часов (в 3-х случаях из 10), через 12 (в 6 случаях из 10) и через 48 часов (1 из 10) после выполнения процедуры. Из 32 пациентов поступивших с признаками свершившегося кровотечения у 4 (12,5%) ЭЛ оказалось не эффективным, в одном случае кровотечение развилось во время лигирования, в двух случаях - в первые 12 часов, в одном случае через трое суток после лигирования. Ввиду интенсивности кровотечения и неэффективности ЭЛ гемостаз осуществлен при помощи зонда-обтуратора Блэкмора. Из 39 пациентов с продолжающимся кровотечением у 7(17,9%) пациентов с признаками продолжающегося кровотечения рецидив развился в первые 6 часов после выполнения ЭЛ, после установления факта рецидива был установлен зонд Блэкмора. Двадцати четырем (61,5%) пациентам в связи с массивным кровотечением и недостаточной видимостью сразу после выполнения диагностической ФГДС, был установлен зонд Блэкмора. У 8 (20,5%) из-за трудностей при определении источника кровотечения - кольца накладывались на дистальные вариксы. За одну процедуру было наложено от 8 до 12 лигатур. Из этих 8 пациентов были зарегистри-



стрированы 2 рецидива, через 12 и 24 часа. При выполнении повторных манипуляций были наложены еще по 6-8 колец с хорошим итоговым гемостазом. Выводы: эффективность эндолигирования напрямую зависит от состояния гемостаза на момент процедуры. Рекомендации: При кровотечении высокой интенсивности показана остановка зондом Блэкмора и лигирование в отсроченном порядке с целью предотвращения поздних кровотечений. При состоявшемся кровотечении и кровотечении малой интенсивности эндолигирование эффективно в (87,5%) случаев. Максимальный эффект эндолигирования имеет как средство профилактики геморрагий в плановом порядке и может достигать 100% в сроки не менее 60 суток.

1039. ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТУРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Хорев Н.Г., Шойхет Я.Н., Конькова В.О.

Барнаул

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия

Цель: внести предложения по улучшению образовательного процесса в преподавании дисциплин и прохождении практик в ординатурах хирургического профиля. С 2015 г. в Алтайском государственном медицинском университете на кафедре факультетской хирургии начался переход преподавания на Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования (ФГОС ВО) при подготовки кадров высшей квалификации в ординатурах по специальностям: 31.08.63 – сердечно-сосудистая хирургия; 31.08.65 – торакальная хирургия; 31.08.67 – хирургия. С учетом требований ФГОС ВО накоплен опыт преподавания. Анализ образовательного процесса, результаты Государственной итоговой аттестации и сертификации позволяет высказать предложения по оптимизации обучения в ординатуре. Обучение ординатора регламентируется типовым планом прохождения ординатуры, разработанным в университете, который включает в себя ряд разделов, главным из которых является календарно-тематический план обучения. Именно этот раздел при планировании работы ординатора является наиболее сложным, поскольку требует соблюдения логики посещения клинических баз при прохождении практик и проведения аудиторных занятий и лекций среди ординатур разных специ-

альностей. Разработка и реализация профессиональных компетенций индивидуализируется для каждой специальности ординатуры и учитывается при приеме практических навыков, а также симуляционного курса. В качестве преподавателей в рамках практической подготовки обучающихся согласно приказа МЗ РФ №435-н от 30.06.2016г. на клинических базах назначены заведующие отделениями. Мы можем высказать предложения, которые могли бы позволить оптимизировать обучение в ординатуре: - строго придерживаться программ ординатур по базовой части дисциплин, не выходя за рамки ФГОС ВО. В вариативной части дисциплин рекомендовать преподавание тех дисциплин, которые соответствуют специальности. Например, в сердечно-сосудистой хирургии-ультразвуковая диагностика, торакальной хирургии-лучевая диагностика, хирургии-клиническая лабораторная диагностика; -при планировании практик увеличить вариативную часть за счет уменьшения объема базовой части. Это необходимо по причине индивидуализации подготовки клинического ординатора с учетом его дальнейшей трудовой деятельности. Например, для работы в качестве кардиохирурга, сосудистого хирурга, грудного хирурга в онкодиспансере, или общего хирурга в больнице скорой медицинской помощи, или муниципальном лечебном учреждении; - уменьшить объем аудиторных занятий или эти занятия должны носить персонифицированный характер; - уменьшить долю штатных научно-педагогических работников организации, участвующих в реализации программы практик до 30-50%. Привлечение совместителей из числа квалифицированных специалистов клинических баз университета увеличит эффективность практической подготовки; - материально-техническое оснащение должно учитывать возможности клинических баз, т.к. основной объем нагрузки реализуется в разделе практик. При этом клинические базы должны обладать специальными возможностями для каждой специальности ординатуры. Табельное оснащение должно быть унифицировано в разделе каждого ФГОС ВО; -в основе увеличенного объема вариативной части дисциплин с учетом лекций и аудиторных занятий должны учитываться современные клинические рекомендации, утвержденные МЗ РФ; - учитывая идентичность ФГОС ВО по программам ординатур хирургического профиля, по усмотрению образовательной организации, объединить преподавание на наиболее крупных кафедрах с большим набором клинических баз; -раздел симуляционного курса ограничить только базовыми навыками, связанными с обеспечением оказания помощи при неотложных ситуациях и некоторых общемедицинских навыков; -основной объем практических навыков должен реализовыв-



ваться на клинических базах с учетом профессиональной деятельности специалиста. Выводы: на основании анализа образовательного процесса внесены предложения по улучшению подготовки кадров в клинической ординатуре.

1040. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ревишвили А.Ш., Васковский В.А.

Москва

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

Цель: Оценить интраоперационные результаты применения биполярной радиочастотной абляции и определить значимость определенных этапов хирургического вмешательства при выполнении радиочастотной модификации операции «Лабиринт» у пациентов с изолированной формой фибрилляции предсердий (ФП). Материалы и методы: в исследование были включены 111 пациентов с изолированной формой ФП, которым в период с 2011 г. по 2015 г. в отделении хирургического лечения тахикардий ФГБУ НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева была выполнена радиочастотная модификация операции «Лабиринт» в условиях нормотермического ИК на работающем сердце. Изоляция легочных вен и этапы на ПП производились зажимом для биполярной РЧА (Ablation Clamp, Atricure USA). Линейная эпикардальная абляция левого предсердия по типу «boxing lesion», ганглионарных сплетений и изоляция ПП производилась с помощью холодной абляции (Coolrail Linear Pen., Atricure USA). Пациенты были разделены на 5 групп (гр.) в зависимости от длительности аритмического анамнеза: пациенты с пароксизмальной формой ФП (n=22), пациенты с персистирующей формой ФП и длительностью непрерывной ФП от 7 суток до 1 месяца (n=28), пациенты с персистирующей формой ФП и длительностью пароксизма ФП от 2 до 5 месяцев (n=14), пациенты с персистирующей формой ФП и длительностью пароксизма от 6 до 12 месяцев (n=27), пациенты с длительно существующей персистирующей формой ФП (n=20). Внутри групп пациенты были разделены на 12 подгрупп, в зависимости от этапа операции (линия абляции), приведшему к восстановлению синусового ритма. Средний возраст пациентов 54,5±9,6 лет. Распределение по полу: 83 мужчины (74,8%) и 28 женщин (25,2%). Перед проведением

операции каждому пациенту было выполнено – МСКТ ЛВ и ЛП, ЭХО-КГ. Результаты: Среднее время параллельного искусственного кровообращения составило 60,4±15 мин. Средний объем левого предсердия в мл. у пациентов первой группы составил 133±21, 2 гр. – 125,4±24,4, 3 гр. – 133,1±26,5, 4 гр. - 117±24,5, 5 гр. – 132,5±23 Средний линейный размер ЛП в см. по группам: 1 гр. – 4,4±0,5, 2 гр. – 4,48±0,5, 3 гр. – 4,5±0,61, 4 гр. -4,8±0,4, 5 гр. - 5±0,6. Индекс массы тела по группам: 1 гр. – 30,5±3,85, 2 гр. – 29,7±3,8, 3 гр. – 29,5±3,3, 4 гр. – 30,2±3,3, 5 гр. - 30±3. У пациентов из первой группы СР итраоперационно восстановлен при абляции ЛП в 81,82% из них в 9.1% случаев при изоляции ЛВ, в 9,1% при абляции ПП, в 4,55% дефибрилляцией, во 2 гр. – 85,4% при абляции ЛП, из них в 25% при изоляции ЛВ, при абляции ПП – 7,16% и в 7,14% случаев дефибрилляцией, в 3 гр. 78,6%, 14,28% и 7,14% соответственно, при изоляции ЛВ СР восстановлен не был, в 4 гр. 70,3%, при изоляции ЛВ - в 7,4% случаев, 7,4% и 22,2% в ПП и дефибрилляцией соответственно, и в 5 гр.- 40% на ЛП, из них на ЛВ в 5%, 45% и 15% на ПП и дефибрилляцией соответственно. Выводы: 1) изоляция легочных вен интраоперационно показала способность восстанавливать СР только у пациентов преимущественно из 3 группы(25%), в остальных группах показатель не превышал 10%, что свидетельствует о невысокой эффективности данного этапа операции, как у пациентов с длительной непрерывной ФП, так и у пациентов с пароксизмальной формой ФП. 2) у пациентов с длительностью пароксизма больше 12 месяцев интраоперационно ритм был восстановлен в 45% случаев при абляции в ПП или кардиоверсией (15%), а в 40% случаев в ЛП, что определяет важность этапа ПП у пациентов с длительным анамнезом непрерывной ФП. Таким образом, интраоперационное электрофизиологическое исследование показало, что изоляция легочных вен не достаточна для хирургического лечения пароксизмальной и персистентной ФП, особенно у пациентов с увеличенными объемами и линейными размерами ЛП. Для улучшения результатов хирургического ФП мы рекомендуем использовать биатриальный подход, у пациентов с длительным анамнезом непрерывного ФП.



1041. ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ МОДИФИКАЦИИ ОПЕРАЦИИ «ЛАБИРИНТ» НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ревишвили А.Ш., Васковский В.А.

Москва

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

Цель: Выявить предикторы отдаленной эффективности радиочастотной модификации операции «Лабиринт-V» у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП). Методы: В исследование включен 128 пациент с «изолированной» формой ФП, которым была выполнена радиочастотная модификация операции «Лабиринт-V» в условиях нормотермического ИК на работающем сердце. Критерии включения в исследование: не эффективная катетерная абляция (100% в пароксизмальной форме ФП), увеличение объема и размера ЛП, все пациенты были высокосимптомны (EHRA 2-4ФК), согласие на хирургическое лечение ФП. Распределение по клинической форме ФП: 26 пациентов с пароксизмальной формой ФП, 102 пациентов с персистирующей. Средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 9,6$ лет. Распределение по полу: мужчины 76 (78%) и женщин 26 (26,3%). Срок наблюдения составил 36 месяцев. Всем пациентам до операции было выполнено – МСКТ ЛВ и ЛП, ЭХО-КГ, ЧПЭХО-КГ, ХМ ЭКГ. В отдаленном периоде выполнялось 7- дневное ХМ-ЭКГ в сроки 6, 12, 24, 36 мес. Клинические параметры пациентов по результатам физикального обследования перед операцией включенные в исследование: пол, возраст (лет), анамнез фибрилляции предсердий (лет), индекс массы тела (ИМТ), ритм на момент начала операции операции (синусовый/ФП/ТП), передне-задний размер ЛП (см), объем ЛП (мл), КСР ЛЖ (см), КДР ЛЖ (см), КСО ЛЖ (мл), КДО ЛЖ (мл), ФВ ЛЖ (%), прием антиаритмической терапии до операции (соталес/аллапинин, кордарон, b-блокаторы). Статистический анализ включал оценку восстановления и удержания синусового ритма (СР) и летальности в отдаленном периоде (36 мес.) по методу Kaplan-Meier и многофакторного анализа влияния исходных клинико-физикальных данных на отдаленные результаты операции (Log Regression). Результаты: Госпитальная и отдаленная летальность в сроки 36 месяцев после операции отсутствовала. При анализе восстанов-

ления и удержания СР (Kaplan-Meier) у пациентов в сроки до 36 месяцев, общая доля удерживающих СР составила - 0,85 (ДИ 95% 0,92-0,79). В группе с пароксизмальной ФП 0,93, с персистирующей формой 0,78 ($p=0,04$). Среди параметров влияющих отрицательно на отдаленную эффективность, статистически достоверными были: увеличенный размер ЛП Odds ratio (OR) - 1,62 ДИ95% (,35-7,51), наличие ФП/ТП на момент начала операции OR - 3,62 ДИ 95 % (0,76-12,63). Положительно влияли на отдаленный исход операции: нормальная ФВ ЛЖ OR - 0,001 ДИ 95% (0,00000258-0,000243), синусовый ритм на момент начала операции OR 0,32 ДИ 95% (0,071-1,93), прием кордарона до операции OR - 0,31 ДИ 95 % (0,06-1,62). Выводы: Анализ отдаленных результатов, отсутствие отдаленной летальности, позволяет отнести радиочастотную модификацию операции «Лабиринт-V» к высокоэффективным хирургическим методам лечения изолированных форм фибрилляции предсердий. Выявленные предикторы отдаленной эффективности операции позволяет в дальнейшем производить отбор пациентов для эффективного хирургического лечения ФП.

1042. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Вахеева Ю.М., Гусев А.В., Баутин А.Н.,
Соловьев А.Ю.*

Иваново

ИвГМА

Актуальность работы. Несмотря на совершенствование диагностических методов в ряде случаев некоторые аспекты патологических изменений остаются за пределами разрешающих способностей дооперационных методов. Поэтому проблема диагност. Цель. Оценить диагностические возможности интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ) при операциях на поджелудочной железе. Улучшить результат оперативного лечения путем применения ИОУЗИ. Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 8 больных возрастом 32-58 лет с хроническим панкреатитом (6 мужчин и 2 женщины) 3 из которых прооперированы ранее по поводу панкреонекроза. Всем больным выполнен комплекс клинико-лабораторных исследований, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансную томографию. Для ИОУЗИ использовали



сканер Profocus 2210 с использованием линейного датчика Type 8811(5-12 MHz). Датчик обрабатывали по стандартной методике и погружали в стерильный рукав. ИОУЗИ проводили после выполнения лапаротомии. Результаты. При помощи ИОУЗИ удалось оценить главный панкреатический проток и что немало важно 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 выражен спаянный процесс (после ранее перенесенного панкреонекроза), с помощью ИОУЗИ удалось определить оптимальный, «безопасный» доступ к поджелудочной железе, а так же расположение близлежащих сосудов и желчевыводящих путей. Выводы. ИОУЗИ безопасный и высокоинформативный метод исследования. ИОУЗИ с использованием высокочастотного датчика и доплеровских режимов позволяет обеспечить выбор оптимального оперативного доступа, осуществлять контроль эффективности проведения хирургического вмешательства.

1043. ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ УДЕРЖАНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

*Сапельников О.В., Акчуринов Р.С., Ширяев А.А.,
Галяутдинов Д.М., Васильев В.П., Гришин И.Р.,
Черкашин Д.И., Латыпов Р.С., Партигулова А.С.,
Булдакова Н.А.*

Москва

ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ

Актуальность: Рядом исследований показано, что хирургическое лечение ФП может быть выполнено без дополнительного риска для пациента и рекомендовано в сочетании с операциями на открытом сердце (класс IIa, уровень A). Однако вопрос объема хирургической аблации остается предметом дискуссии. Материал и методы: В исследовании проанализированы отдаленные результаты сочетанного вмешательства 43 человек, которые были прооперированы в отделе сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ с 2011 по 2015 гг. 23 пациентам выполнена аблация в сочетании с вмешательством на митральном клапане, 14 паци-

ентам в сочетании с коронарным шунтированием и 6 - в сочетании с протезированием аортального клапана. В зависимости от объема воздействия на левое предсердие пациенты разделены на 2 группы: 1 группа (15 человек), в которой легочные вены соединялись только линией по крыше, во 2 группе (28 человек) выполнялась изоляция задней стенки дополнительной линией через дно левого предсердия. Всем пациентам проводилась криоаблация с использованием криозондов Cardioblade CryoFlex (Medtronic, USA) с параметрами $-110 - -130^{\circ}\text{C}$ по 60 сек каждое воздействие. Средний срок наблюдения составил $26 \pm 8,3$ мес. Критериями эффективности аблации являлось отсутствие рецидива ФП и отсутствие других послеоперационных предсердных нарушений ритма. Полученные результаты: В раннем послеоперационном периоде группы по количеству рецидивов ФП и другим, вновь возникшим, предсердным нарушениям ритма не отличались, 26,6% в 1 группе и 17,8% во 2 ($p=ns$). В течение первого года наблюдения количество рецидивов значительно увеличилось в группе без дополнительной линии (46,6% и 25%, $p=ns$), без статистически достоверных различий. Ко 2 году количество предсердных нарушений ритма оказалось достоверно меньше в группе с изоляцией задней стенки (64,2% и 29,6%, $p=0,048$). Выводы и рекомендации: Хирургическая аблация в сочетании с операцией на открытом сердце не ухудшает результаты вмешательства и является эффективным методом лечения фибрилляции предсердий. Рекомендована изоляция задней стенки левого предсердия для более длительного удержания синусового ритма и профилактики возникновения других предсердных тахикардий.

1044. ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КРУПНОМАСШТАБНЫХ МАССОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

*Шабанов В.Э., Деменко В.В., Дорошенко Л.Н.,
Краснов С.А., Васильев В.П.*

Москва

Всероссийский центр медицины катастроф
«Защита» Минздрава России

В работе представлен анализ опыта бригад экстренного реагирования (БЭР) полевого многопрофильного госпиталя (ПМГ) по оказанию первичной медико-санитарной помощи при проведении крупномасштабных многодневных массовых мероприятий на примере ежегодного рок-фестивала



«Нашествие».

Материал и методы. Проанализированы данные отчетов специалистов БЭР за 2009 -2016 гг. Число участников фестиваля составляло от 35 до 130 тысяч человек, подавляющее большинство которых было в возрасте 17-30 лет. Ежегодное мероприятие проводилось в начале июля в течение 3 суток, на отдельном поле площадью более 150 Га в Тверской области. БЭР ПМГ разворачивалось в 6 пневмокаркасных модулях на территории основной площадки проведения фестиваля. Медицинский состав бригады представлен хирургом, травматологом, терапевтом, анестезиологом-реаниматологом и двумя медсестрами (хирургической и анестезисткой). БЭР оснащена хирургической, реанимационной и лечебно-диагностической аппаратурой, хирургическими укладками, медикаментами, перевязочными материалами. На месте разворачивания БЭР взаимодействовала с реанимационной бригадой Тверского Территориального центра медицины катастроф, фельдшерской бригадой Тверской станции скорой помощи, двумя фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи Конаковской ЦРБ и бригадой специализированной медицинской помощи Тверской областной клинической больницы. Результаты. Подавляющее число обратившихся пациентов были в удовлетворительном состоянии, медицинская помощь им оказывалась в амбулаторном порядке. Общее число обратившихся за медицинской помощью за 8 лет составило 7 207 человек (от 460 до 1 270 человек в год). Средний возраст пациентов составил $24,1 \pm 0,4$ года. Больные хирургического профиля составили 26,2 % - 1894 больных, среди которых преобладали пациенты с различными видами травм – 1304, в т.ч. полученными в состоянии алкогольного опьянения. Всего было выполнено 466 амбулаторных хирургических вмешательств и манипуляций: ПХО ран -209, репозиций-129, вскрытий гнойников-75, удаление инородных тел-39, прочие-14. Особое внимание уделялось пациентам с укусами клещей (34), которые после удаления насекомого направлялись для специфической профилактики. К хирургу обратились пациенты по поводу абдоминального болевого синдрома – 33,8% ,с гнойным воспалением мягких тканей – 26,8%, термическим ожогом 2-3 степени – 11,4%. У 0,7% пациентов было диагностировано желудочно-кишечное кровотечение, в единичных случаях – острый панкреатит и острый тромбоз вен нижней конечности. Врач-анестезиолог-реаниматолог обеспечивал адекватное обезболивание и интенсивную терапию при различных патологических состояниях и травмах. Медицинская эвакуация осуществлялась в Конаковскую ЦРБ (плечо эвакуации 15 км) и Тверскую областную больницу (около 50 км). Всего было

эвакуировано 85 больных, из которых 37 хирургического профиля (с желудочно-кишечным кровотечением, острым панкреатитом, тромбозом вен нижней конечности, переломами конечностей, сотрясением головного мозга). В экстренном порядке эвакуированы 10 женщин с осложненной беременностью: начавшийся выкидыш, маточное кровотечение, угроза прерывания беременности. Летальных исходов во время проведения массового мероприятия и медицинской эвакуаций заболевших в стационары не было. Таким образом, развертывание полевых мобильных формирований, хорошо оснащенных медицинским оборудованием, со штатом специалистов (хирургов, травматологов и анестезиологов – реаниматологов) в непосредственной близости от места проведения масштабных массовых мероприятий способствует сокращению времени начала оказания первичной медико-санитарной, повышает ее качество, уменьшает нагрузку на бригады скорой медицинской помощи.

1045. ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

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

Москва

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

Введение. Сложные хирургические вмешательства, сопряженные с работой в малых анатомических пространствах, могут с успехом выполняться с использованием роботического хирургического комплекса. Цель исследования: создание концепции применения роботического комплекса в абдоминальной хирургии. Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование результатов робот-ассистированных (РА) операций у 193 больных с опухолями различной локализации брюшной полости. Наибольшую группу составили больные, оперированные на поджелудочной железе (ПЖ) – 85 (44%), различные резекции печени выполнены в 42 (21,8%) наблюдениях, удаление неорганный забрюшинной опухоли (НЗО) выполнено 34 (17,6%) пациентам, робот - ассистированная (РА) адреналэктомия - 17 (8,8%), удаление гастроинтестинальной стромальной опухоли (ГИСО) – 15 (7,7%). Средний возраст пациентов составил $59,2 \pm 12,6$ лет. Большую часть больных составили



женщины – 142 (73,6%). Результаты: длительность РА вмешательств была различной и варьировала в зависимости от объёма операции, при операциях на поджелудочной железе составила в среднем 251 ± 125 мин, время вмешательства при операциях других локализаций варьировало от 100 до 200 мин. Средний объём кровопотери при операциях на ПЖ составил 221,7 мл, на печени – 257,6 мл, надпочечниках – 198,7 мл. При операциях по поводу ГИСО и НЗО кровопотеря была минимальной. Конверсия на открытое вмешательство выполнена в 7 случаях: при операциях на ПЖ – 3, адrenaлэктомиях – 2, резекциях печени – и НЗО по одному наблюдению. Средний послеоперационный койко – день составил 15 ± 9 суток и весьма варьировал в зависимости от объёма операций и органа, на котором выполнено вмешательство. Наибольший койко – день был у пациентов, которым выполнялась РА панкреатодуоденальная резекция – $19,6 \pm 9,4$ сут, наименьший – после адrenaлэктомий – $6,9 \pm 3$ сут. Послеоперационный период в ряде случаев сопровождался специфическими осложнениями, характерными для открытых вмешательств каждой из представленных зон. Зафиксировано 3 летальных исхода – все после РА вмешательств на поджелудочной железе. Выводы: Роботический комплекс может с успехом применяться при вмешательствах на брюшной полости. РА операции обеспечивают прецизионность удаления лимфатических узлов и формирования анастомозов. Послеоперационный период протекает для больных более комфортно за счет минимальной травматизации тканей. Применение робототехники в хирургии поджелудочной железы позволяет уменьшить количество осложнений и сократить пребывание больных в стационаре. Возможности роботического комплекса в абдоминальной хирургии требуют дальнейшего изучения и обсуждения.

1046. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Москва

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

Введение. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) – группа новообразований, 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. Частота встречаемости нефункционирующих НЭО составляет 55-60%. В диагностике нефункционирующих НЭО основной задачей является установление локализации опухоли. При нефункционирующей НЭО G3 (нейроэндокринный рак) на первый план выходит дифференциальная диагностика с протоковой аденокарциномой. Основным методом лечения НЭО является оперативное лечение. Цель работы: улучшить результаты лечения больных нефункционирующими НЭО. Материал и методы Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 44 больных с нефункционирующими НЭО. Женщин было 32 (72%). Средний возраст больных составил 39 (47;63) лет; средний диаметр опухоли составил 31 мм. У 14 (32%) пациентов имелось поражение гипофиза, либо щитовидной и паращитовидной желёз в связи с чем больным выставлен диагноз клинический МЭН I. Дистальная резекция ПЖ выполнена в 19 (43.2%) наблюдениях, при этом в 7 (15,9%) случаях операция произведена с сохранением селезёнки. Панкреатодуоденальная резекция произведена 17 (38,6%) больным (в робот-ассистированным способом - 1). В 3 (6,8%) наблюдениях осуществлена энуклеация опухоли поджелудочной железы, в 5 (11,4%) - срединная резекция. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей Me (25p;75p). Результаты В традиционном варианте выполнено 36(82%) вмешательств, с использованием роботического комплекса – 8 (18%). Миниинвазивные операции выполнялись при опухолях размером не более 20 мм. Среднее время вмешательства составило 370 (201; 510) минут; интраоперационная кровопотеря – 150 (100;250) мл. Послеоперационный койко-день составил 13 (11;27) суток. В послеоперационном периоде наружные панкреатические свищи сформировались у 19 (43%) больных: тип А (ISGPS) – 11, тип В – 8. В 4 наблюдениях имел место послеоперационный гастростаз (тип В по ISGPS). Аррозийные кровотечения (тип С по ISGPS) возникли у 4 больных, все потребовали повторных вмешательств. В одном наблюдении имелась несостоятельность гепатикоеюноанастомоза с разлитым желчным перитонитом. Умер 1 больных вследствие тяжёлого послеоперационного панкреатита. Выводы Хирургическое лечение нефункциониру-



ющих НЭО 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 5-6 см целесообразно выполнение операций с помощью миниинвазивных методик. Однако их применение не позволяет избежать тяжелого послеоперационного панкреатита. При нейроэндокринной карциноме даже при наличии отдаленных метастазов, оперативное лечение является основным методом. Своевременное хирургическое лечение с последующей химиотерапией является прогностически наиболее благоприятным для этой когорты больных.

1047. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТОКОЛА РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

*Горин Д.С., Кригер А.Г., Берелавичус С.В.,
Калдаров А.Р., Раевская М.Б.*

Москва

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

Введение. Несмотря на снижение показателей летальности, количество осложнений после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) остается высоким, достигая 50% даже в специализированных учреждениях. Одним из путей улучшения результатов лечения больных является стандартизация периоперационного ведения и техники оперативного вмешательства. Материал и методы. Разработан протокол периоперационного ведения больных в рамках программы ERAS. В 2014 – 2016 г. оперировано 113 пациентов с опухолями ампулярной и периапулярной зоны, осложнениями хронического панкреатита (дуоденальная дистрофия). Традиционным доступом (Тр) выполнено 102 (85,7%), робот-ассистированно (РА) - 17 (14,3%). Ход мобилизационного этапа и объем лимфаденэктомии не различался. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей Me (25p;75p). Результаты. Продолжительность РА ПДР составила 408 (368;511) мин, открытых - 300 (251;368) мин; средняя кровопотеря не различалась для Тр и РА ПДР и составила 250 (200;400) и 225 (138;500) мл соответственно; послеоперационный койко-день составил 15 (11;20) суток после открытых вмешательств и 15,5 (14;21) после роботических. Назначение опиоидных анальгетиков в РА группе потребовалось не всем (73,3%) 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 26 (23%) пациентов имелись наружные панкреатические свищи, тип А - 16 (14,2%) , тип В - 10 (8,9%); у 17 пациентов на фоне панкреатита и панкреатического свища имелся гастростаз и у 10 больных – аррозийное внутрибрюшное кровотечение, которое потребовало повторного оперативного вмешательства. У больных, перенесших традиционные вмешательства, отмечены характерные для «открытой» хирургии осложнения: нагноения послеоперационной раны в 9 наблюдениях, подкожная эвентрация - 1, ранняя спаечная кишечная непроходимость - 1. Заключение. Периоперационное ведение больных, перенёвших ПДР, требует систематизации с распределением ролей анестезиолога, хирургической бригады и реаниматолога. Рациональное периоперационное ведение больных и использование миниинвазивных методик может стать одним из направлений в ранней реабилитации после тяжелого хирургического вмешательства. Введение гибкого протокола периоперационного ведения больных и стандартизация техники вмешательства позволяет минимизировать количество неспецифических осложнений, а также адекватно оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

1048. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ

*Смирнов А.В., Кригер А.Г., Паклина О.В.,
Горин Д.С.*

Москва

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

Введение. Дуоденальная дистрофия (ДД) - неопухоловое воспалительное кистозное поражение стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) с характерной локализацией в нисходящей части кишки. При описании ДД в литературе используют различные термины – парадуоденальный панкреатит, “groove” (бороздчатый) панкреатит, миоаденоматоз ДПК, кистозная дистрофия гетеротопичной поджелудочной железы; панкреатическая гамартома ДПК; парадуоденальная киста; параампулярные кисты стенки ДПК. Патогенез изменений стенки ДПК при ДД до конца не ясен. Лечебная тактика при ДД также далека от разре-



шения и варьирует от консервативной терапии и эндоскопических вмешательств до панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Цель. Изучение патогенеза кистозно-воспалительной трансформации стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) при хроническом панкреатите (ХП), описываемой как «дуоденальная дистрофия» (ДД), и повышение эффективности хирургического лечения при данном заболевании. Материал и методы. С 2004 по октябрь 2016 года в Институте хирургии им. А.В. Вишневого находилось на лечении 90 больных, у которых была диагностирована ДД. Диагноз установлен по данным УЗИ, КТ, МРТ и эндоУЗИ. Оперировано 80 пациентов после консервативного лечения с медианой продолжительности 2 года. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) произведена 37 больным, органосохраняющие операции - 37 больным: различные резекции ДПК - 21, резекция головки поджелудочной железы (ПЖ) в различных модификациях - 18. Паллиативные операции выполнены 4 больным. Диагнозы ХП и ДД верифицированы при морфологическом исследовании операционного материала. Не оперированы и находятся под наблюдением 10 больных. Отдаленные результаты лечения изучены у 50 человек, медиана наблюдения составила 47 мес. Результаты. При гистологическом резидуальные протоковые структуры ПЖ в луковице и дистальном отделе ДПК (истинная гетеротопия) обнаружены в 34,5% наблюдений, в остальных наблюдениях гистологическая картина соответствовала бороздчатому панкреатиту. ДД сочеталась с ХП по результатам морфологического исследования в 90,8% случаев. Клинические проявления ДД не зависели от причины ее возникновения и манифестировали симптомокомплексом, характерным для ХП: боли были у 98,9% больных, потеря массы тела – 65,5%, нарушения проходимости ДПК – 64%, билиарная гипертензия – 36%. Осложнения развились у 27 (33,8%) оперированных больных: после ПДР - 33,3%, резекций ДПК – 66,7% (умер 1 больной). Общая послеоперационная летальность составила 1,25%. При оценке отдаленных результатов полное исчезновение симптоматики было у 66% человек, значительное улучшение – 32%, отсутствие эффекта – 2%. Заключение. В большинстве наблюдений ДД ассоциирована с бороздчатым панкреатитом, реже – с эктопией ткани поджелудочной железы в стенку ДПК. В подавляющем большинстве случаев ДД возникает у больных ХП. Лечение больных, страдающих ХП и ДД, должно начинаться с консервативной терапии. Хирургическое лечение показано при стойком болевом синдроме и наличии осложнений ХП, нарушении проходимости ДПК. Операциями выбора являются ПДР и резекции головки ПЖ.

1049. ГЛУБОКИЙ ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Галлямов Э.А. (1), Аминова Л.А (2),
Насырова Н.И. (3), Мурзина А.Г. (2),
Алимов В.А. (2)

Москва

1) МГМСУ, 2) АО МЕДСИ, 3) ЦКБ ГА

Введение: Эндометриоз – одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Наиболее сложной для диагностики и лечения проблемой является глубокий инфильтративный эндометриоз (ГИЭ). Чаще всего он поражает ректовагинальную перегородку, прямую и сигмовидную кишку, аппендикс. «Золотым стандартом» лечения ГИЭ является хирургическое иссечение пораженных тканей. Целью данного исследования являлась оценка целесообразности радикального хирургического лечения эндометриоза, рисков послеоперационных осложнений, результатов лечения. Материалы и методы: Проведен анализ всех случаев наружного эндометриоза у пациенток, которым были выполнены лапароскопические операции в период с 1 января 2013г по 31 декабря 2016 года, на базе отделения гинекологии Клинической больницы №2 Медси. Во всех случаях эндометриоз подтвержден гистологически. Оценивалось наличие осложнений в послеоперационном периоде по классификации Clavien-Dindo, оценка изменений качества жизни пациентки до и после операции, рецидивы. Результаты: 508 оперативных вмешательств было включено в исследование. Из них в 119 (23,4%) случаях диагностирован ГИЭ с вовлечением в процесс кишечника. В 93 случаях (78,15 %) проводился «шейвинг» прямой или сигмовидной кишки, в 26 (21,85%) случаях потребовалось иссечение инфильтрата. Из указанных 26 случаев в 8 (30,77%) случаях выполнена аппендэктомия в связи с вовлечением аппендикса в инфильтрат; в 8 (30,77%) – иссечение инфильтрата до подслизистого слоя кишки без вскрытия просвета с наложением интракорпоральных швов; в 6 (23,08%) – полнослойная резекция стенки толстой кишки с наложением интракорпорального шва; в 4 (15,38%) - выполнена резекция прямой кишки с наложением аппаратного анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом. Наличие осложнений в послеоперационном периоде по классификации Clavien-Dindo: 1 балл -40 пациенток, 2 балла – 4 пациентки, 3 балла – 1 пациентка и 4 балла – 0. Отмечено отсутствие рецидивов



эндометриоза при осмотре и УЗИ, исчезновение болей при акте дефекации у 18 из 18 пациенток (100%), которым выполнялось иссечение эндометриоидного инфильтрата с вскрытием просвета кишки. Было 12 случаев рецидивов наружного эндометриоза, из них 89% ввиду несоблюдения курса медикаментозной терапии. Обсуждение: У 5 из 10 пациенток с резекцией кишки в прошлом были лапароскопические операции (у 4 из них в экстренном порядке), в ходе которых диагностирован ГИЭ кишечника. Радикальное хирургическое удаление очагов в этих случаях не проводилось в связи с отсутствием информации о вовлеченности слизистого слоя кишки в эндометриоидный процесс, а также в связи с отсутствием необходимых для резекции кишки технических навыков и оборудования. В послеоперационном периоде перед вторым этапом лечения пациентки проходили подготовку—колоноскопию, МРТ, затем определялась хирургическая тактика, приглашался специалист, обладающий навыками лапароскопической резекции толстого кишечника. Все пациентки получали противорецидивную терапию (Диеногест/аГнРГ в течение 4-6 месяцев). Заключение: Радикальное оперативное лечение ГИЭ необходимо и оправдано, так как приводит к купированию болевого синдрома, улучшению качества жизни, и при соблюдении курса консервативной терапии – вероятность рецидивов минимальна. Однако, подобные операции должны выполняться компетентными специалистами в специализированных центрах, что позволит снизить количество осложнений. Для выбора оптимальной тактики лечения необходимо предоперационное обследование: МРТ, колоноскопия. В случаях интраоперационной диагностики ГИЭ во время экстренных операций в отсутствие необходимых условий и навыков целесообразно провести радикальную операцию вторым этапом в отсроченном порядке. В послеоперационном периоде обязательно назначение соответствующей медикаментозной терапии (Диеногест, АГнРГ) для профилактики рецидивов.

1050. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ МОДУЛИРУЮЩИХ СОКРАЩЕНИЯ СЕРДЦА УСТРОЙСТВ

*Ревишвили А.Ш., Артюхина Е.А.,
Амирасланов А.Ю., Васковский В.А., Купцов В.В.,
Яшков М.В., Александров А.А.*

Москва

ФГБУ "Институт Хирургии им. А.В.Вишневского"
Минздрава России

Цель: Оценить ближайшие послеоперационные результаты лечения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с помощью модулирующих сокращения сердца (МСС) устройств. Материал и методы: В 2016 году были имплантированы МСС устройства Optimizer (Impulse Dynamics) 30 пациентам (24 мужчины, 6 женщин), среднего возраста 61,2±9,8 лет. У 60 % (18) пациентов ранее были имплантированы кардиовертеры дефибрилляторы, у 6,7 % (2) - ЭКС. Основной диагноз у 70% (21) пациентов – ишемическая кардиомиопатия, у 30% (9) пациентов - дилатационная кардиомиопатия. Предшествующие операции на сердце (АКШ, МКШ, протезирование клапанов) были у 40% (12) больных. Показаниями к имплантации устройств служили: наличие компенсированной СН 2-3 ФК по NYHA, фракция выброса левого желудочка сердца по данным ЭХО-КГ менее 40%, отсутствие показаний к имплантации кардиоресинхронизатора, основной ритм сердца – синусовый (более 50% от суточного). Предоперационно выполнялось: 12-канальная ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ, тест 6-минутной ходьбы, биохимический анализ крови, включая уровень про-натрийуретического N-концевого пептида (NT-proBNP), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, анкетирование по Миннесотскому опроснику качества жизни больных с ХСН (MHFLQ). Результаты: В 30% (9) случаев потребовалась интраоперационная репозиция нижнего (local sense) электрода из-за выраженной чувствительности больных к терапевтической стимуляции. При телеметрическом контроле МСС устройств в 23,3% (7) случаев удалось увеличить параметры стимуляции (на 0,5В-1В) за сроки наблюдения 1 мес. Ранее эти больные ощущали дискомфорт при МСС терапии на максимальных параметрах. Средний период наблюдения всех пациентов составил 3,2±0,3 мес., при этом у 33,3% (10) пациентов улучшилось качество жизни на 9,2±1,6 баллов (по результатам Миннесотского опросника), и увеличилась ФВ ЛЖ (по Simpson) на 4.7±1.5%. У 13,3% (4) пациентов суточная МСС те-



рапия не достигала целевого значения более 75%. Это было связано с частой ЖЭС и пароксизмами ФП (более 50% от основного ритма в сутки) и потребовало медикаментозной коррекции. Выводы: МСС является эффективным хирургическим малоинвазивным видом лечения ХСН, который улучшает качество жизни пациентов и увеличивает ФВ ЛЖ, если кардиомодулирующая терапия составляет более 75 % суточной стимуляции при сохранении синусового ритма.

1051. ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТОНКОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

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

Москва

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

Актуальность: тонкокишечные свищи являются наиболее тяжелым осложнением различных оперативных вмешательств на брюшной полости, несущим угрозу для жизни больного. Лечение кишечных свищей требует колоссальных затрат медицинского персонала и больших материальных расходов лечебного учреждения. Однолетняя летальность при этом высока и редко опускается ниже уровня 20%. 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 56 больных с тонкокишечными свищами. Несформировавшиеся тонкокишечные свищи были у 15 больных. В гнойную (брюшную) полость свищи открывались у 7 больных, флегмона передней брюшной стенки была у 3; в гранулирующую рану свищи открывались у 5 больных. Сформировавшиеся свищи были у 41 больного. При поступлении объем потеря кишечного содержимого по свищу составлял 50 - 7000 мл, в большинстве случаев (41 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 370,6±297,3 мл в сутки. Вторым этапом выполня-

лось хирургическое лечение - резекция петли кишки несущей свищ и формирование межкишечного анастомоза. Результаты: хирургическое лечение выполнено 56 больным; двухэтапное лечение - 15 больным. Всем пациентам произведена пластика дефектов брюшной стенки. Не удалось устранить несформировавшиеся свищи, открывавшиеся в гранулирующую рану у 3 больных. Среднее время операции составило 183,8±117,4 минут; объем интраоперационной кровопотери - 233,54±382,17 мл. Средний койко-день составил 28±23 (10-59) суток. Послеоперационные осложнения возникли у 16 больных, из них 7 пациентам потребовалось повторное оперативное вмешательство (по поводу частичной несостоятельности швов анастомозов у 3 больных). Летальный исход у одного больного. Выводы: в большинстве случаев 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 сложна и 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.

1052. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Шамилов Р.Р.

Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время многими исследователями показано, что улучшение результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) может быть достигнуто за счет обоснованной стратификации пациентов по риску осложнений, внедрения современных методов диагностики гнойно-септических состояний и реализации эффективных подходов комплексного лечения. Адекватная оценка тяжести состояния больных с ОДП позволяет точнее прогнозиро-



вать вероятность исхода, сроки госпитализации и оценивать эффективность проводимого лечения. Интегральные шкалы оценки тяжести состояния APACHE 2, Ranson, Glasgow, MPM, SAPS требуют для сбора данных минимум 24-48 часов или не учитывают некоторые предикторы тяжести возможных осложнений. Материалы и методы. В период с 2007 – 2011 гг. в клинике хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ пролечено 1452 больных с острым панкреатитом, среди них деструктивным панкреатитом 116 больных. Средний возраст больных был 48,3±14,2 года (21-79 лет), соотношение мужчины и женщины 1,56:1. Этиология ОДП была желчнокаменная (43% случаев), алкогольная (31%), идиопатическая (15%) и смешанная (11%). Сопутствующие заболевания – сердца, легких, печени, почек, язва желудка-кишечного тракта, сахарный диабет имели 49 больных, из них 34 больных (69,4%) имели по одному заболеванию, 15 больных (30,6%) имели от 2 до 4 заболеваний. 26 больных были с ожирением. У 58 больных развилась органная дисфункция: дыхательная (29,8% случаев), сердечно-сосудистая (18,2%), почечная (14,9%), неврологическая (12,4%) и печеночная (11,5%). Инфицированный панкреонекроз был самым частым локальным осложнением, затем шли стерильный панкреонекроз, изолированные панкреатогенные абсцессы и псевдокисты. Изолированные локальные осложнения были у 45 больных, в 103 случаях было сочетание локальных осложнений с органной дисфункцией. Распространенность панкреонекроза была оценена у 33 больных, 33-50% у 11 больных и >50% у 35 больных. Самой распространенной клинической формой гнойно-септических осложнений (ГСО) был сепсис (n=33), следом шли септический шок (n=13), тяжелый сепсис (n=11) и инфекция без синдрома системного воспалительного ответа (n=4). Летальные случаи были только среди больных тяжелым сепсисом и септическими шоком, летальность составила 13,7%. Результаты и обсуждение. С помощью искусственной нейронной сети оценивалась предполагаемая длительность госпитализации; с помощью критериев синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), лихорадки, прокальцитонинового теста и искусственных нейронных сетей (ИНС) отслеживались начальные проявления гнойно – септических осложнений (ГСО). Максимальный показатель госпитальной летальности при ОДП был отмечен в 2000 г. (25,4%), в дальнейшем наблюдалась отчетливая тенденция к снижению летальности, которая в тестовой группе составила 13,7%. Абсолютное снижение госпитальной летальности составило 10,6% (p=0,054). Использование методики искусственных нейронных сетей позволяет корректно стратифицировать больных с острым панкреатитом по риску развития систем-

ных осложнений и летального исхода. Дискриминационная способность методики искусственных нейронных сетей статистически значимо не отличалась от методики логистического регрессионного анализа, но статистически значимо превосходила точность формализованных систем оценки тяжести состояния в диагностике гнойно-септических осложнений.

1053. ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

*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 ко-



торого 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. Дренажное или пункция под УЗИ контролем выполнено у 4(17,3%) пациентов. Во всех случаях дренажное 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 органных 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.

1054. ПРИНЦИПЫ DAMAGE CONTROL 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., Суков Д.А.*

Санкт-Петербург

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ СП
им. И.И. Джанелидзе»

Актуальность. Тяжелый разлитой перитонит, осложненный тяжелым сепсисом, остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Сохраняющийся высокий уровень летальности, достигающий 70- 90% определяет необходимость совершенствования подходов в комплексной терапии. Реализация принципов Damage Control – 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 лапаротомии 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.

1055. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВА ГЭРБ И ГПОД

Галлямов Э.А. (1), Ерин С.А. (2), Макушин А.А. (3),
Преснов К.С. (4), Агапов М.А. (5),
Галлямова С.В. (3), Загайнов Е.В. (1)

Москва

1) МГМСУ, 2) ГКБ №50, 3) АО МЕДСИ,
4) МЦ ЦБ РФ, 5) МНОЦ МГУ

Актуальность. В 1991 году В. Dallemagne выполнил первую лапароскопическую антирефлюксную операцию, и с тех пор она получила широкое распространение во многих клиниках по всему миру. Немаловажно отметить, что результаты оперативного лечения в разных клиниках сильно отличаются; в 3-40% случаев выполненная операция не приносила желаемых результатов, а в 1-30% случаев после операции развивалась дисфагия. В случае неудовлетворительных результатов, и неэффективности консервативной терапии пациентам показано выполнение рефундопликации. Повторные антирефлюксные операции всегда отличаются повышенной сложностью, ввиду ятрогенно

нарушенной анатомии в области желудочно-пищеводно перехода, спаечного процесса в верхних отделах брюшной полости (менее выражен после лапароскопических вмешательств), зачастую отсутствием точной информации об объеме предыдущего вмешательства. Чаще повторное вмешательство выполняет другой хирург, ввиду того что пациенты зачастую обращаются в другую клинику для выполнения рефундопликации. Материалы и методы. В период с 1995 по январь 2016 коллективом авторов было выполнено 1825 лапароскопических фундопликаций по поводу ГЭРБ (гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни), и ГПОД (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы). Результаты эффективности выполненной фундопликации и качества жизни пациентов оценивались при помощи анкетирования, которые проводились на консультациях хирурга спустя 3 месяца, и 1 год после операции. Анкета включала в себя вопросы на наличие и интенсивность: изжоги, дисфагии, болей за грудиной, дыхательных спазмов, метеоризмов, заболеваний среднего уха и т.д. В том числе по результатам анкетирования решался вопрос о проведении консервативной терапии или выполнения повторной рефундопликации. Полученные результаты. Из 1825 прооперированных пациентов, 36 была выполнена рефундопликация (1,97%). Так же в исследование были включены 45 пациентов, которым первоначальные операции были выполнены в других клиниках. Всего 81 пациент, средний возраст 46,7 лет. У 60 пациентов первоначальная операция была фундопликация по Ниссену, у 10 по Тупе, у 4 в модификации академика Черноусова, и у 7 пациентов модификацию первоначальной операции установить не удалось. На этапе освоения лапароскопического доступа было 2 конверсии в открытую операцию. У 29 пациентов первоначальная операция в другом центре была выполнена доступом через лапаротомию, а у 5 пациентов в анамнезе уже была рефундопликация, а у 1 из них в анамнезе – фундопликация, и 2 рефундопликации. В среднем, рефундопликация была выполнена спустя 43 месяца после первоначальной операции. Медиана наблюдения за пациентом после рефундопликации – 63 месяца, очередная, повторная рефундопликация была выполнена 19 пациентам из исследуемой группы. Обсуждение. Показание для выполнения рефундопликации – клинически значимый, не купированный курсом консервативной терапии рецидив ГЭРБ, появление значимых некоррегируемых симптомов дисфагии, а так же рентгенологически диагностированный рецидив ГПОД II, III, IV типа. Ретроспективно оценивая интраоперационную ситуацию – причиной для реоперации, в большинстве случаев, $n = 37$, был рецидив грыжи; «slippage» синдром $n = 19$; несостоятельность манжетки в $n =$



14; стеноз в области манжетки $n = 4$, клинический рецидив без интраоперационно установленной причины $n = 7$. У 5 пациентов в анамнезе была рефундопликация (2 доступом через лапаротомию, 3 - лапароскопическим) Выводы и рекомендации. Рефундопликация технически сложнее первоначальной операции, и предъявляет высокие требования к мануальным навыкам и знаниям физиологии гастроэзофагеального перехода. Зачастую самым сложное – ответить во время операции на вопрос: «Какая именно модификация операции подойдет именно этому пациенту?» Тем не менее, эта операция очень востребована, и необходимо системное амбулаторное наблюдение пациентов после фундопликации – в случае возникновения жалоб на изжогу, дисфагию – провести своевременное дообследование и выбрать оптимальную лечебную тактику.

1056. НА ПУТИ К ОПТИМИЗАЦИИ СРОКОВ РЕКОНСТРУКЦИИ КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1),
Агапов М.А. (2), Ерин С.А. (3)*

Москва

1) МГМСУ, 2) МНОЦ МГУ, 3) ГКБ №50

Высокая распространенность обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки при осложненном раке и дивертикулезе толстой кишки, ожогах, травмах, аномалиях развития не имеет тенденции к снижению. По оценке ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, число стомированных больных в России составляет от 100 до 120 тысяч, из них 38,2– 50,8% – лица трудоспособного возраста. Известно, что восстановление непрерывности кишечника после обструктивной резекции относится к травматичным и сложным операциям, что связано с массивным спаечным процессом и техническими трудностями выделения культи толстой кишки из окружающих тканей. Сохраняющаяся высокая частота послеоперационных осложнений требует коррекции методов их профилактики и определения оптимальных сроков выполнения реконструктивного этапа хирургического лечения заболеваний толстой кишки. Клинический случай. Пациент М., 46 лет, госпитализирован в хирургическое отделение спустя 12 часов от начала заболевания с клинической картиной перфорации полого органа, распространенного перитонита. Выполнена диагностическая лапароскопия в экстренном порядке. Интраоперационный диагноз – дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки, осложнен-

ная дивертикулитом, перфорацией сигмовидной кишки, распространенным гнойно-фибринозным перитонитом. Выполнена операция – лапароскопическая обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной сигмостомы, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде пациент получал комплексную инфузионную детоксикационную, антибактериальную, симптоматическую терапию, парентеральное и энтеральное питание, ранняя активизация. У больного отмечались невыраженный болевой синдром, субфебрилитет, функционирование сигмостомы, положительная динамика лабораторных показателей. На третьи сутки выполнена программируемая санационная релапароскопия. Интраоперационно отмечена значительная регрессия воспалительных изменений со стороны висцеральной и париетальной брюшины. В тоже время процесс в области резецированного участка сигмовидной кишки обратил на себя внимание спаечный в виде рыхлых спаек, в котором заинтересованы петли тонкой кишки и париетальная брюшина. Продолжено консервативное лечение. Пациент активизирован через 12 часов после операции. Отмечено отсутствие болевого синдрома, нормотермия, функционирование сигмостомы, на вторые сутки пациент переведен на энтеральное питание, констатирована нормализация лабораторных показателей. На 9 сутки после релапароскопии выполнена ирригоскопия через сигмостому. Определен пораженный дивертикулярной болезнью участок нисходящей толстой кишки. На 15 сутки после первой операции выполнена лапароскопическая реконструктивная десцендо-ректостомия с резекцией дивертикулярно измененного дистального участка нисходящей кишки, а также измененного дистального участка сигмовидной кишки с использованием колоноскопической навигации. Интраоперационно выявлены рыхлый спаечный процесс на месте резецированного участка кишки, и отсутствие лапароскопических признаков перитонита. Послеоперационное ведение пациента осуществлялось по протоколу FastTrack. Общий срок стационарного лечения 22 дня. Обсуждение. Применение видеозендоскопических технологий и комплексное ведение пациента по системе FastTrack позволило выполнить реконструкцию толстой кишки через 2 недели после обструктивной резекции. Для оптимизации сроков выполнения реконструктивно-восстановительного этапа хирургического лечения патологии толстой кишки необходимо обозначение объективных критериев готовности кишечного тракта к реконструкции. Авторами проводится рандомизированное исследование по этой проблеме.



1057. ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДОНОРСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Готье С.В. (1), Галлямов Э.А. (2), Монахов А.Р. (1),
Ахаладзе Д.Г. (3), Загайнов Е.В. (2)

Москва

1) ФНЦТИО им. В.И. Шумакова,
2) МГМСУ, 3) МКНЦ

Введение. Прижизненное донорство фрагмента печени - эффективная и востребованная операция, позволяющая увеличить число трансплантаций печени в условиях резкого дефицита трупных донорских органов. На второй международной конференции, посвященной лапароскопической хирургии печени, в 2014 году, в Мориоко, лапароскопическая донорская резекция печени признана хирургической инновацией, находящейся на этапе освоения и внедрения. На сегодняшний день, эта операция стандартизована, считается хорошо отработанной, и рутинно применяется в нескольких трансплантологических центрах в мире. Не смотря на это, для внедрения в широкую практику новой оперативной технике необходимо время, а так же отчеты и исследования, демонстрирующие безопасность, эффективность и воспроизводимость методики, а так же рекомендации по критериям для отбора пациентов на начальном этапе. Данное сообщение представляет первые результаты российской программы по донорской лапароскопической резекции печени, приводит сравнение лапароскопического и открытого доступа, а так же оценивает особенности кривой обучения. Материалы и методы. С мая 2016 по январь 2017 года было выполнено 10 донорских лапароскопических резекций ЛЛС (левого латерального сектора) печени. Во всех случаях донорами были женщины, в 8 случаях мать ребенка, и в 2 тетка. Возраст реципиента был в диапазоне от 6 месяцев до 3 лет. Вес тела реципиента варьировал от 5,6 до 12,5 кг. Донор укладывался в «французское положение», операционному столу придавалось положение Фовлера. Стандартно устанавливалось 6 портов, трансплантат извлекался через доступ по Пфанненштилю. Трансекция паренхимы осуществлялась при помощи биполярного коагулятора, ультразвукового скальпеля и ультразвукового диссектора. Результаты. Селекция доноров осуществлялась на основании КТ калькуляции толщины паренхимы, в планируемой плоскости резекции, особенностей кровоснабжения и деривации желчи из ЛЛС. Средний возраст доноров составил 28 (+/-6) лет. Средняя продолжительность оператив-

ного вмешательства 252 (+/-20) минут. При этом продолжительность первой операции составила 290 минут, в то время как последняя – всего 220 минут. Средний вес трансплантата составил 233 (+/-23) грамма. Интраоперационная кровопотеря ни в одном из случаев не превысила 100 мл (средняя 90 мл). Доноры были выписаны на 3-6 сутки после операции. В ходе освоения метода был изобретен и запатентован оригинальный способ «двойного лапароскопического вывешивания печени», который предоставил возможность безопасного и анатомического выделения портальной пластинки, левой печеночной вены. Осложнения со стороны доноров не наблюдались. Течение послеоперационного периода у реципиентов так же было без особенностей. Заключение. Донорская лапароскопическая резекция ЛЛС эффективный и безопасный метод, который имеет ряд неоспоримых преимуществ. Ранняя активизация доноров, короткие сроки госпитализации, короткие сроки временной утраты нетрудоспособности. 40 кратное увеличение получаемое при помощи эндовидеохирургического оборудования, вкупе с «каудальным подходом», позволяют выполнять диссекцию анатомических структур на прецизионно новом уровне. И в конце, хотелось бы отметить высокий косметический эффект, что является немаловажным фактором для дальнейшего роста числа прижизненных доноров среди молодых родителей.

1058. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЕ

Дибиров М.Д., Гаджимурадов Р.У.

Москва

ФБОУ ВО МГМСУ им.А.И. Евдокимова

Цель исследования. Изучить особенности течения и эффективности лечения трофических язв при ХВН и ПТФС на фоне сахарного диабета (СД) Материал и методы. Проведено обследование 176 больных с трофическими язвами на фоне сахарного диабета II типа. Контрольная группа - 162 пациента без диабета. Возраст всех больных был старше 60 лет. Средний возраст – 73г. Венозные язвы были у 77 больных. Причиной трофических язв у 11 была декомпенсированная форма варикозной болезни с патологическим вертикальным и горизонтальным рефлюксом, у остальных 66 постфлебический синдром. Малые язвы были у 16(21%), средних размеров - 20(25%) большие – 22(29%), гигантские – 19(25%). Ишемические язвы были у 99. Компен-



сированная форма СД была у 17%, субкомпенсированная – 47%, декомпенсированная – 36%. Тяжелые нарушения микроциркуляции и перфузии крови в коже стопы отмечены у всех пациентов. Чем больше размеры трофических нарушений и длительность СД, тем тяжелее были нарушения микроциркуляции. Показатель микроциркуляции при малых язвах был – $3,6 \pm 0,1$ перф.ед., а при гигантских язвах – $2,4 - 2,8 \pm 0,03$. Парциальное напряжение кислорода в периульцерозных тканях был снижен до $40,2$ мл.рт.ст. У всех пациентов отмечалось снижение гуморального и клеточного иммунитета на 47%. При подготовке к операции и после операции в комплексную терапию были добавлены в/в введения $800 - 1000$ мг. актовегина в течение 7- 14 дней и полиоксидония – 6 мг. в/м через день №5, после чего отмечено отчетливое улучшение микроциркуляции на 28%, иммунного статуса на 42% и повышение PO_2 на 28%. После очищения язвы у 150 пациентов выполнены миниинвазивные оперативные вмешательства. При венозных язвах из 77 оперированы – 68. Цель операции у 50 – ликвидация вертикального и горизонтального венозного рефлюкса путем кроссэктомии, флебэктомии, локальной обработки несостоятельных перфорантных вен и пересадки кожи (40) на фоне продолжения той же терапии. Хорошие результаты – заживление язвы отмечены у 46 (92%) из 50 оперированных больных. Эхосклеротерапия перфорантных вен выполнена у 18 с хорошим эффектом у 16. Из 9 больных, леченных консервативно рубцевание или эпителизация язв отмечена только у 4(44%). При ишемических язвах из 99 оперированы 82 (83%). У 58(70%) выполнена рентгеноэндоваскулярная ангиопластика и стентирование, у 24 – различные виды реконструктивных операций на бедренно -тибиальной зоне. Трофические язвы на фоне улучшения кровоснабжения самостоятельно зажили у 60 (73%) из 82. Пересадка кожи с полным приживлением лоскутов выполнена у 18. Ампутация выполнена у 4(5%) . Из не оперированных 17 пациентов ампутация конечности выполнена у 4 (23%). В контрольной группе результаты на 20% были хуже чем в основной. Таким образом, комплексная реологическая, метаболическая и иммунокорректирующая терапия в сочетании с ликвидацией патологического рефлюкса миниинвазивными вмешательствами или эхосклеротерапией являются оптимальными в лечении венозных трофических язв на фоне сахарного диабета. При ишемических язвах наиболее оптимальными являются ангиопластика, стентирования и дистальные артериальные реконструкции аутовенозным шунтом.

1059. ОПЫТ РЕЗОНАНСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Пикуза В.И.(1), Фомин В.С.(2), Яковенко В.Н.(3),
Игнатъева В.Б.(3), Фомина М.Н.(2), Тегай Р.А.(2)*

Москва

- 1)ФКУ ЦВКГ им. П.В. Мандрыка МО РФ,
- 2)ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
- 3)ФГБУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Введение. Несмотря на многолетнее изучение вопросов профилактики и лечения спаечной болезни брюшины, частота острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) не имеет тенденций к снижению, а послеоперационная летальность на протяжении последних лет достигает 8,1-22%. Цель. Демонстрация не инвазивной методики резонансной стимуляции (РС) перистальтической активности (ПА) ЖКТ у пациентов с ОСТКН с целью восстановления пассажа химуса и коррекции энтеральной недостаточности (ЭН). Материалы и методы. В ходе работы нами анализирован исход лечения 46 пациентов с картиной ОСТКН (2015-2016гг). Госпитализация по СМП. Женский пол - 59%. Исходно от 1 до 7 операций в анамнезе, Мср $2,6 \pm 1,1$. 1-я группа (21 пациент - проспективно) и 2-я группа (25 больных – ретроспективно) полностью соизмеримы. Во 2 группе проводилось лечение ОСТКН согласно приказу №320. Пациентам 1 группы в лечении ОСТКН для коррекции ЭН, профилактики прогрессирования внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), стимуляции ПА проводились сеансы РС. Всем пациентам исходно проводилась декомпрессия проксимальных отделов ЖКТ, проба Шварца, а также электроэнтерография на «селективном полиграфе ЖКТ». Мониторинг ВБГ выполнялся непрямым интравезикальным способом манометрии. Результаты и их обсуждение. Всем госпитализированным больным выполнялось исследование ПА пищеварительного тракта методом селективной полиграфии. Исходная активность возбудимых структур в обеих группах была незначительной, не превышая $11,3 \pm 5,8$ мкВ. В группе 2 после регистрации исходной активности реализовывался стандартный протокол ведения пациентов с ОСТКН. В 1 группе, помимо медикаментозной терапии, проводилась РС с экспозицией не менее 1,5 часов на все структуры последовательно в стандартных режимах с получением ответов возбудимых структур всех «заинтересованных» отделов с амплитудой вызванных сигналов до 85 ± 9 мкВ. Как



правило, к исходу первого сеанса (порядка 70% пациентов), и на 2-м сеансе получены ответы всех стимулированных отделов ЖКТ, с синхронизацией чувствительности перечисленных отделов и сохранением активности в фоновых режимах стимуляции. Максимальная чувствительность возросла до $Msp110 \pm 13$ мкВ (к исходу 3 сеанса). В ходе энтерографии пассаж в дистальные отделы подвздошной кишки составил $6,2 \pm 2,1$ часа в 1 группе и $8,1 \pm 2,3$ часа ($p \leq 0,05$) в группе 2. Назогастральное зондирование позволило объективизировать динамику уменьшения гастро- и энтеростаза: имелся отчетливый лизис отделяемого по зонду в 1 группе, что позволило выполнить его удаление в 100% наблюдений к исходу первых суток, в группе 2 к этому сроку лишь у 48% ($p \leq 0,05$). Во всех наблюдениях основной группы к исходу 24ч получен самостоятельный стул, в группе сравнения лишь 2/3 пациентов удовлетворяли этому критерию ($p \leq 0,05$). При анализе внутрибрюшного давления в начале лечения параметры ВБГ составили $18,3 \pm 4,3$ мм.рт.ст. в 1 группе и $17,9 \pm 3,7$ мм.рт.ст. в группе 2 ($p \geq 0,05$), к концу 24-часового наблюдения в 1 группе ВБГ составляло $11,2 \pm 2,1$ мм.рт.ст., а в 2 группе – $14,1 \pm 5,7$ мм.рт.ст. ($p \leq 0,05$). 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 в 2 группе равнялось $10,3 \pm 3,9$ мм.рт.ст. ($p \leq 0,05$), а у 7 пациентов отмечались признаки гипертензии 1 степени (значения более 12 мм.рт.ст.) и, соответственно, риск развития ЭН. При этом задержка пассажа бариевой взвеси как раз и наблюдалась у данных больных, что потребовало срочного оперативного лечения (5 пациентов). Заключение. Приведенные данные позволяют с оптимизмом смотреть на улучшение результатов хирургического лечения ОСТКН, избегая чрезмерной и порой напрасной хирургической активности, снижая риск дальнейшей травматизации брюшины и спайкообразования. Считаю целесообразным применение методики РС пищеварительного тракта в комплексной терапии данной патологии для ускорения перистальтики и скорейшего разрешения ОСТКН и ЭН.

1060. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1), Орлов Б.Б. (2), Преснов К.С. (3), Агапов М.А. (4), Харчук А.В. (5), Макушин А.А. (6), Галлямова С.В. (6), Галлямов Э.Э. (7)

Москва

1) МГМСУ, 2) ГКБ №64, 3) МЦ ЦБ РФ,
4) МНОЦ МГУ, 5) ГКБ им. М.П. Кончаловского,
6) АО МЕДСИ, 7) БГМУ

Введение. В течение последних лет изменяются принципы ведения острого панкреатита. Это, главным образом, связано с прогрессивным изменением современных представлений о патогенезе заболевания, увеличением доступности компьютерной томографии, улучшением методов детоксикации и усовершенствованием малоинвазивных методик. **ЦЕЛЬ.** Изучить эффективность применения лапароскопических и мануально ассистированных видеоэндоскопических хирургических пособий в лечении тяжелых форм панкреонекроза.

Материалы и методы. С 2004 г. по 2017г. лапароскопическим доступом оперированы 171 пациент с инфицированным панкреонекрозом. В 82 случае выявлено тотальное поражение и в 89 - субтотальный панкреонекроз. Возраст больных колебался от 28 до 77 лет. Объем поражения определялся на основании данных ультразвукового исследования, контрастно-усиленной компьютерной томографии. Объем и распространенность деструкции поджелудочной железы и окружающих тканей определялись по шкале E. Balthazar (1985). Больных стратифицировали по шкале E. Balthazar: со степенью D (3 балла) – 39 больных (единичные жидкостные образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы – 30-50 %), со степенью E (4 балла) – 32 больных (два и более жидкостных образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы более 50%). Факт инфицирования устанавливался при бактериологическом исследовании интраоперационно забранного материала. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале APACHE II $9,4 \pm 0,9$. С первых часов госпитализации проводился строгий лабораторный мониторинг специфических показателей с целью оценки тяжести синдрома системного воспалительного ответа и комплексные этиопатогенетически направленные консервативные мероприятия.

Результаты и обсуждение. Выполнение первичной хирургической некрэктомии являлось первым



этапом в лечении больных с панкреонекрозом. При этом панкреатическая инфекция не являлась единственным показанием к хирургическому вмешательству. Применялся лапароскопический мануально-ассистированный (гибридный) и исключительно лапароскопический доступы в лечении панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита. С первых суток после первичной санации начиналась ирригация парапанкреатического пространства через множественные дренажные конструкции большими количествами стерильного физиологического раствора (до 10 л в сутки). Этапные санации проводились лапароскопическим или внебрюшинным эндоскопическими доступами в зависимости от динамики клинической картины и данных КТ. Невозможность обеспечения адекватной одномоментной санации являлась показанием для выполнения повторных операций в программируемом режиме. При наличии раневых каналов после удаления тампонов или дренажей Пенроуза-Микулича этапные санации проводились через имеющиеся срединные и/или люмботомные доступы. Пациентам выполнялись от одной до пятнадцати эндоскопических санаций с интервалом 3-7 дней. Большинство пациентов находились на продленной вентиляции легких от 7 суток до 4 месяцев. Летальность составила 9,9 % (17 больных умерли в послеоперационном периоде от нарастающей полиорганной недостаточности). **ВЫВОДЫ.** Больные с инфицированным панкреонекрозом по-прежнему являются группой высокого риска среди больных тяжелым острым панкреатитом, для которых хирургический метод лечения остается предпочтительным. Первые результаты исследований оказались оптимистичными, но для достоверного статистического анализа необходимо большее количество клинических наблюдений. Достаточный уровень доказательности последующих исследований сделает возможным создание стандартов и алгоритмов лечения панкреонекроза и его осложнений с использованием высокотехнологичных эндохирургических технологий.

1061. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Шевченко Д.С.(2), Самодай В.Г.(1),
Ушкова О.Г.(2), Рудой В.Г.(2)*

Воронеж

- 1) Кафедра травматологии и ортопедии
ВГМУ им. Н.Н.Бурденко
- 2) ЦАХ Воронежской городской клинической
поликлиники №7

Актуальность. В настоящее время все большую популярность завоевывают активный образ жизни и занятия спортом. Совершенствование МРТ диагностики привело к более частой выявляемости внутрисуставных повреждений как в острой так и в хронической стадии. Все это увеличило количество пациентов, нуждающихся в оперативном лечении травм и заболеваний суставов конечностей. Цель. Целью нашей работы является обоснование возможности эффективности выполнения эндоскопических операций у травматологических пациентов в условиях стационара краткосрочного пребывания в центре амбулаторной хирургии при ВГКП № 7. Материалы и методы и результаты лечения. С 2004 г. при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) пациенты данной категории в полном объеме получают необходимое лечение. За эти годы выполнено 1660 операций по поводу последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. При этом эндоскопических операций произведено 1507 и количество их с каждым годом увеличивается, а диапазон расширяется. Из них: диагностических артроскопий выполнено 141 (9,4%); резекций медиального мениска – 525 (34,8%); наружного мениска – 264 (17,5%); суставных лаважей при деформирующем остеоартрозе, хроническом синовите – 188 (12,5%); хейл - и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела Гоффа – 124 (8,2%) и 96 (6,3%) удалений хондромных тел. В 65 (4,3%) случаях у больных с хондромалицией III-IV степени и при асептическом некрозе мыщелков бедренной кости после артроскопического удаления фрагментов разрушенного гиалинового хряща была произведена абразия и микрофрактурирование дефектов. При разрыве мениска у 12 (0,8%) пациентов удалось выполнить артроскопический шов. Послеоперационные осложнения в этой группе составили 5.8% случаев. Из них случаев синовита – 4.2%,



гемартроза -1.1% и 0.5% - нарушений чувствительности в области оперативного воздействия. С 2013 года выполнили 73 (4,8%) артроскопических пластик передней крестообразной связки (ПКС) при помощи аутоотрансплантата, сформированного из сухожилий нежной и полусухожильной мышц по транстибиальной методике формирования туннелей. Аутоотрансплантат фиксировали биодеградируемыми имплантатами: на бедре использовали «Rigid fix», а на большеберцовой кости – «Bio-intrafix» или «Absolut». После артроскопических пластик ПКС синовит развился у 4 пациентов. У 2 пациентов в результате повторной травмы произошла внутритуннельная миграция винта и еще у 2 – возник синовиальный свищ в проекции Bio – intrafix. После иссечения свищи закрылись. У одной пациентки после возвращения к активным занятиям спортом возник рецидив нестабильности. У всех пациентов, несмотря на осложнения, функция оперированного сустава восстановлена полностью. Все операции производили под эпидуральной анестезией, без обескровливания конечности под жгутом, что позволяет минимизировать риск сосудистых и неврологических осложнений. В результате выполненных артроскопических операций были отмечены положительные результаты: уменьшение болей, отсутствие механических препятствий при работе сустава («щелчки», «заклинивания»), увеличение объема движений. В 2014-2015 гг. нами выполнено 19 (1.3%) артроскопических вмешательств на плечевых суставах. Из них 8 пациентам по поводу адгезивного капсулита произведены капсулотомия, иссечение ротаторного интервала, тенотомия длинной головки бицепса, субакромиальная декомпрессия, реддрессация сустава. Четырём пациентам при повреждении задневерхнего отдела суставной губы и сухожилия длинной головки бицепса выполнили абразию поврежденных тканей, тенотомию, тенодез сухожилия бицепса на биодеградируемый якорь LUPINE. Дважды выполнена рефиксация перенижнего отдела губы гленоида и капсулы сустава так же с использованием якорей LUPINE. Четырём пациентам по поводу разрыва ротаторной манжеты выполнен артроскопический шов разрыва с фиксацией на якорь Twinfix 3,5. Одному пациенту артроскопически удалили костно-хрящевые фрагменты из субакромиального пространства. У всех 19 пациентов отмечено удовлетворительное восстановление объема движений в оперированном суставе. Средняя длительность госпитализации пациентов в СККП центра амбулаторной хирургии при ВГКП № 7 составила: после диагностических артроскопий, менискэктомий 1,1 дня; промываний сустава при деформирующем остеоартрозе, хейл - и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела

Гоффа – 1,2; удалений хондромных тел – 1,1; артроскопических пластик ПКС – 3,2 и артроскопических вмешательств на плечевых суставах – 1,2 дня. Выводы. Результаты эндоскопических операций у пациентов с последствиями травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата свидетельствуют о целесообразности выполнения этих операций в условиях СККП центра амбулаторной хирургии при ВГКП № 7. Дальнейшее увеличение количества и расширение диапазона оперативных вмешательств с применением видеоэндоскопической техники позволит уменьшить очередность на оперативное лечение этой категории больных в госпитальных стационарах, а также способствовать оказанию своевременной специализированной травматолого-ортопедической помощи большему количеству пациентов при снижении материальных затрат.

1062. МИНИИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАКА И ГИСО ЖЕЛУДКА

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А. (1), Ерин С.А. (2), Преснов К.С. (3), Агапов М.А. (4), Макушин А.А. (5), Галлямова С.В. (5), Галлямов Э.Э. (6)

Москва

1) МГМСУ, 2) ГКБ №50, 3) МЦ ЦБ РФ, 4) МНОЦ МГУ, 5) АО МЕДСИ, 6) БГМУ

Введение. Рак желудка продолжает составлять почти треть всех смертельных исходов от злокачественных опухолей во всем мире. Хирургический метод остается основным способом в лечении местнораспространенного рака желудка. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) чаще всего локализуются в желудке. У больных с опухолями более 10 см 5-летняя выживаемость составляла всего лишь 20%

Материалы и методы. С 2000 г. по 2017 г. оперировано 115 больных с различными формами онкологических заболеваний желудка. Из них 74 (64 %) мужчин и 41 (36 %) женщин. Возраст больных колебался от 32 до 85 лет. Объем поражения устанавливался на основании, рентгенологического исследования, эндоскопического исследования, данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ). Оценка поражения желудка так же оценивалась по данным биопсии. Стадия процесса в дооперационном и послеоперационном периоде оценивалась согласно классификации Международного противоракового союза.



Результаты и обсуждение. Коллективом авторов, выполнено 115 лапароскопических вмешательств, из них 74 – по поводу рака желудка, 41– по поводу ГИСО желудка. В 39 случаях выполнена гастрэктомия, в 35 случаях выполнялась субтотальная резекция желудка. При ГИСО у 41 пациента в 35 случаях выполнялась лапароскопическая секторальная резекция желудка и в 6 случаях выполнялась лапароскопическая проксимальная резекция желудка. При раке желудка всем пациентам выполнялась стандартная D-2-лимфодиссекция. Выполнение данных оперативных вмешательств проводилось с использованием стандартных наборов для эндовидеохирургических вмешательств, использовались ультразвуковые ножницы HARMONIC (ETHICONENDOSURGERY), аппарат биполярной коагуляции LIGASURE, En-Seal, набор линейных эндоскопических сшивающих аппаратов (Eshelon, ATB-45, Flex, EndoGIA-30, Endouaniversal), устройство для ручного ассистирования LAP-DISK, DEXTRUS (ETHICONENDOSURGERY). Удаленный орган помещался и эвакуировался из брюшной полости в герметичном контейнере, соблюдая принципы абластики. Время оперативных вмешательств составило 50-400 мин, кровопотеря составила 250-900 мл, продолжительность койко-дня 4-15 дней. Осложнения после операции возникли в 8 (6,9 %) случаев в виде анастомозита. В 1(0,8 %) случае, пациенту с развившимся анастомозитом установлен самораскрывающийся непокрытый нитиновый стент (удален через 2 месяца).

Выводы. Применение эндовидеохирургических технологий в лечении злокачественных образований желудка позволяет обеспечить соблюдение онкологических принципов лечения злокачественных заболеваний и адекватную радикальность оперативного вмешательства при малой/минимальной инвазивности. Малый процент осложнений (6,9%), позволяет сопоставить эндовидеохирургические методы лечения с традиционными, однако, в связи с небольшим количеством наблюдений, систематизировать отдаленные онкологические результаты считаем преждевременным.

1063. УРГЕНТНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Луцевич О.Э. (1), Галлямов Э.А.(1), Ерин А.С. (2), Сендерович Е.И.(3), Преснов К.С. (4), Агапов М.А. (5), Макушин А.А. (6), Галлямова С.В. (6), Галлямов Э.Э.(3), Гололобов Г.Ю. (7)

Москва, Уфа

1) МГМСУ, 2) ГКБ №50, 3) БГМУ, 4) МЦ ЦБ РФ, 5) МНОЦ МГУ, 6) АО МЕДСИ, 7) ПМГМУ

Введение. Эндовидеохирургические технологии получают широкое применение не только при плановом оперативном лечении хирургической патологии, но и в ургентной хирургии. С 1993 г. по 2016 г. в клиниках, представленных коллективом авторов, при острой патологии органов брюшной полости были проведены более 8100 экстренных оперативных вмешательств с использованием эндовидеохирургических технологий.

Материалы и методы. Коллективом авторов выполнены 2705 лапароскопических аппендэктомий при остром аппендиците, 4557 лапароскопических холецистэктомий при острых холециститах, 171 лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки при острых панкреатитах, ферментативных перитонитах, 191 лапароскопический ушиваний прободных гастродуоденальных язв, 153 лапароскопических разрезов кишечника непроходимости при острой спаечной тонкокишечной непроходимости, 46 экстренных лапароскопических резекций толстой кишки, 91 лапароскопический герниопластик ущемленных паховых грыж. 186 этапных санаций брюшной полости при перитонитах различной этиологии.

Результаты и обсуждение. Установка первого троакара производилась различными способами: из доступа в точках Калька, по Хассену в зоне срединного послеоперационного рубца, через грыжевые ворота неосложненной вентральной грыжи, через дефект пупочного кольца, в зонах «акустических окон» по результатам дооперационного УЗИ. Диагностическая лапароскопия. Первым лечебным этапом выполнялась первичная санация и эвакуация выпота из брюшной полости. Основным этапом – ликвидация острой хирургической патологии. В случае острой кишечной непроходимости, в 58% случаях она была обусловлена единичной спайкой, в 42% случаях массивным спаечным процессом. Основным принцип работы при острой кишечной непроходимости работа холодными ножницами и атравматичными кишечными зажимами. Перемещение оптического троакара в разные точки



брюшной стенки по принципу «треугольника». При острой толстокишечной непроходимости вызванной обтурирующими опухолями выполнено 14 лапароскопических операции типа Гартмана с выведением колостомы, в последующем пациентам выполнялась лапароскопическая реконструкция. В 1 случае выполнена резекция поперечной ободочной кишки. В 16 случаях выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с открытой декомпрессией и первичным анастомозом. При дивертикулите и перфорации дивертикула с диффузным перитонитом выполнены 15 лапароскопических резекции сигмовидной кишки с выведением колостомы. При тотальных и субтотальных пакеонекрозах выполнена 171 мануально-ассистированная и лапароскопическая некрсеквестрэктомия, санация и дренирование брюшной полости, с последующими этапными санациями и некрсеквестрэктомиями. Операции заканчивались завершающей санацией и дренированием брюшной полости. Профилактика спаечной болезни органов брюшной полости проводилась в интра- и послеоперационном периоде: использование противоспаечных барьеров Intercoat, Interseed, ранняя активизация больного в первый день операции, ранняя стимуляция работы кишечника. **ВЫВОДЫ.** Любая экстренная операция по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при отсутствии общих противопоказаний, должна начинаться с диагностической лапароскопии. Эндовидеохирургические вмешательства в экстренном порядке должны выполнять специалисты высокой квалификации, имеющие опыт и навыки выполнения традиционных и лапароскопических операций разной категории сложности.

1064. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ

Володин Д.И. (1), Сергеев В.П. (1), Халатов А.С. (1), Волков Т.В. (1), Погосян Р.Р. (1), Биктимиров Р.Г. (2), Новиков А.Б. (3), Мещанкин И.В. (4), Санжаров А.Е. (5), Кочкин А.Д. (6)

Москва, Нижний Новгород

1) ФМБА им. А.И. Бурназяна, 2) ФКЦ ВМТ ФМБА, 3) МЦ ЦБ РФ, 4) ЛРЦ, 5) ФНКЦ ФМБА, 6) ДКБ РЖД

Введение. Почечно-клеточный рак (ПКР) занимает 3-е место в мире по заболеваемости среди злокачественных новообразований мочеполо-

вой системы. В 2013 г. в России зарегистрировано 20892 новых случаев ПКР. Обращаем внимание, что больные с I и II стадиями (56,6%) составляют более половины пациентов с раком почки. Это послужило одной из предпосылок для развития нефронсберегающих методов лечения. Для оценки резектабельности опухолей почек предложены различные нефрометрические шкалы (PADUA, R.E.N.A.L.). Однако до сих пор резекция почки является методом выбора только при T1a стадии, оставаясь факультативным вмешательством при T1b и T2 градациях. В данной работе мы оценили собственные результаты лапароскопических резекций почки. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения всех пациентов оперированных по поводу опухолей почек в 2016 году в отделении онкоурологии ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Оценивали возраст больных, размер опухоли, нефрометрический индекс, длительность операции, ишемии, стадии заболевания, осложнения при выполнении резекции почки. Все вмешательства были выполнены лапароскопическим доступом. **Результаты.** Всего за указанный период выполнено 112 операций: 68 резекций почек (РП) и 44 радикальные нефрэктомии (РН), что составило 63 и 37% соответственно. Средний возраст больных в группе органосохранного лечения составил 58,2 года (32 – 77). Средний размер опухоли 36 мм (5 – 90). Медиана индекса R.E.N.A.L (iR) составила 7 баллов. Более чем в половине случаев (62%) iR был выше 7 баллов, при этом у 19% (13 пациентов) iR составил 10 и более баллов. У 7 (10,3%) пациентов гистологически верифицированы доброкачественные новообразования. 4 пациента имели синхронное билатеральное поражение почек. Им последовательно выполнены резекции с обеих сторон. Операции с тепловой ишемией проведены 45 больным (66%), среднее время которой составило 24 минуты (9 – 59 минут). У 23 (34%) больных резекция выполнялась без ишемии. Продолжительность операции: РП – 164,3 минуты (69 – 360) и 162 минуты (85 – 260) при РН. Объем кровопотери был больше в группе РП 137 мл (5 – 900), чем при РН 95 мл (20 – 500). В 18 случаев (26%) дренаж не устанавливался. Средний послеоперационный койко-день составил 6. В послеоперационном периоде Послеоперационные осложнения у 4 пациентов (5,8%) зафиксированы только в группе РП, это послеоперационное кровотечение (iR-10, эмболизация) и мочевого свищ (iR-11, стентирование), деструктивный панкреатит, мочевого свищ (iR-10, нефрэктомия), кровотечения (iR-11, дренирование, гемостаз). **Выводы.** По нашим данным, с одной стороны, очевидно, что в большинстве ситуаций резекция почки может быть выполнена лапароскопическим доступом, при этом не менее чем в половине слу-



чаев технически возможно выполнение резекции почки при опухолях в стадии более T1a. Так же следует отметить, что резекция почки позволяет свести к минимуму вероятность нефрэктомии у пациентов с доброкачественными образованиями. Нефрометрический индекс R.E.N.A.L. является вспомогательным инструментом для оценки сложности операции и риска осложнений. При стандартизации техники операции, по мере накопления опыта в ряде случаев возможен отказ от дренирования зоны вмешательства, что облегчает течение послеоперационного периода.

1065. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КРИОБАЛЛОННОЙ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

*Воробьев А.С., Башилов С.А., Бибиков В.Н.,
Герашенко А.В., Свешников А.В.*

Москва

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

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением сердечного ритма в повседневной клинической практике, которое сопряжено со снижением качества жизни, а также увеличением риска инсульта и других тромбоэмболических осложнений. За последнее десятилетие радиочастотная катетерная абляция (РЧА) левого предсердия с использованием систем трехмерного навигационного электроанатомического картирования стала стандартом интервенционного лечения ФП. К возможным альтернативам РЧА у пациентов с ФП можно отнести криобаллонную абляцию (КБА). В настоящее время сравнительные эффективность и безопасность двух методик остаются недостаточно изученными, что послужило поводом для организации настоящего исследования, продолжающегося в настоящее время. Целью исследования является определение эффективности и безопасности первичных процедур криобаллонной и радиочастотной абляции у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. В проспективном неконтролируемом исследовании приняли участие 75 пациентов (запланированное количество – 100 пациентов) с пароксизмальной формой ФП. В группе активного вмешательства (группа 1; n=50) выполнялась криобаллонная изоляция легочных вен

(катетер Arctic Front Advance, Medtronic Inc., США). Пациенты, перенесшие РЧА ФП, с использованием системы трехмерного навигационного электроанатомического картирования CARTO3 (Biosense Webster, США), были включены в группу контроля (группа 2, n=25). Конечными точками процедуры являлись наличие блоков входа и выхода. Все пациенты получали антиаритмическую терапию препаратами классов Ic или III в течение 3 месяцев после процедуры. Через 3, 6 и 12 месяцев после вмешательства запланировано мониторирование ЭКГ по Холтеру. В качестве первичной конечной точки исследования использовался эпизод ФП и предсердных тахикардий, продолжительностью более 30 секунд.

Результаты. В группе криобаллонной абляции отмечалось значительное уменьшение продолжительности процедуры при идентичных величинах рентгеновского времени (18 [13-28] мин, 65 [40-92] мин в группе КБА по сравнению с 17 [12-20] мин, 145 [120-160] мин в группе РЧА). На момент начала вмешательства фибрилляция предсердий отмечалась у 14,0% пациентов (n=7) из группы 1 и 20,0% пациентов (n=5) из группы 2. Электрическая или фармакологическая кардиоверсия для восстановления синусового ритма потребовалась в 12% (n=6) и 4% (n=1) случаев в группах 1 и 2, соответственно. Блок выхода в области устьев легочных вен был верифицирован у всех пациентов с синусовым ритмом, сохраняющимся после РЧА. Больших осложнений, связанных с вмешательством, выявлено не было. При медиане продолжительности наблюдения 4 месяца (диапазон 1-8 месяцев) рецидивы ФП и предсердных тахикардий отмечались в 10% (n=5) случаев в группе 1. В группе РЧА на момент публикации рецидивов ФП документировано не было. **Выводы.** Криобаллонная изоляция легочных вен и РЧА абляция левого предсердия являются безопасными вмешательствами у пациентов с пароксизмальной формой ФП. Применение КБА сопровождается значительным уменьшением продолжительности процедуры.



1066. РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ БЕСШОВНЫХ ПРОТЕЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДВУСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ

Молчанов А.Н., Идов Э.М.

Екатеринбург

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», Центр сердца и сосудов им. М.С.Савичевского

Цель исследования: Проанализировать результаты имплантации бесшовного протеза Perseval® в аортальную позицию пациентам с двустворчатым аортальным клапаном. Материалы и методы: был проведен анализ имплантации 14 аортального протеза Perseval S пациентам старше 60 лет с двустворчатым аортальным клапаном диаметром 21, 23 и 25 мм. Истинный двустворчатый аортальный клапан выявлен интраоперационно у 4 пациентов 28,6% (n=4) Пациенты мужского пола 35,7% (n=5), средний возраст пациентов составил 72.4±1,7 лет, медиана возраста составила 74 лет EuroSCORE II в среднем 9.56±1,4 (p=0.04) 9 пациентам был выполнен мини-стернотомический доступ по J типу. Имплантация протеза Perseval S в аортальную позицию при двустворчатом аортальном клапане проводилась по разработанной в клинике методике. Оценку расположения протеза проводили интраоперационно с использованием ТПЭхоКГ. Гемодинамические показатели оценивались в ближайшем и средне-отдаленном послеоперационном периоде (через 3,6,9,12 месяцев) по протоколу. Результаты: При проведении интраоперационного исследования с использованием ТПЭхоКГ дисфункции протеза, наличие параклапанных фистул выявлено не было. В ближайшем и средне-отдаленном послеоперационном периоде отмечена тенденция к снижению пиковый градиент. Для клапанов 21 диаметра значения изменились соответственно на 70% и 77.7% от первоначального уровня (p≤0.05), для протеза 23 диаметра на 23.3% и 43.3% (p≤0.05), для клапана 25 диаметра на 42% и 59.6% (p≤0.05). Среднее значение градиента имеет аналогичную картину: для Perseval S 21: на 74.1% и 81% составил 15 мм.рт.ст и 11 мм.рт. ст., для 23 протеза 65.8% и 78% и составил 14 мм.рт.ст и 11 мм.рт.ст, а на 25 протезе 66.6% и 75% (p≤0.05). В ближайшем послеоперационном периоде через 3 и 6 месяцев после имплантации отмечается незначительный рост объемных и линейных показателей, через 12 месяцев после имплантации протезов в аортальную позицию линейные размеры и объемы сердца уменьшились

в среднем на 10% от первоначального значения (p≤0.05). Случаев послеоперационной летальности на период исследования не зарегистрировано. Выводы: 1.Имплантация бесшовного протеза в аортальную позицию возможна пациентам с истинным и функциональным двустворчатым аортальным клапаном по разработанной методике. 2.Использование технологии имплантации бесшовных протезов позволяет проводить хирургическую коррекцию порока с использованием министернотомических доступов. 3.Имплантация аортального протеза пациентам старше 60 лет с двустворчатым аортальным клапаном приводит к положительным гемодинамическим показателям в ближайшем и средне-отдаленном послеоперационном периоде.

1067. СЕРДЕЧНАЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОМПАКТНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Воробьев А.С., Геращенко А.В., Свешников А.В.

Москва

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

Актуальность. Некомпактная кардиомиопатия левого желудочка (НКЛЖ) является редким заболеванием, которое характеризуется выраженной трабекулярностью эндокардиального слоя левого желудочка (ЛЖ) с формированием щелевидных пространств. НКЛЖ ассоциирована со снижением качества и увеличением смертности, что преимущественно обусловлено тяжелой сердечной недостаточностью. В 20% случаев у пациентов с НКЛЖ встречаются нарушения проводимости сердца в виде блокады левой ножки пучка Гиса. Несмотря на доказанную эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) при хронической сердечной недостаточности (ХСН), применение метода при лечении пациентов НКЛЖ остается недостаточно изученным. Целью данного клинического наблюдения, в которое были включены два клинических случая, является демонстрация возможностей СРТ при НКЛЖ.

Материалы и методы. Пациентка О, 55 лет, госпитализирована в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Центр) с целью имплантации устройства для СРТ в июле 2015 года. Жалобы, характерные для ХСН (одышка при минимальной физической нагрузке, общая слабость) возникли за 1 год до госпитализации. Тогда же пациентка стала отмечать эпизоды внезапно возникающе-



го неритмичного сердцебиения с последующим выявлением фибрилляции предсердий при амбулаторном мониторинговании ЭКГ. По данным эхокардиографического исследования был верифицирован диагноз НКЛЖ с нарушением систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ 23%, КДО 170 мл, КСО 130 мл). При коронароангиографии была исключена ишемическая болезнь сердца в качестве возможной причины ХСН. В марте 2015 года была выполнена радиочастотная катетерная абляция левого предсердия. Несмотря на проводимую лекарственную терапию, у пациентки сохранялись клинические проявления тяжелой ХСН, что потребовало имплантации устройства для СРТ с функцией кардиовертера-дефибриллятора (Protecta CRT-D). Вмешательство прошло без осложнений (продолжительность 110 минут, время рентгеноскопии 26 минут). При использовании стандартных параметров стимуляции (AV-интервал – 120 мс, VV-интервал – 20 мс, процент бивентрикулярной стимуляции – 98%) через 12 месяцев после имплантации устройства у пациентки отмечались клинический (снижение функционального класса ХСН до I ф.к. по NYHA) и эхокардиографический (КСО 50 мл, КДО 100 мл, ФВ ЛЖ 49%) ответы на СРТ. Пациент У, 45 лет, госпитализирован в Центр с целью имплантации устройства для СРТ в ноябре 2013 года. Среди клинических проявлений ХСН преобладала одышка, которая возникала в состоянии покоя и при минимальной физической активности. Жалобы отмечались в течение двух лет. По данным эхокардиографического исследования был верифицирован диагноз НКЛЖ с нарушением систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ 18%, КДО 280 мл, КСО 226 мл). При проведенном обследовании были исключены другие причины ХСН. При амбулаторном мониторинговании ЭКГ была выявлена частая мономорфная желудочковая экстрасистолия (26000/сутки). Имплантация устройства (Paradym CRT) прошла без осложнений (продолжительность 160 минут, время рентгеноскопии 52 минуты). При динамическом наблюдении отмечалось отсутствие ответа на СРТ, обусловленное низким процентом бивентрикулярной стимуляции (78%) на фоне частой желудочковой экстрасистолии, что потребовало РЧА аритмогенного фокуса в правом желудочке. В дальнейшем при использовании стандартных параметров стимуляции (AV-интервал 125 мс, VV-интервал 20 мс) через 12 месяцев после имплантации устройства у пациента отмечались клинический (снижение функционального класса ХСН до II ф.к. по NYHA) и эхокардиографический (КСО 105 мл, КДО 217 мл, ФВ ЛЖ 49%) ответы на СРТ. **ВЫВОДЫ.** В представленных клинических случаях эффективность и безопасность имплантации устройства для СРТ, а также принципы периоперационного ведения не

отличались от таковых для общей популяции пациентов с ХСН. Полученные данные представляют практический интерес и требуют валидации в условиях контролируемых клинических исследований.

1068. НЕФРЭКТОМИЯ И РЕЗЕКЦИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

*Сергеев В.П. (1), Биктимиров Р.Г. (2),
Володин Д.И.(1), Халатов А.С. (1), Кочкин А.Д.(3),
Новиков А.Б.(4), Мещанкин И.В.(5),
Санжаров А.Е. (6)*

Москва, Нижний Новгород

- 1)ГНЦ ФМБЦ ИМ А.И. Бурназяна ФМБА,
- 2)ФКЦ ВМТ ФМБА, 3) ДКБ РЖД, 4) МЦ ЦБ РФ,
- 5) ЛРЦ 6)ФНКЦ ФМБА

Введение: на протяжении последних десяти лет происходят значимые изменения в подходе к лечению опухолей почек. Ныне резекция почки (РП) является методом выбора при лечении пациентов с опухолью почки T1a. РП открытым или лапароскопическим способами приводит к адекватным онкологическим и функциональным результатам, но при этом лапароскопические вмешательства имеют меньшую морбидность в сравнении с открытыми операциями. Радикальная нефрэктомия (РН) показана пациентам с продвинутыми стадиями опухолевого процесса. Следует помнить, что еще недавно средний размер опухоли при нефрэктомии составлял 50 мм. Важно и то, что доля доброкачественных опухолей в популяции пациентов, подвергнутых хирургическому лечению, в том числе и органосохраняющему, достигает 5-15%. Нефрометрические шкалы (RENAL, PADUA и др.) позволяют распределить локальный статус по сложности резекционного вмешательства и риску развития осложнений. В связи с изложенным, представляет интерес, как изменения в лечебном подходе, использование лапароскопического доступа отразились на рутинной практике онкоурологической клиники. **Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ историй болезни всех пациентов онкоурологического отделения ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, которым выполнено оперативное лечение - резекция почки (РП) или радикальная нефрэктомия (РН) по поводу опухолей почек в 2016 году (критерий включения). Критерии исключения отсутствовали. Оценивали возраст, размер опухоли, нефрометрический индекс, продолжительность операции и послеоперационного пребывания пациентов, объем кровопоте-



ри, количество осложнений, послеоперационный диагноз, распределение по стадиям опухолевого процесса. Результаты: всего за указанный период выполнено 112 операций: 68 РП и 44 РН, что составило 63 и 37%. Все операции выполнены лапароскопическим доступом. Возраст пациентов в группе РП и РН составил 58,1 (32 – 77) и 61,9 лет (40 – 80) соответственно. Доброкачественные опухоли были у 7 больных в группе РП. Данные о размерах, индексе RENAL (iR), распределении по стадиям приведены ниже (представлены средние значения, размера и iR): При РП: средний размер опухоли 36,2 мм (5-90 мм), РН – 78,2 мм (35-170); iR при РП – 7,5 (4-12), РН 10,6 (10-12). При Т1 РП выполнена 59 пациентам (iR 7,3), РН 14 пациентам (iR 10). При Т2 РП выполнена 2 пациентам (iR 11,5), РН 6 пациентам (iR 11). При Т3 РН выполнена 17 пациентам (iR 10,6). При Т4 РН 4 пациентам. Время операции значимо не отличалось в обеих группах: РП – 164,3 минуты (69 – 360) и 162 минуты (85 – 260) при РН. Объем кровопотери был больше в группе РП 137 мл (5 – 900), чем при РН 95 мл (20 – 500). Послеоперационные осложнения у 4 пациентов (5,8%) зафиксированы только в группе РП, это послеоперационное кровотечение (iR-10, эмболизация) и мочевого свищ (iR-11, стентирование), деструктивный панкреатит, мочевого свищ (iR-10, нефрэктомия), кровотечения (iR-11, дренирование, гемостаз). В группе РН осложнений не было. Послеоперационное пребывание в стационаре в обеих группах составило 6 дней. Выводы: в современном онкоурологическом стационаре в структуре вмешательств при опухоли почки доминируют органосохраняющие операции. Размер опухоли и нефрометрический индекс существенно выше в группе РН. Осложнения зафиксированы после РП были отмечены в группе пациентов с высоким нефрометрическим индексом. При должном уровне подготовки хирургического коллектива, подавляющая часть операций при опухоли почки может быть выполнена лапароскопическим доступом с адекватными периоперационными результатами и реализацией всех преимуществ малоинвазивной хирургии.

1069. ХРОНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ КАК ПРЕДВЕСТНИК ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Непомнящая Е.М., Юркевич Р.Е.

Ростов-на-Дону

ФГБУ "РНИОИ" Минздрава России

Изучение этиологических и патологических изменений при различных процессах в верхних отделах желудочно-кишечного тракта в последнее время приобретает приоритетный характер. В течение последних двадцати лет проводится комплексное изучение структурно-функциональной организации и поведения апудоцитов. Полученные данные свидетельствуют об активном участии последних в патогенезе заболеваний ЖКТ, онкологических [3], нейродегенеративных [4] процессов, заболеваний иммунной системы [5], нейроэндокринопатий. [1,2] Моторно-эвакуаторные нарушения двенадцатиперстной кишки (ДПК) при заболеваниях гастродуоденальной зоны встречаются не менее чем в 50-80% наблюдений [7]. В исследованиях не отмечаются эндокрино-морфологические изменения и взаимосвязи при хроническом нарушении дуоденальной проходимости (ХНДП) [6] и эндокрино-морфологических изменения и взаимосвязи в язвенном процессе желудка и двенадцатиперстной кишки не наблюдается. Определение взаимосвязей и послужило проведению данного исследования. Целью настоящего исследования послужило определение эндокрино-морфологических изменений при хроническом нарушении дуоденальной непроходимости и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки определение их взаимосвязей. Материалы и методы. Эндоскопический, морфологический, биохимический. В исследование были включены три группы 49 пациентов: первая группа - контрольная (практически здоровые) составила 14 человек, вторая группа – с ХНДП 15 человек, третья группа – 18 больных с наличием язвенного поражения в желудке и/или ДПК. Все исследованные группы были распределены в соответствии возраста и половой принадлежности, использовались стандартизированные однотипные методики обследования. Распределение больных произошло мужчин и женщин 28 к 21, средний возраст составил 44,6 лет. Всем группам исследуемых проводилось фиброгастродуоденоскопия с обязательным взятием биопсии из желудка, двенадцатиперстной кишки из луковицы, передней, задней стенок постбульбарном пространстве, нижней горизонтали,



с сохранением в 10% нормальном формалине, дальнейшей морфологически иммуногистохимическим анализом. А так же проводились критерии визуальной оценки, которые позволяли объективно, субъективно оценить моторику двенадцатиперстной кишки: характер слизистой, наличие свободной желчи дуоденум, измерение времени сократительной волны без нагрузки, измерение времени сократительной волны с нагрузкой. В качестве стимулятора нагрузки, использовался 10% раствор глюкозы.[8,9]. Концентрацию растворенного серотонина сыворотки крови методом иммуноферментного твердофазного анализа с помощью тест-системы ELISA (Serotonin ELISA, IBL, Hamburg) [10,11]. Важным этапом оценки состояния является иммуногистохимический метод. Для иммуногистохимического ЕС – (серотонинпродуцирующих энтерохромаффинных) клеток применяли поликлональные кроличьи антитела к серотонину (Novocastra, 1:1000; биотин – стрептавидин – пероксидазный набор (ISN); Amersham, 1:100). Измерения проводили в 15 полях зрения (объектив x 40) по трем срезам исследуемого органа. Объемную долю эндокринных клеток использовали, как интегральный показатель содержания структур в объеме ткани (отношение суммарной площади сечений иммуноокрашенных клеток к тестовой площади среза биоптата, в процентах). Оптическая плотность интенсивности иммуногистохимического окрашивания структур на срезе измерялась в относительных единицах. Количественные исследования выполнены с помощью системы компьютерного анализа микроскопических изображений IMSTAR (Франция) с применением прикладных лицензионных программ Morphostar–2 и Colquant–2 согласно основным принципам стереологии в морфометрии. Результаты и обсуждения. Для стандартизации результатов, мы использовали регрессивную балльную шкалу, что позволило нам выстроить понятную систему оценки. При проведении иммуногистохимического анализа двенадцатиперстной кишки в трех группах исследуемых, отмечается следующая закономерность: что при наличии хронического нарушения дуоденальной проходимости, отмечается рост энтерохромаффинных клеток, а так же отмечается как бы увеличение и «набухание» внутриклеточных гранул, а при уже развитом язвенном процессе в желудке и/или ДПК, отмечается незначительное увеличение энтерохромаффинных клеток Диспропорциональные изменения при язвенном процессе, возможно, объяснить наличие паракринного и нейрокринного эффектов энтерохромаффинных клеток, а так же действие серотонина в поддержании патогенетического изменения слизистой при язвенной болезни. Эти же обратно пропорциональные изменения отме-

чаются в исследовании концентрации серотонина в крови у больных язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки. При анализе проведенного исследования отмечаются обратно пропорциональные взаимосвязи между хроническим нарушением дуоденальной проходимости и /или язвенной болезнью в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Данные процессы, происходящие в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, возможно, объяснить количественно-качественными изменениями со стороны энтерохромаффинных клеток, которые прямо или косвенно влияют на формирование язвенного патологического процесса. Хроническое нарушение дуоденальной непроходимости можно отнести, как предвестником (субкомпенсацией характеризующейся: атрофизацией слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, набухание внутриклеточных гранул энтерохромаффинных клеток, повышение концентрации серотонина в крови) развития язвенного процесса в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Выводы: 1.Отмечается изменение количественно-качественного показателя содержания энтерохроматических клеток в желудочно-кишечном тракте, так при незначительном уменьшении количества клеток гастроэнтеринной системы, происходит увеличение и «набухание» внутриклеточных гранул, содержащих полиаминные производные. 2. Так были выявлены прямые корреляционные связи между визуальными (фиброгастродуоденоскопия) и эндокринно-морфологическими (концентрация серотонина в сыворотке, иммуногистохимическими показателями) изменениями. 3. Выявлена обратно-пропорциональная зависимость гастроэнтеринной системы в формировании и поддержании патогенетических изменений в клеточном составе при язвенном процессе в верхних отделах желудочно-кишечного тракта и хронического нарушения дуоденальной проходимости. 4. Выявлены предшествующие эндокринно-патоморфологические изменения для формирования язвенного процесса в верхних отделах желудочно-кишечного тракта.



1070. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОННЕЛЬНОЙ МЕТОДИКИ

*Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Курушкина Н.А.,
Павлов И.А., Кыласов О.В.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ ДЗМ

Эндоскопическое лечение дивертикула Ценкера предусматривает выполнение эзофагодивертикулостомии путем пересечения волокон крикофарингеальной мышцы, образующей шпору между просветом пищевода и полостью дивертикула. Обе методики эндоскопического перорального вмешательства с использованием, как гибких эндоскопов, так и ригидных оптических операционных систем, по эффективности и уровню осложнений зарекомендовали себя равноценными аналогами традиционной дивертикулэктомии. Принципиальным отличием эндоскопических вмешательств от традиционных является формирование общей полости дивертикула и начальных отделов пищевода. При этом рассечение общей стенки вплоть до дна дивертикула является одним из ключевых факторов клинического успеха операции и профилактики рецидива заболевания. Формирование широкого сообщения дивертикула с просветом пищевода позволяет улучшить транзит пищевого комка, а практически полное опорожнение дивертикула и смещение остаточной шпоры в каудальном направлении минимизирует проявления рефлюкса. Единственным недостатком эндоскопических операций является ограничение возможности выполнения продольной миотомии пищевода с пересечением циркулярных волокон ниже уровня дна дивертикула. При этом сохранение повышенного тонуса пищевода на сегменте дивертикул-пищеводного соустья и ниже его может случиться основной причиной рецидива, даже при формировании протяженной септотомии. Традиционное эндоскопическое рассечение общей стенки дивертикула и пищевода в области дна с целью профилактики формирования слюнного свища и затека укрывается эндоскопически клипсами. Наличие небольшой остаточной шпоры в сочетании с моторными нарушениями пищевода являются основными факторами риска рецидива как дивертикула, так и клинических проявлений заболевания. Тоннельные оперативные технологии, получают распространение при выполнении новых оперативных вмешательствах по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода (пероральная эндоскопическая миотомия) и

при эндоскопическом удалении новообразований из 4 (мышечного) слоя стенки желудка. Суть технологии заключается в проведении миотомии или удаления опухоли после формирования тоннеля в подслизистом пространстве. При этом уровень разреза слизистой находится на расстоянии от мышечного дефекта. Это позволяет с меньшими усилиями восстановить герметичность слизистой. Выполнение тоннельной операции по поводу дивертикула Ценкера предусматривает формирование доступа в подслизистое пространство выше уровня крикофарингеальной мышцы в одном из грушевидных синусов с последующими выделением мышечных волокон, образующих общую стенку дивертикула и пищевода. При этом допустимо выполнение пищеводной миотомии с рассечением циркулярного мышечного слоя пищевода на протяжении 3-4 см. При этом слизистая, выстилающая полость дивертикула, не образует препятствий для нарушения пассажа пищевого комка, а циркулярная миотомия сводит к минимуму риски рецидива заболевания, обусловленные гипертонусом пищевода на уровне крикофарингомиеотомии. Дефект слизистой оболочки герметизируется эндоскопическими клипсами. По описанной методике оперировано трое пациентов. Время оперативного вмешательства составило в среднем 90 минут. Определенные технические трудности формирования тоннеля в подслизистом пространстве были обусловлены освоением новой методики. Технические трудности, связанных с проведением миотомии и закрытия дефекта слизистой, не отмечено. При контрольном рентгенологическом исследовании затеков контрастного вещества не выявлено. Никаких задержек пассажа и остаточных помарок в зоне дна дивертикула также не выявлено. Течение послеоперационного периода не отличалось от обычного. Первый опыт позволяет признать, что тоннельная эндоскопическая операция по поводу дивертикула Ценкера технически выполнима, позволяет с успехом расширить объем оперативного вмешательства за счет выполнения циркулярной миотомии и создать условия для профилактики рецидива заболевания, тем самым обеспечивая лучший результат.



1071. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОТОМИИ

Шишин К.В., Казакова С.С., Недолужко И.Ю., Васнев О.С., Березина О.И., Орлова Н.В., Павлов М.В.

Москва

ГБУЗ МКНЦ ДЗМ

Актуальность. Наравне с баллонной дилатацией лапароскопическая кардиомиотомия является методом лечения ахалазии кардии с доказанной эффективностью. Пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) может являться эндоскопическим аналогом хирургической операции. Цель. Настоящее исследование является сравнением результатов пероральной эндоскопической миотомии и лапароскопической кардиомиотомии в лечении нервно-мышечных заболеваний пищевода. Материал и методы. В исследование были включены 109 пациентов, оперированных по поводу нервно-мышечных заболеваний пищевода в период с июля 2014 по февраль 2017 года. Первую (основную) группу составили 65 пациентов, которым была выполнена ПОЭМ. Во вторую (контрольную) группу были включены 44 пациента, перенесших лапароскопическую кардиомиотомию с фундопликацией в модификации Топуэ или Дор. Срок наблюдения в среднем составил 18 месяцев (1-31 месяц). В настоящее время проведен анализ результатов лечения 57 больных, в том числе (32 (49%) пациентов первой группы и 25 (57%) пациентов второй группы). Протокол периоперационного обследования включал ЭГДС, рентгенологическое исследование и манометрию пищевода, оценку степени выраженности дисфагии по шкале Eckardt до операции, через 3 и 12 месяцев после вмешательства. Распределение пациентов по типу заболевания в первой группе: I тип – 28 (43%), II – 19 (29%), III – 9 (14%), диффузный эзофагоспазм – 9 (14%); во второй группе: I тип – 28 (64%), II – 13 (29%), III – 2 (4,5%), диффузный эзофагоспазм – 1(2,5%). Результаты. Результаты послеоперационного обследования проанализированы у 57 пациентов. Показатели манометрии изменились следующим образом: давление покоя снизилось с 30,7 до 9,4 мм рт.ст. в основной и с 24,6 до 9,1 мм рт.ст. в контрольной группе. Остаточное давление снизилось с 15,1 до 3,3 мм рт ст в основной и с 2,9 до 1,52 в контрольной группе больных. Расслабление НПС увеличилось с 50,5 до 69,2 % в основной группе и с 44,6 до 52,1 % в контрольной. Средний балл по

шкале Eckardt в основной группе снизился на 5,9 баллов (с 6,7 до 0,8), в контрольной группе – на 5,3 (с 6,4 до 1,1). В первой группе в пяти наблюдениях при ЭГДС выявлены эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита, клинически выраженные у троих пациентов. Во второй группе – в двух случаях, в одном – с клиническими проявлениями. Длительная терапия ингибиторами протонной помпы привели к исчезновению клинических и эндоскопических проявлений рефлюкса. Выводы. При сравнении результатов ПОЭМ и лапароскопической кардиомиотомии в сроки наблюдения статистически достоверных различий не выявлено. Таким образом, пероральная эндоскопическая миотомия является методом радикального лечения нервно-мышечных заболеваний пищевода, предполагаемая эффективность которого сопоставима с традиционным хирургическим вмешательством.

1072. ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА СПОСОБА ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Авраменко Е.А.(1,3), Нечайкина О.В.(2), Петунов С.Г.(2), Семенов А.Ю.(1)

Санкт-Петербург

1)СПбГУ2)ФГУП "НИИ ГПЭЧ" ФМБА России
3)ПСПбГМУ

Актуальность. Одной из важных и актуальных проблем экстренной хирургии как в прошлом, так и в настоящее время является проблема перитонита. В патогенезе этого осложнения немаловажная роль принадлежит нарушениям функции лимфатических сосудов и узлов, что приводит к замедлению оттока лимфы от очага воспаления, затруднению санации брюшной полости и лимфогенному распространению микроорганизмов. Несомненно, ведущее значение в лечении пациентов с перитонитом принадлежит оперативному методу, но нельзя отрицать и важность медикаментозной терапии. Главной её составляющей, в свою очередь, является антибиотикотерапия. Выбор антибиотиков традиционно осуществляется на основании чувствительности к нему микроорганизмов, с учётом возможных противопоказаний и тяжести побочных реакций. А основной ожидаемый эффект от назначения этих препаратов - бактерицидный. Однако указанным эффектом положительное действие антибиотиков не исчерпывается. Важной составляющей действия препаратов является их способность изменять характеристики лимфотранспорта как в зоне введения, так и по пути оттока лимфы.



Материалы и методы. Среди препаратов для лечения перитонита в Российских национальных рекомендациях упоминаются карбапенемы. Эту группу препаратов преимущественно используют при развитии абдоминального сепсиса с целью как стартовой эмпирической антибактериальной монотерапии широкого спектра действия, так и продолжения в послеоперационном периоде, до получения антибиотикограммы. Мы изучили влияние тиенама на сократительную активность мезентериальных лимфатических сосудов при экспериментальном перитоните. Для достижения поставленной цели моделировали каловый перитонит у беспородных лабораторных крыс. Через сутки производили эвтаназию и извлекали краниальный мезентериальный лимфатический проток, который фиксировали в рабочей камере миографа Multi Wire Myograph System 610M (DMT, Дания), наполненной проточным раствором Кребса. Регистрировали напряжение лимфангионов в изометрических условиях. В качестве тестируемого препарата использовали тиенам в растворах низких (0,005 – 0,05 мг/мл) (для внутримышечного и внутривенного введения) и высоких (25 – 250 мг/мл) концентраций (для регионарного лимфотропного введения). Запись результатов проводилась в прилагаемой к миографу программе MyoView. Результаты. Под влиянием низких концентраций тиенама отмечалось снижение частоты сокращений лимфангионов на 21,6 %, а амплитуда увеличивалась на 14,7 %. Высокие концентрации тиенама вызывали полное, однако обратимое угнетение сократительной функции лимфатических сосудов. Выводы и практические рекомендации. Результаты наших исследований показали, что тиенам не является инертным по отношению к функции лимфатических сосудов на фоне воспаления. Причём данный эффект антибиотика носит дозозависимый характер. Наиболее выраженное угнетающее действие высоких концентраций тестируемого вещества, используемого для лимфотропного введения, свидетельствует, что более целесообразным является внутривенное или регионарное лимфотропное его введение в дубликатуры брюшины, нежели лимфотропное/эндолимфатическое введение в нижнюю конечность. Последнее может провоцировать прекращение пассажа лимфы в проксимальном направлении, что отрицательно скажется на насыщении лимфатических сосудов и узлов антибактериальным препаратом, а также затруднит естественную санацию патологического очага. А отсутствие выраженного угнетающего действия низких концентраций антибиотика, равных минимальной подавляющей концентрации тиенама в тканях при внутривенном/внутримышечном введении, не усугубляет имеющиеся при воспалении нарушения лимфооттока.

1073. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА

*Шишин К. В, Недолужко И. Ю.,
Павлов И.А., Орлова Н.В.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ ДЗМ

Актуальность. Дивертикул Ценкера является приобретенным мешковидным выпячиванием слизистой оболочки и подслизистого слоя, возникающим в глоточно-пищеводном переходе. Это пульсионный дивертикул, образующийся на задней глоточно-пищеводной стенке в месте наименьшего сопротивления (треугольник Киллиана), ограниченный косыми волокнами нижнего констриктора глотки и поперечными волокнами крикофарингеальной мышцы. В настоящее время существует два основных направления хирургического лечения дивертикула Ценкера - «открытые» и трансоральные вмешательства («гибкие» и «жесткие»), но в связи со стремительным развитием эндоскопического оборудования и инструментария появляется все больше сообщений об успешном выполнении эндоскопической дивертикулоэзофагостомии.

Цель. Оценить эффективность эндоскопической дивертикулоэзофагостомии в лечении дивертикула Ценкера. Материал и методы. В период с июля 2014 года по февраль 2017 года в МКНЦ выполнено 35 оперативных вмешательств (у 32 пациентов) по поводу дивертикула Ценкера. Средний возраст пациентов составил 66,4 (от 57 до 86 лет). У всех пациентов в предоперационном периоде была дисфагия, регургитация, аспирационный синдром. Протокол обследования включал ЭГДС, рентгенологическое исследование пищевода, а также оценку степени дисфагии по шкале Eckardt. Суть оперативного вмешательства заключалась в пересечении крикофарингеальной мышцы между полостью дивертикула и истинным просветом пищевода с использованием гибкого эндоскопа и различных ножей для выполнения диссекции в подслизистом слое.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационной эмфиземы не отмечено ни в одном наблюдении. На первый день послеоперационного периода всем пациентам выполняли контрольное рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом для оценки эвакуации из остаточной полости дивертикула и контроля герметичности области оперативного вмешательства. Во всех наблюдениях патологических затеков не выявлено.



Всем пациентам разрешали жидкое питание в первые сутки послеоперационного периода. Средний койко-день составил 3 дня. В послеоперационном периоде пациенты отмечали отсутствие клинических проявлений. При оценке по шкале Eckardt средний показатель до операции составлял 4,7 баллов, после операции – 0,8 баллов. При контрольном рентгенологическом исследовании во всех наблюдениях определялась остаточная полость дивертикула, но эвакуация контрастного вещества была не нарушена. При контрольных эндоскопических исследованиях определялась остаточная полость дивертикула, однако клинического рецидива пациенты не отмечали. Двум пациентам выполнялось оперативное вмешательство в связи с большой остаточной полостью дивертикула и сохранением клинических проявлений.

Выводы. Эндоскопическая дивертикулэзофагостомия является минимально инвазивным, эффективным и безопасным методом лечения дивертикула Ценкера с удовлетворительным клиническим исходом. Описанная методика отличается малой травматичностью, более коротким периодом восстановления и меньшим сроком госпитализации.

1074. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ

*Дугарова Р.С., Кригер А.Г., Берелавичус С.В.,
Смирнов А.В., Калдаров А.Р.*

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. В настоящее время в мировой литературе имеется мало работ, посвященных отдаленным результатам хирургического лечения больных ОГ. Материал и методы: В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2011 по 2017 год прооперировано 53 пациента с инсулиномами. Отдаленные результаты оценены у 39 больных, из них 16 с синдромом МЭН-1. Оперированных открытым способом 20 больных (51,3%), робот-ассистированным методом – 19 (48,7%). Большую часть больных составили женщины – 31 (80%). Средний возраст – 45,2±17,4 лет. Медиана продолжительности наблюдения – 804 дня [397;1595]. Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов использовался опро-

сник Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), версии 2. Полученные результаты: Рецидив гипогликемического состояния отмечен у одной больной (2,5%) через год после дистальной резекции, по поводу инсулиномы хвоста поджелудочной железы (ПЖ) в рамках синдрома МЭН-1. Находятся под наблюдением у эндокринолога в связи с сахарным диабетом шесть пациентов (15,4%). Только 4 из них получают инсулинотерапию. В послеоперационном периоде средний уровень глюкозы натощак составил 5,0 ммоль/л [4,0;5,2], до операции – 1,7 ммоль/л [1,1;2,2]. Симптомы экскреторной недостаточности ПЖ имеются у 7 пациентов. Вес пациентов при поступлении в среднем составил 87 кг [75,5;100,75], в настоящий момент 72,5 кг [61;80]. Средний индекс массы тела больных до операции равен 30,46 кг/м², после операции – 25,21 кг/м². Значение по шкале физического функционирования (PF) составляет 85 [75;90], что отражает высокий уровень физической активности (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей). Шкала RP – 75 [56,25;100], свидетельствует о том, что состояние здоровья незначительно ограничивает физическую активность пациентов. У большинства пациентов боль (шкала BP – 74 [52;84]) не оказывала значительного влияния на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Общее состояние своего здоровья (шкала GH – 75 [65,5;95]) и перспективы лечения большинство больных оценили как выше среднего. Шкала жизненной активности (VT) – 70 [50;75] показала, что большинство пациентов ощущают себя полными энергии и сил. Однако, пациенты после панкреатэктомии чувствуют себя уставшими большую часть времени. Отмечается высокий уровень социальной активности (шкала SF – 75 [50;75]) больных (общение с родственниками, друзьями, коллегами). Эмоциональное состояние (шкала RE – 66 [33;100]) не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. У всех пациентов отсутствует депрессия, тревога по шкале MH – 75 [56;80]. Показатели, оценивающие общий физический компонент здоровья (шкала PHsum) и общий психологический компонент здоровья (шкала MHsum) являются нормальными и составляют 52,03 [43,85;56,99] и 51,39 [38,42;59,33]. Выводы: таким образом, полученные данные продемонстрировали высокую эффективность хирургического лечения инсулином с сохранением удовлетворительного уровня качества жизни. У пациентов наблюдается снижение массы тела, стойкое устранение гипогликемии с улучшением состояния здоровья. Пациенты с синдромом МЭН-1 после резекции ПЖ требуют мониторинга на предмет рецидива гипогликемического состояния.



1075. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ ТОННЕЛЬНОЙ ДИСЕКЦИИ

*Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Курушкина Н.А.,
Хворова И.И.*

Москва

ГБУЗ МКНЦ ДЗМ

Актуальность. Распространенность подслизистых новообразований желудка в среднем составляет 60% от всех неэпителиальных новообразований желудочно-кишечного тракта. На долю гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) приходится около 60% всех подслизистых новообразований желудка. Хирургическое лечение опухолей миогенного происхождения до настоящего времени является приоритетным. Одним из обсуждаемых вопросов является тактика лечения пациентов с небольшими опухолями мышечной стенки (до 2 см) с тенденцией роста и изменения структуры строения по данным эндосонографии, т.к. в большинстве наблюдений при удалении они представлены ГИСО с низкой степенью злокачественности. Цель. Оценить эффективность эндоскопического удаления ГИСО желудка методом тоннельной диссекции. Материал и методы. С января 2015 года по февраль 2017 тоннельное удаление миогенных новообразований было выполнено 9 пациентам. Показаниями к операции являлись рост новообразований при динамической эндосонографии и изменение эхо-структуры опухоли (появление признаков неоднородности их строения с наличием микрокистозных включений и гиперэхогенных очагов в структуре ткани опухоли). Средний возраст пациентов составил 64,6 (от 53 до 75 лет). Все новообразования были размером от 1,3 до 2,7 см в диаметре (средний размер 1,8 см) и локализовались в средней и верхней трети желудка, кардиальном отделе. Суть тоннельной методики состоит в формировании подслизистого тоннеля и удаления новообразования единым фрагментом без нарушения целостности его капсулы. Дефект слизистой закрывается металлическими клипсами с восстановлением герметичности просвета желудка. Результаты. Все новообразования удалены с сохранением капсулы. В одном случае, когда новообразование было 2,7 см в диаметре, возникли технические трудности при извлечении макропрепарата, однако, целостность капсулы не была нарушена. У 5 пациентов интраоперационно развился карбоксиперитонеум, который был ликвидирован иглой Вереша. На

следующий день после операции всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом, с целью контроля герметичности зоны операции. В первые сутки послеоперационного периода все пациенты принимали жидкую пищу. Средний койко-день составил 3 дня. Все удаленные опухоли были отправлены на гистологическое и иммуногистохимическое исследования. В 7 (77,8%) наблюдениях выявлена ГИСО со степенью дифференцировки G1, в 2 (22,2%) наблюдениях со степенью дифференцировки G2. При контрольных эндоскопических исследованиях рецидива опухоли не наблюдалось.

Выводы. Эндоскопическое удаление ГИСО желудка методом тоннельной диссекции является онкологически оправданным, миниинвазивным, безопасным и эффективным вмешательством. Методика отличается малой травматичностью, что позволяет избегать осложнений и характеризуется более коротким сроком госпитализации.

1076. АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПОЛИКЛИНИКЕ

*Шевченко Д.С.(2), Самодай В.Г.(1), Ушкова О.Г.(2),
Рудой В.Г.(2)*

Воронеж

- 1) Кафедра травматологии и ортопедии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко
- 2) ЦАХ Воронежской городской клинической поликлиники №7

Актуальность. В настоящее время внедрение в широкую практику малоинвазивных технологий позволило производить сложные реконструктивные операции с минимальной травматичностью, быстрой реабилитацией и ранней активизацией пациентов. К таким технологиям можно отнести артроскопическую пластику крестообразной связки, выполнение которой успешно производят на базе стационара кратковременного круглосуточного пребывания Воронежской городской клинической поликлиники №7 (ВГКП №7). Современное оборудование и усовершенствованное анестезиологическое пособие позволяют сократить время пребывания пациентов в нашем учреждении, а также минимизировать риски после операционных осложнений.

Цель. Целью нашей работы является обоснование возможности эффективности выполнения реконструкции передней крестообразной связки в усло-



виях стационара кратковременного круглосуточного пребывания в центре амбулаторной хирургии при ВГКП № 7. Материалы и методы. В ВГКП № 7 с 2004г. успешно функционирует центр амбулаторной хирургии со стационаром кратковременного круглосуточного пребыванием пациентов (от 1 до 3 суток). С 2013г. у нас произведено 73 пластики крестообразной связки по транстибиальной технике с использованием аутотрансплантата сухожилий полусухожильной и нежной мышц. При этом возраст наших пациентов был от 18 до 60 лет, вес до 90 кг. Всем пациентам производили МРТ контроль, лабораторную диагностику, по результатам которых оперативное лечение выполнялось больным с рентгенологическими признаками артроза не более 1 ст. Большинство пациентов - 50 (68,5%) предъявляли жалобы на хроническую нестабильность в коленном суставе, еще 23 (31,5%) пациента обратились в раннем посттравматическом периоде (до двух недель). Оперативное вмешательство осуществлялось не ранее 6-8 недель с момента травмы при условиях купирования явлений гемартроза и синовита, а также восстановления объема движений в коленном суставе (сгибание до 90 градусов, разгибание до 180 градусов), для чего в предоперационном периоде назначались физиопроцедуры и лечебная физкультура. Проведение оперативного лечения осуществляли под эпидуральной анестезией с применением видеоэндоскопической техники от производителей: «Mitek», «Carl Shtorts», «Крыло», «Wolf». У 29 (39,7%) пациентов использовались биодеградируемые винты «biointrafix» и у 44 (60,2%) - «absolut» для фиксации большеберцового компонента. При фиксации бедренного компонента в 100% случаев использовалась фиксация «ridgit fix». Интраоперационно всем пациентам проводили антибиотико-профилактику: вводили цефтриаксон 2,0 мл в\в, а в послеоперационном периоде его введение продолжалось до 10 дней. Также были рекомендованы НПВС и хондропротекторы. Пребывание пациентов в стационаре составило в среднем 3 дня. В первые сутки рекомендовали постельный режим, на вторые сутки после снятия дренажей разрешали ходьбу на костылях в жестком ортезе с регулируемым углом сгибания без осевой нагрузки на оперированную конечность. Контрольный осмотр назначали спустя трое суток с момента выписки, при удовлетворительном состоянии разрешали сгибание в суставе до 30%, назначалось физиотерапевтическое лечение и лечебная гимнастика с целью предупреждения возникновения синовита. Результаты. После 73 артроскопических пластик ПКС у 62 (84,9%) пациентов результаты можно оценить как хорошие (шкала ВАШ, опросник SF-36). У 9 (15,0%) в раннем послеоперационном периоде возникли осложнения. В 4 случаях выявлен

длительный синовит и субфебрилитет. Одному пациенту выполнена ревизия, которая выявила явления фиброза и гипертрофии синовиальной оболочки. Ему произведен лаваж сустава, синовэктомия и удаление фиброзной ткани. У 2-х пациенток появился свищ в проекции винта на большеберцовом компоненте, после иссечения стенок которого свищ закрылся. Два пациента получили повторную травму, при МРТ контроле установлена миграция винта в канале большеберцовой кости, однако целостность связки не была нарушена. У всех пациентов, несмотря на осложнения, удалось добиться нормального объема движений в коленном суставе. Тонус мышц восстановлен полностью. У одной пациентки после возвращения к активным занятиям спортом возник рецидив нестабильности. Ей показана ревизионная пластика. Выводы. Появление малоинвазивных технологий, артроскопических инструментов и более совершенных анестезиологических препаратов позволило производить сложные реконструктивные операции на коленном суставе, такие как пластика крестообразной связки, не только в крупных стационарах с длительным дорогостоящим лечением, но и в стационаре кратковременного пребывания, что позволило минимизировать финансовые затраты на пребывание пациентов в лечебном учреждении. Наш положительный опыт доказывает возможность такого замещения, а также расширения спектра оперативных вмешательств с использованием малоинвазивных технологий.

1077. РЕЗУЛЬТАТЫ БОЛЕЕ 700 ОПЕРАЦИЙ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Коротких А.В. Некрасов Д.А.

Тюмень, 2) Хабаровск

- 1) Областная клиническая больница №2 г. Тюмени
- 2) Дальневосточный государственный медицинский университет

С 01.09.2015 на базе Областной клинической больницы №2 г. Тюмени работает Отделение сосудистой хирургии и кардиологии в рамках регионального сосудистого центра.

Цель: Представить результаты выполнения операций на внутренней сонной артерии (ВСА) за 1,5 года работы.

Материалы и методы: С 01.09.2015 по 20.02.2017 всего выполнено 787 операций на ВСА. Структура операций: эверсионная КЭАЭ – 405 (51,5%), клас-



сическая КЭАЭ – 290 (36,8%), стентирование ВСА – 41 (5,2%), пластика наружной сонной артерии (НСА) – 31 (3,9%), резекция ВСА – 20 (2,6%). Всего оперировано 638 человек. 149 пациентам выполнено оперативное лечение на обеих ВСА. Средней возраст – $65,5 \pm 7,2$ года. Мужчин – 57,5%. Общее количество симптомных операций 460 (58,4%). Процент стеноза рассчитывался согласно классификации NASCET по данным УЗДГ и МСКТ-ангиографии: гемодинамически значимым считалось поражение более 70%, либо от 60% при наличии нестабильной атеросклеротической бляшки. Сосудистую мозговую недостаточность (СМН) оценивали по классификации А.В. Покровского. Открытые операции выполнялись под комбинированной анестезией с использованием церебральной оксиметрии, гепарин вводился от 2500 до 5000 ЕД в зависимости от цифр АСТ и веса пациента. В эндоваскулярных операциях во всех случаях использовалась система защиты от дистальной эмболии, стенты с открытой или закрытой ячейкой. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде и через 1 месяц после операции проводилась контрольная УЗДГ. В работе оценивали поражение конралатеральной (ВСА), наличие сопутствующей патологии, операционные критерии и результаты самих операций по показателю конечной точки – «инсульт + летальность». Результаты и обсуждение: Структура поражения конралатеральной ВСА: стенозы от 50-60% - 70 пациентов (10,9%), взяты под комплексное наблюдение невролога и ангиохирурга с обязательным выполнением УЗДГ раз в год; гемодинамически значимые стенозы и окклюзии – 168 пациентов (26,3%); гемодинамически значимые извитости ВСА – 103 пациента (16,1%); операции на ВСА на базе других учреждений – 17 пациентов (2,7%). Структура сопутствующей патологии: фибрилляция предсердий 12,4%, ПИКС 17,1%, атеросклероз артерий нижних конечностей с ХИНК по А.В. Покровскому ИБ и выше 7,1%, ХОБЛ 8,5%, сахарный диабет 20,1%, артериальная гипертензия 3 стадии 87,3%, функциональный класс ХСН по NYHA 2 и выше 64,1%. АКШ в анамнезе 4,7%. Протезирование клапана в анамнезе 1,3%. Имплантация ЭКС в анамнезе 1,1%. Операций в острый период ОНМК 33,4%. Средняя продолжительность открытых операций $40,9 \pm 14,1$ мин., среднее время окклюзии ВСА $13,2 \pm 6,1$ мин., использование временного внутрисосудистого шунта в 2,9% случаев. Средняя продолжительность эндоваскулярных операций $39,1 \pm 13,9$ мин., среднее время скопии $13,7 \pm 4,0$ мин., использование трансрадиального доступа в 41,5% случаев. Трое пациентов были стентированы через 6-8 месяцев после КЭАЭ в связи с развитием гемодинамически значимого рестеноза. Летальность составила 5 случаев: геморрагический инсульта на

фоне гипертонического криза, два тромбоза ВСА в раннем послеоперационном периоде и два реперфузионных синдрома. Также в раннем послеоперационном периоде отмечено 6 ОНМК, два ТИА и один гипоперфузионный, все с положительной динамикой на фоне консервативной терапии. Общий показатель «инсульт+летальность» 1,8%. Выводы: За 1,5 года работы проведено большое количество операций на ВСА в рамках регионального сосудистого центра. Процент рестенозов и общий показатель «инсульт+летальность» не превышает средних показателей по всему миру.

1078. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Асраров А.А., Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш.

Ташкент

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: В настоящее время одной из самых сложных проблем современной хирургии остается острая кишечная непроходимость (ОКН) с развитием синдрома кишечной недостаточности (СКН). СКН представляет собой сложный симптомокомплекс, сопровождающийся нарушением всех функций кишечника, в результате чего последний становится основным источником интоксикации и развития полиорганной недостаточности (ПОН). Своевременная диагностика и адекватное лечение СКН являются залогом улучшения результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости.

Цель: Улучшение результатов лечения больных с ОКН и коррекция СКН путем использования в раннем послеоперационном периоде энтеросорбции и энтерального питания. Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 132 пациентов в возрасте от 18 до 76 лет, на базе 2 и 3 клиник Ташкентской медицинской академии за период 2011 – 2016 года по поводу механической кишечной непроходимости неопухолевой этиологии. Среди них мужчин было 85 (64,4%), а женщин 47 (35,6%) пациентов. Контрольную группу составили 64 (48,5%) больных, а основную 68 (51,5%). Наиболее частой причиной ОКН была спаечная непроходимость, наблюдавшаяся в 82 (62,1%) случаях. Необходимо также отметить, что спаечный процесс в 74 наблюдениях был причиной тонкокишечной непроходимости и лишь в 8 случаях – толстокишечной. У 6 (4,5%) пациентов причиной ОКН была инвагинация тонкой кишки в толстую, а у 2



1079. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА

*Радченко Ю.А., Абакумов М.М.,
Владимирова Е.С., Погодина А.Н., Корнеева С.А.*

Москва

НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского

Актуальность. Послеоперационные кровотечения (ПОК) при ранениях сердца встречаются в 1,2-5.9%, однако сопровождаются высокой летальностью, достигающей 50%. Цель исследования Выявление факторов, способствующих развитию ПОК, и определение мер профилактики. Материал и методы исследования Проведен анализ 1072 наблюдений ранений сердца и перикарда у пострадавших, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского за последние 35 лет. ПОК наблюдали у 38 раненых из 974, перенесших операцию, что составило 3,9%. У 36 из них кровотечения отмечались в ближайшем послеоперационном периоде, у двух пострадавших развились аррозийные кровотечения из ран сердца на 109 и 145 сутки. Если ПОК проявлялось поступлением крови по дренажам, диагностика не представляла особых трудностей. Однако, когда функция дренажей была нарушена, в первую очередь обращали внимание на клиническую картину, данные УЗИ и рентгенологического исследования.

Результаты и обсуждение. В зависимости от интенсивности кровотечения и сроков повторных вмешательств все пострадавшие были разделены на 4 группы В первой группе (13 наблюдений) экстренные реторакотомии произведены в сроки от 20 минут до 4 часов после первичной операции, источником интенсивного кровотечения явились раны сердца (9), аорты (2), внутренняя грудная артерия (1) и межреберная артерия (1). Средний объем кровопотери с момента первой операции до реторакотомии составил 800 мл с темпом кровотечения 580 мл/ час. Погибли 9 пострадавших, у которых средний объем кровопотери был 950 мл с темпом кровотечения 700 мл /час. Во второй группе (5 наблюдений) срочных реторакотомий, произведенных в сроки от 5 до 16,5 часов, источником кровотечения явились мелкие сосуды грудной стенки (4) и стенки перикарда (1). Средний объем кровопотери с момента первой операции до реторакотомии составил 1050 мл с темпом кровотечения 110 мл/час. Погиб один пострадавший. В третьей группе у 15 раненых источником неинтенсивного кровотечения явились сосуды грудной стенки и стенки перикарда, шести из них выполнена отсроченная повторная операция в сроки от 2

(1,5%) пациентов – тонко-тонкокишечная инвагинация. Странгуляционная кишечная непроходимость была диагностирована у 27 (20,5%) больных (22 больных с заворотом кишок, 5 с грыжами живота). Обтурационная кишечная непроходимость была у 15 (11,4%) больных. Комплекс лечебных мероприятий, у 48 больных основной группы, в раннем послеоперационном периоде был дополнен энтеральными мероприятиями, т.е. кишечным лаважем, энтеросорбцией с применением сорбента зеротокс (отечественного производства) и ранним энтеральным питанием. До операции, а также в раннем послеоперационном периоде для объективной оценки состояния больных оценивали данные электроэнтерографии, определяли степень ЭИ по аналитическим маркерам: лейкоцитарный индекс интоксикации, концентрация токсинов молекул средней массы, содержание продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин). Результаты. Послеоперационные осложнения у больных контрольной группы составили – 17,2% (11 случаев), а летальность 4,7% (3 случая). У больных основной группы осложнения отмечались в 7,4% (5 случаев), летальный исход был в 1,5% (1 случай). Полученные результаты свидетельствуют об эффективности энтеросорбции, которая способствовала снижению показателей эндогенной интоксикации и улучшению результатов лечения больных, появление активных перистальтических волн отмечено в среднем на 2-3 сутки после операции, а перистальтических волн приближенных к норме – на 4 сутки. В контрольной группе проведенные койко-дни в среднем составили 15±2, в основной группе 9±1. Дополнение комплексного лечения энтеральными лечебными мероприятиями способствует значительному снижению числа послеоперационных осложнений (с 17,2% до 7,4%) и летальности (с 4,7% до 1,5%), снижение проведенных койко-дней до 1,6 раз.

Заключение: Проведение комплексных энтеральных мероприятий в раннем послеоперационном периоде у больных с исходно высокой степенью эндотоксемии приводят к более раннему восстановлению основных функций кишечника, что позволяет своевременно ликвидировать синдром кишечной недостаточности у больных с острой кишечной непроходимостью и значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений.



до 21 суток по поводу свернувшегося гемоторакса (4) и гемоперикарда (2). Консервативно пролечены 9 пострадавших с неинтенсивным кровотечением. В четвертой группе в отдаленные сроки после операции у двух пострадавших наблюдали крайне тяжелое осложнение, связанное с инфицированием синтетических прокладок, использованных для наложения швов при технических сложностях ушивания ран сердца. Поздняя реторакотомия заключалась в удалении синтетических прокладок, ушивании дефектов миокарда, санации и дренировании плевральной полости и полости перикарда. Один из этих пострадавших погиб от сердечной недостаточности, второй выздоровел. Заключение. Показанием к реторакотомии в течение первых суток является одномоментное поступление по дренажам плевральной полости крови в объеме 500 мл и более или кровотечение с темпом более 100 мл в час в течение 4 часов. При менее интенсивном кровотечении возможно проведение консервативной терапии, либо выполнение видеоторакоскопии, при этом общий объем кровопотери после первичной операции не должен превышать 500 мл. Основной причиной ПОК является расхождение швов миокарда, абсцессы в зоне ушивания миокарда, пропущенные ранения задней стенки сердца, сосудов средостения, недостаточное ушивание поврежденных сосудов грудной стенки, коагулопатия, связанная с массивной кровопотерей. Помимо ушивания раны сердца необходима тщательная ревизия плевральной полости и ревизия гематом в области крупных сосудов средостения, ревизия ран грудной стенки, особенно при сочетанных и множественных ранениях. По возможности следует избегать применения синтетических прокладок при ушивании ран сердца.

1080. С.С. ЮДИН В ЭПОХУ ПЕРЕЛОМОВ. ЦЕНА НОВАТОРСТВА И ТРАДИЦИИ

Каликинская Е.И.

Москва

Медицинское издательство "Авторская
Академия"

Выдающийся хирург и организатор здравоохранения, академик РАМН С. С. Юдин работал в эпоху, которую справедливо можно называть эпохой переломов. В течение его жизни происходили переломы в государственном устройстве, идеологии, науке, мировоззрении и сознании людей. Человек с уникальным хирургическим талантом, активный гражданин и патриот, принимавший участие

в двух Мировых войнах, создатель крупнейшего медицинского учреждения – НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, новатор в области полостной и военно-полевой хирургии, методик переливания крови, методов обезболивания – С.С. Юдин работал и творил в чрезвычайно сложной обстановке. Обучение в Императорском Московском университете ему пришлось заканчивать на полях сражений, приезжая в короткие отпуска для сдачи экзаменов и зачетов. В годы зрелости испытаниям нового, советского образа жизни подвергались социальное положение, политические убеждения, этические и моральные принципы, его мировоззрение хирурга. Можно сказать, что до своего ареста в 1948 году он несколько раз проходил между Сциллой традиций дореволюционной интеллигенции и Харибдой постоянно менявшихся установок новой власти. Как сын купца первой гильдии и зять миллионера Платонова, в годы революции и гражданской войны Юдин должен был искать место работы подальше от столиц, чтобы избежать внимания бдительных органов госбезопасности. В санатории "Захарьино" молодому хирургу удалось не только проявить свои способности, но и воспринять лучшие принципы земской медицины от своего учителя А.В. Иванова и его коллег. Однако время земской медицины кончилось, и Юдину пришлось использовать другие ресурсы. На посту главного хирурга Института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского С.С. Юдину удается развить новые направления в полостной хирургии и методах переливания крови, часто оказываясь на «лезвии бритвы», но сохраняя верность этическим традициям российской медицины. Его глубокое убеждение в интернациональности науки, опыт сотрудничества с зарубежными учеными также подвергается испытаниям в 1930-е годы и особенно в годы войны, когда его героические усилия в борьбе с фашизмом в Институте и на линии фронта, его дружеские контакты с союзниками и мировым научным сообществом послужили основанием для материалов "Дела Юдина" в НКВД. Во время ареста, допросов, пребывания в одиночной камере и затем в ссылке хирургу приходится выбирать между верностью своим этическим принципам, основанным на христианском мировоззрении, порядочности и уважении к коллегам и – свободой, здоровьем, возможностью работать. Анализ протоколов допросов, переписки Юдина в годы ссылки и свидетельства его учеников подтверждают, что попытка привлечения хирурга к обвинительному процессу против Г.К. Жукова, а также к "делу врачей", предпринятая НКВД, не имела успеха.



1081. ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ

*Заваруев А.В.(1,2), Яновой В.В.(1),
Мазуренко А.А.(2)*

Благовещенск

- 1) Амурская государственная медицинская академия,
- 2) Амурская областная клиническая больница

Актуальность: довольно частое сочетанное поражение подключичной артерии и каротидного бассейна, а также постоянная необходимость в непростом выборе первоочередности реваскуляризации побудили нас к разработке единого алгоритма лечения таких поражений (приоритетная справка на изобретение №2015155466 от 23.12.2015 г.). Материалы и методы: на базе отделения сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы оперировано 72 пациента с окклюзиями и гемодинамически значимыми стенозами подключичных артерий (ПКА), из них 34 (47,2%) человека с сочетанным стенозом внутренних сонных артерий (ВСА). Средний возраст пациентов $61,2 \pm 6,3$. Мужчин – 56 (77,8%), женщин - 16 (22,2%). Поражение левой ПКА у 62 (86,1%) человек, правой - у 10 (13,8%). Сочетанный стеноз ВСА: ипсилатеральный – 7 (9,7%), контрлатеральный – 9 (12,5%), билатеральный – 18 (25%). Средний стеноз внутренней СА $70,5 \pm 8,7$ (NASCET). Симптомный характер сосудисто-мозговой недостаточности (II и IV степень ишемии) был у 13 (18%), асимптомный характер (I и III степень ишемии) - у 59 (82%). Больных с ишемическим ОНМК оперировали в раннем или позднем восстановительном периоде. Распределение этих больных согласно модифицированной шкале Рэнкина: I – 7; II – 1; III – 1; IV–VI – 0. Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания (СППО) выявлен у 67 (93%) пациентов. Степень ишемии верхней конечности: I степень – компенсация - 11 (15,3%); II степень – преходящая ишемия - 52 (72,2%); III степень – постоянная ишемия - 9 (12,5%); IV степень – деструктивные изменения - 0. В исследование включены все пациенты с сочетанными стенозами $ВСА \geq 60\%$ и ультразвуковой картиной III-VI типа атеросклеротической бляшки (стабильные). Из исследования исключены пациенты с окклюзией ВСА. Результаты: в зависимости от тактики хирургического лечения все пациенты разделены на 2 группы - основную и контрольную. Первую группу составили пациенты, оперируемые согласно разработанному алгоритму ($n=28$). Во вторую группу вошли пациенты, вопрос о выбо-

ре хирургического лечения у которых не зависел от четкого алгоритмического плана ($n=44$). Пациентам с сочетанным билатеральным поражением ВСА для решения вопроса о первоочередности оперативного вмешательства выполняли перфузионную компьютерную томографию головного мозга и транскраниальную доплерографию. Демографические и клинические данные пациентов обеих групп были сопоставимы. Эндovasкулярным способом выполнено 52 операции (стентирование), открытым (сонно-подключичное шунтирование) - 20. Одномоментная ипсилатеральная каротидная эндартерэктомия (КЭ) и сонно-подключичное шунтирование выполнены у 8 пациентов. Из них: 6 по эверсионной методике, классическая КЭ в 2-х случаях. Предварительная КЭ выполнена у 11 пациентов (ипсилатеральная - 4, контрлатеральная - 7), КЭ вторым этапом выполнена у 15 пациентов (ипсилатеральная - 6, контрлатеральная - 9): у троих по классической методике, у остальных эверсионным методом. Хирургическое лечение проводилось в условиях нормотермии. Интраоперационными методами защиты головного мозга от ишемии во всех случаях была управляемая артериальная гипотензия и только в 7 случаях использование внутрисосудистого шунта. Толерантность головного мозга к ишемии оценивали по характеру ретроградного кровотока из ВСА. Пульсирующий ретроградный кровоток соответствовал абсолютной толерантности. Интервал между этапными вмешательствами в среднем $5,4 \pm 3,2$ месяца. Время пережатия сонной артерии при выполнении КЭ составляло $17,7 \pm 3,5$ минут, во время сонно-подключичного шунтирования - $16,4 \pm 2,3$ минут. Для стентирования I сегмента ПКА использовали баллоннорасширяемые (65,3%) и самораскрывающиеся (34,6%) стенты. Показанием для сонно-подключичного шунтирования были все нереканализованные окклюзии или субтотальные стенозы ПКА эндovasкулярным способом. Обсуждение: при выполнении оперативных пособий в обеих группах во всех случаях ликвидирован СППО, восстановлен магистральный кровоток по плечевой артерии и антеградно направленный кровоток по позвоночной артерии. Интраоперационных осложнений не было в обеих группах. Среди ближайших осложнений в обеих группах пациентов после эндovasкулярного вмешательства 2 постпункционные гематомы бедра. В основной группе пациентов после сонно-подключичного шунтирования среди ближайших осложнений были: плечевая плексопатия (2), парез возвратного нерва (2), повреждение плечевой артерии (1), реперфузионный синдром (1). В контрольной группе: плечевая плексопатия (2), парез возвратного нерва (1), парез диафрагмального нерва с развитием релаксации диафрагмы (1), поврежде-



ние плечевой артерии (1), реперфузионный синдром (4), ишемический инсульт (2), летальный исход (1). Все пациенты с тромбозом стента были реоперированы в объеме сонно-подключичного шунтирования. Больным с рестенозом в стенке выполнена повторная эндоваскулярная реканализация, но при контрольном осмотре во всех случаях вновь развился рестеноз. При тромбозе шунта выполнялась тромбэктомия с реконструкцией анастомозов. В обеих группах рестеноз ВСА после КЭ выявлен в 2-х случаях. Отдаленные результаты и катамнез анализированы у 56 пациентов в сроки 1, 6 и 12 месяцев. У 56 пациентов через 1 месяц, у 45 пациентов через 6 месяцев и у 23 пациентов через 12 месяцев. Через 1 год наблюдения за пациентами основной группы тромбоз зоны стентирования выявлен у 1 пациента, гемодинамически значимый рестеноз у 1 пациента, тромбоз шунта в 1 случае. В контрольной группе через 1 год: тромбоз стента (2), рестеноз в стенке (3), тромбоз шунта (2). Выводы: хирургическая коррекция окклюзионно-стенотических поражений подключичных артерий, приводящих к СППО, является высокоэффективным, методом лечения, позволяющим восстановить магистральный кровоток по плечевой артерии и антеградно направленный кровоток по позвоночной артерии, купировать проявления вертебро-базиллярной недостаточности и ишемии верхней конечности. Операцией выбора у больных с окклюзионным процессом в ПКА, без сомнения, является стентирование. Эффективным вариантом открытой реконструкции, при безуспешности эндоваскулярной реканализации, мы считаем сонно-подключичное шунтирование. Единый алгоритм лечения пациентов с атеросклеротическими гемодинамически значимыми поражениями ПКА и ВСА позволяет снизить число послеоперационных осложнений.

1082. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИКИ HAL-RAR В СОЧЕТАНИИ С ЛАТЕКСНЫМ ЛИГИРОВАНИЕМ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ГЕМОРОЕ II-IV СТ

Верещенко В.А.

Одинцово, Московская область.

Международный медицинский центр "Медикал Он Груп-Одинцово".

Актуальность проблемы: Геморрой -одно из самых распространенных заболеваний. По данным ВОЗ до 80% взрослого населения мегаполисов страдает этим недугом. При этом данным заболеванием

все чаще болеют люди трудоспособного возраста, что определяет не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему. Вышесказанное заставляет искать новые методы лечения, которые были бы эффективны и обеспечивали скорейшее возвращения пациентов к труду. Одним из таких методов, на наш взгляд, является HAL-RAR. Цель: оценка эффективности лечения геморроя II-IV ст. в амбулаторных условиях с применением методики HAL-RAR в сочетании (по показаниям) с латексным лигированием геморроидальных узлов. Материалы и методы: в период с декабря 2008 года по декабрь 2016 года в ММЦ "Медикал Он Груп-Одинцово" выполнено 520 операций по методике HAL-RAR. Возраст пациентов варьировал от 21 до 80 лет. Мужчин было 390(75%)человек. Женщин 130(25%) человек. По стадиям заболевания больные распределились следующим образом: II ст.-41(8%),IIIст.-140(27%),IVст.-339(65%) человек.Оперативное вмешательство HAL-RAR проводилось в условиях операционной, под спинальной анестезией, с использованием аппарата А.М.І.® (Австрия) со специальной насадкой RAR Flexi Probe для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой. 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. Также пациенты осматривались через 4 месяца после оперативного вмешательства. В эти сроки оценивалась необходимость применения латексного лигирования. Оно применялось при сохранении жалоб на выделение крови при дефекации и чувство инородного тела в анальном канале, что было обусловлено оставшимся избытком геморроидальной ткани. У больных II ст. геморроя в применении гибридной методики необходимости не было. При III ст. геморроя в 7%, а при IV ст. в 9% случаев потребовалось латексное лигирование солитарных узлов. При этом размер их соответствовал II ст. геморроя. Далее пациенты наблюдались в течении 5 лет с осмотрами 2 раза в год. Рецидивов геморроидальной болезни после операции HAL-RAR у больных со II ст. заболевания отмечено не было. У пациентов с III ст. геморроя, у которых не применялось дополнительно латексное лигирование через 4 месяца после операции HAL-RAR, рецидив отмечен в 7% случаев. У больных из этой группы оперированных по поводу IV ст. геморроя рецидив заболевания выявлен в 9% случаев. В группе больных, которым выполнялось латексное лигирование через 4 месяца после операции HAL-RAR, рецидивы отмечены в 4% случаев при III ст. и в 6% случаев при IV ст. заболевания. Серьезных осложнений в ходе и после операций не было. Имели место: интраоперационные кровотечения (остановлены наложением дополни-



тельного шва в ходе операции)-16;подслизистые гематомы-14(купированы в ходе консервативного лечения); тромбоз наружных геморроидальных узлов I-II ст.(разрешен консервативно).Находившиеся под наблюдением пациенты после операции HAL-RAR в дополнительных оперативных вмешательствах по поводу геморроидальной болезни не нуждались. Заключение:1. Методика оперативного лечения геморроя HAL-RAR эффективна при всех его стадиях. А дополнение HAL-RAR (по показаниям)через 4 месяца после операции латексным лигированием геморроидальных узлов при III-IV ст. геморроя, позволяет свести к минимуму рецидивы заболевания.2.Считаем целесообразным включение HAL-RAR в новые стандарты лечения геморроидальной болезни как стационароразмещающую методику.

1083. ДВЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН В 16 В.: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Глянцев С.П. (1), Бергер Е.Е. (2)

Москва

- 1)ФГБУ "Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева" Минздрава России
- 2) Институт всеобщей истории РАН

Появление и регулярное применение огнестрельного оружия в Европе стало не только новой страницей военной истории, но и важным шагом в развитии медицины. Перед полевыми цирюльниками разных стран встали новые задачи: смертность от огнестрельного оружия была несравнимо выше, чем от холодного, а извлечение пуль и попавших в организм вместе с ними инородных тел, а также отломков костей, осколков ядер и гранат, имело совсем другие последствия, нежели извлечение стрелы или ее наконечника. В Такие хирурги, как Иероним Бруншви́г (1450 – 1533) и Джованни да Вигио (1450-1525), придерживались точки зрения, что все огнестрельные раны являются отравленными, поскольку компоненты, из которых состоит порох считались ядовитыми, в особенности селитра. Вследствие этого вошел в практику метод прижигания огнестрельных ран, имевший целью уничтожение «порохового яда». Французский хирург Амбруаз Паре (1510-1590) дал начало новому подходу к лечению ран под повязкой, дожившему до нашего времени, но не исключаящему, впрочем, хирургических методов: первичную (до лечения повязками) и вторичную (после очищения)

обработку раны ножом с последующим применением первично отсроченных или вторичных швов. Но и конкурировавший с «французским» методом Паре «итальянский» метод Да Вигио тоже не исчез бесследно. Как ни парадоксально, но некоторые немецкие врачи еще во время 2-й мировой войны использовали прижигание огнестрельных ран вместо их хирургической обработки. Хирурги всех специальностей до сих пор применяют диатермию, а общие хирурги – обработку ран расфокусированным лучом высокоэнергетического лазера с коагуляцией ее поверхности и последующим лечением под повязкой по принципу Паре.

1084. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Черданцев Д.В., Первова О.В., Шапкина В.А., Тахтобин Е.Г.

Красноярск

КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

Актуальность проблемы: Несмотря на огромный практический опыт и все достижения научно-технического прогресса, разлитой гнойный перитонит (РГП) остаётся одной из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии, а вопрос о новых способах лечения РГП не теряет своей остроты и по-прежнему встает во главу угла всего мирового сообщества хирургов. По данным мировой литературы, летальность при распространённым гнойным перитоните удерживается на уровне 20-30%, а при третичном перитоните составляет 40-50%. Имеющиеся традиционные хирургические методики лечения пациентов с РГП несовершенны и имеют массу осложнений, в связи с чем актуальным на сегодняшний день является поиск новых технологий лечения РГП. Перспективным направлением в решении этой проблемы является применение вакуум-ассистированной лапаростомы. Цель исследования: Проанализировать особенности течения и исхода заболевания пациентов с распространённым гнойным перитонитом в зависимости от способа оперативного лечения: использование традиционной лапаростомы (ТЛ) и вакуум-ассистированной лапаростомы (ВАЛ). Материалы и методы исследования: Объектом исследования стали 56 пациентов с диагнозом РГП, находившиеся на лечении в Красноярском краевом гнойно-септическом центре (ККГССЦ) с



2013 по 2015 год. В первую группу вошли 30 пациентов, которым применялась лапаростомия по традиционной методике. Вторую группу составили 26 пациентов, которым применялась ВАЛ при помощи аппарата VivanoTec® S 042 NPWT фирмы Hartmann (Германия) в режиме постоянного вакуумирования 120 мм рт.ст. При поступлении, всем пациентам проводилась оценка степени тяжести состояния с использованием интегральных шкал SAPS II, SOFA, определением мангеймского индекса перитонита (МИП), индекса брюшной полости (ИБП). Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 8.0. В группе с применением ТЛ, пациенты со средней степенью тяжести РГП составили 46,7% (14 чел), тяжёлое течение наблюдалось у 33,3% (10 чел), крайне тяжёлое течение у 20% (6 чел). В группе пациентов, которым была применена ВАЛ, средне тяжёлое течение РГП отмечалось у 23% (6 чел), тяжёлое течение наблюдалось у 46,2% (12 чел), крайне тяжёлое течение у 30,8% (8 чел). В ходе анализа динамики изменения ИБП после первой санирующей операции (СО) отмечается более выраженное снижение ИБП при применении ВАЛ в сравнении с ТЛ. Так, при применении ТЛ в группе с тяжёлым течением РГП, ИБП после первой СО снизился на 0,8 баллов (с 20,4 до 19,6 баллов, $P>0,05$), в группе с крайне тяжёлым течением на 0,9 баллов (с 24,8 до 23,9 баллов, $P>0,05$), тогда как при применении ВАЛ снижение ИБП составило 3,2 балла (с 20,6 до 17,4 баллов, $P=0,05$) и 3,5 баллов (с 24,9 до 21,4 баллов, $P=0,01$) в группах с тяжёлым и крайне тяжёлым течением РГП соответственно. При сравнительной оценке показателя среднего количества санирующих операций (СО) на одного пациента, отмечено существенное уменьшение количества необходимых санаций при применении ВАЛ в группах с тяжёлым и крайне тяжёлым течением РГП. Различия статистически значимые ($P=0,01$). В группе с использованием ВАЛ отмечалась стойкая тенденция к улучшению состояния пациента и купированию СВО, закрытие брюшной полости при тяжёлом течении происходило в среднем после 3 санации, при крайне тяжёлом - после 4 санации, тогда как при традиционном ведении отмечалось ухудшение показателей состояния пациента с прогрессированием ССВО после 3 и 4 санации в группах с тяжёлым и крайне тяжёлым течением соответственно. Выводы: Использование ВАЛ в лечении больных с РГП позволяет сократить количество необходимых СО, увеличивая срок между санациями. Более быстрое купирование воспалительных явлений в брюшной полости и сокращение количества санирующих операций, способствуют уменьшению количества системных и местных осложнений и улучшению результатов лечения больных с тяжёлым абдоминальным сепсисом,

что позволяет рассматривать предложенную методику лечения как перспективную и рекомендовать её к более широкому применению.

1085. ВЫБОР ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АДРЕНАЛЭКТОМИЙ

*Тимербулатов М.В. (1), Гимаев Э.Ф. (2),
Гарифуллин Б.М. (2), Гришина Е.Е. (1),
Сибгаатов Р.М. (1)*

Уфа

- 1) Кафедра факультетской хирургии БГМУ,
- 2) ГБУЗ МЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы

В последнее десятилетие отмечается увеличение количества выполняемых адреналэктомий. Это связано, как с пониманием патогенеза многих заболеваний надпочечников, так и с улучшением диагностики с применением современных методов визуализации и лабораторной диагностики. Тем не менее, считаем, что оперативное лечение является последней ступенью ведения пациентов и должна выполняться по строгим показаниям. Целью исследования является выбор наиболее оптимального эндовидеохирургического доступа у пациентов с заболеваниями надпочечников. Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии БГМУ на базе ГКБ №21 г.Уфы с 2008 года прооперировано 139 пациентов с заболеваниями надпочечников, которым выполнено 142 адреналэктомии. Принципиальными для обсуждения в данной работе являются следующие показатели. Правосторонняя адреналэктомия выполнена у 79, левосторонняя - у 63 пациентов. Показаниями для операции явились аденома (49), альдостерома (29), феохромоцитома (19), синдром Иценко-Кушинга (9) и злокачественная опухоль (7). При инсиденталомах – гормонально-неактивных и клинически не проявляющихся опухолях операции выполнялись при размерах образования более 3-4 см в связи с высоким риском малигнизации, что было подтверждено у 7 пациентов из 29. Лапароскопическая операция выполнялась в 88 случаях, а ретроперитонеальная – в 54. Среди последней группы операций, в подавляющем большинстве использовался боковой доступ (46) и лишь в 8 случаях – задний. Результаты. При правосторонней локализации поражения в подавляющем большинстве операции выполнялись лапароскопическим способом, лишь в 4 случаях выполнена забрюшинная операция. При левосторонней – 12 лапароскопических и 51 забрюшинная операции.



1086. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кузовлев С.П.

Калининград

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения "Многопрофильный центр
Калининградской области"

Сочетанные операции выполнялись при лапароскопических операциях - холецистэктомия (5), рассечение спаек (2), иссечение кисты яичника(1). были выполнены у пациентов при лапароскопических операциях. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 74 ± 17 минут с колебаниями от 47 до 2 часов 15 минут при лапароскопической операции и 83 ± 14 минуты с колебаниями от 59 до 2 часов 25 минут при забрюшинной. Средняя кровопотеря 120 ± 28 мл с колебаниями от 60 до 580 мл. Интраоперационные осложнения при лапароскопической операции - повреждения печени лепестковым ретрактором (3) активного кровотечения из опухоли надпочечника при интраоперационной гипертензии (феохромцитоме) (2) и повреждение брюшины (забрюшинный доступ) (3), которое в одном случае было герметизировано. Конверсий не было. На этапе освоения отмечен один случай конверсии из-за невозможности обнаружения органа лапароскопическим доступом. Обсуждение. Надпочечник – один из самых сложных в анатомическом плане органов, поэтому выбор оптимального доступа является одним из основополагающих пунктов в успехе операции. Нами использованы все возможные эндовидеохирургические доступы. Безусловно, лапароскопический доступ применяется наиболее часто как более известный и традиционный. По мере накопления опыта, внебрюшинный доступ стал использоваться более широко. Работа в небольшом анатомическом пространстве наряду с более сложной ориентировкой имеет и преимущества – меньшая операционная травма ввиду отсутствия повреждения брюшины, изоляция от внутренних органов и спаек после перенесенных операций. Немного непривычный, но анатомически обоснованный доступ – задний внебрюшинный, при котором сразу же осуществляется доступ к сосудистой ножке органа. При адреналэктомии справа надпочечник легко доступен для манипуляций так же как и нижняя полая вена с входящей в нее центральной веной надпочечника, что дает возможность сделать надежно лапароскопическую операцию. Лапароскопические операции показаны при больших размерах опухоли – более 6 см, когда необходима большая рабочая полость. При еще больших размерах – применяли ассистированные операции, т.к. тракция органа при этом затруднена. Выводы. Для успешного выполнения адреналэктомии необходимо выбрать оптимальный доступ. Для этого необходимо владеть всеми возможными способами доступа к надпочечнику. В последние годы, по мере накопления опыта, внебрюшинный доступ используется все чаще.

Актуальность проблемы лечения желчнокаменной болезни объясняется увеличением количества больных с данной патологией, а также широким внедрением в последние годы малотравматичных методов диагностики и способов лечения. В настоящее время оперативная эндоскопия широко применяется в абдоминальной хирургии. В хирургическом отделении Многопрофильного Центра Калининградской области за 1996-2016 г.г. выполнено 845 ЛХЭ (лапароскопических холецистэктомий) по поводу холецистита. При этом у 169 (20%) больных был выявлен острый калькулезный холецистит. Из них у 25 (15%) больных - острый флегмонозный холецистит, а у 8 (5%) больных - острый гангренозный холецистит. 676 (80%) больных оперировано с хроническим калькулезным холециститом. Старше 50 лет было 507 (60%) больных. На 1-3 сутки от начала заболевания обратились 162 (32%) больных, остальные обратились позднее 3-х суток от начала заболевания. Всем пациентам в дооперационном периоде выполняли с целью уточнения диагноза УЗИ брюшной полости и ФГДС. У 18 (2%) больных были вынуждены перейти к открытому методу (конверсия) выполнения операции обусловленными различными возникшими интраоперационными осложнениями. Из них 6 (33%) больных от числа конверсий были оперированы в первые 3-е суток от начала заболевания, от 3-х до 5-ти суток - 5 (28%) больных, остальные 7 (39%) больных более 5-ти суток от начала заболевания. У 4 больных с диагнозом острый гангренозный калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря, вследствие выраженной инфильтрации отека самого желчного пузыря и гепатодуоденальной связки и наличия перивезикулярного абсцесса, перешли на конверсию. В 5 случаях с острым флегмонозным калькулезным холециститом, эмпиемой желчного пузыря, перивезикулярным абсцессом, также после диагностической лапароскопии перешли на конверсию. В остальных 7 случаях деструктивного холецистита были предприняты попытки выделения желчного пузыря. Из-за выраженного отека гепатодуоденальной связки идентифицировать структуру не удалось, что вынудило перейти на лапаротомию. В 2 случаях произошло



повреждение сосудов и открылось кровотечение, в связи с чем, перешли на конверсию. Операция закончилась лапаротомией, перевязкой пузырной артерии и холецистэктомией. Таким образом, конверсия при ЛХЭ осуществлена только при деструктивных формах калькулезного холецистита, что свидетельствует о технических трудностях при выполнении оперативного вмешательства.

1087. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ БИЛИАРНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОККЛЮЗИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

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

Москва

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

Актуальность: За два последних десятилетия кардинально изменились тактические подходы к лечению пациентов с опухолевой окклюзией внепеченочных желчных протоков. Основными слагающими этих изменений стали новые высокоточные методы диагностики и внедрение миниинвазивных технологий (МИТ) билиарного дренирования. Билиарное эндопротезирование пластиковыми стентами, как эндоскопическое, так и чрескожное чреспеченочное билиарное стентирование, привело к существенному снижению доли хирургических паллиативных операций, а внедрение билиарных саморасширяющихся металлических стентов (СМС) значительно продлило срок функционирования эндопротеза, сведя к минимуму число повторных госпитализаций для его замены, тем самым улучшив качество жизни пациентов. Однако, до сих пор вопрос выбора той или иной МИТ билиарного эндопротезирования не решен однозначно. На практике приходится сталкиваться с тем, что предпочтение отдается той технологии, которая в наибольшей степени развита и представлена в данном лечебном учреждении. В тоже время, применение дифференцированного подхода, основанного на сравнительном анализе эффективности эндоскопических и чрескожных чреспеченочных технологий билиарного стентирования, позволит улучшить результаты лечения больных этой категории, сократить продолжительность стационарного пребывания и свести к минимуму число повторных госпитализаций. Материалы и методы: ретроспективно изучены результаты

лечения 90 пациентов с раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), которым в качестве основного этапа паллиативного лечения выполнена установка билиарного СМС. Из них у 46 выполнено эндоскопическое стентирование (ЭС), у 44 – чрескожное чреспеченочное стентирование (ЧЧС). Средний возраст больных в группе ЭС составил $65,0 \pm 12,8$, в группе ЧЧС - $58,6 \pm 13,7$. Обе группы различались по уровню опухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков: в группе ЭС преобладали пациенты с дистальным уровнем поражения (73,9% против 26,1%); в группе ЧЧС доли пациентов с дистальным и проксимальным уровнем поражения оказались одинаковыми. У 3 пациентов группы ЭС применена новая эндоскопическая методика билиарного эндопротезирования – наложение холедоходуоденального соустья под контролем эндосонографии (ЭУС-ХДС) с использованием покрытого СМС. 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 «эндоскопической» 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: Билиарное эндопротезирование СМС является эффективным методом постоянного дренирования желчных путей при нерезектабельных опухолях БПДЗ. При выполнении основного этапа паллиативного лечения – установке билиарного СМС – предпочтителен дифференцированный подход к применению МИТ: при проксимальном уровне опухолевого блока рекомендовано ЧЧС, при дистальном уровне поражения – ЭС. При невозможности выполнения транспапиллярного эндоскопического вмешательства возможно формирование билиодигестивного соустья под контролем эндосонографии - ЭУС-ХДС.



1088. БИЛИАРНЫЙ СЕПСИС У БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Столин А.В., Прудков М.И.

Екатеринбург

ФГБОУ ПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Цель. Оценить эффективность интегральных шкал оценки клиничко-лабораторных параметров системного воспаления (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) для объективной оценки тяжести состояния больных обтурационным калькулезным гнойным холангитом (ОКГХ), диагностики ОКГХ и выбора хирургической тактики лечения. Материалы и методы На клинических базах кафедры с 2005 по 2015 г. методами малоинвазивной хирургии оперировано 3497 пациентов по поводу острого калькулезного холецистита и других осложнений ЖКБ. В настоящее исследование включены, 136 больных острым калькулезным холециститом (ОКХ), холедохолизитазом, обтурационным калькулезным гнойным холангитом (ОКГХ), что составляет 3,9% от общего числа больных оперированных с ургентными осложнениями калькулезного холецистита. Предметом анализа являлись данные анамнеза, клиничко-лабораторные показатели, данные инструментальных методов исследования, операционные находки, особенности оперативных вмешательств, данные гистологического исследования операционных препаратов, течение послеоперационного периода, всего 96 самостоятельных критерия. Результаты. При поступлении у пациентов наблюдались тахикардия, увеличение частоты дыхания, гипертермия, что является клиническим проявлением синдрома системной воспалительной реакции, предложенные согласительной конференцией Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины — ACCP/SCCM (Чикаго, 1992). Сравнительное изучение клинических и лабораторных параметров проводилось для определения структуры генерализованного системного воспаления у пациентов с ОКГХ. При нарастании тяжести системного воспаления отмечалось достоверный рост критериев системной воспалительной реакции (тахикардия, тахипное, лихорадка). На основании полученных клиничко-лабораторных данных системное воспаление по стадиям распределилось следующим образом: синдром системной воспалительной реакции — 26,5% пациентов, сепсис — 57,8%, тяжелый сепсис — 15,4%, септический шок — 1,7%. Наличие гнойного холангита считали показанием к неотложной операции. Объем

вмешательства определялся характером выявленной патологии. Во всех случаях операция заканчивалась наружным дренированием холедоха. Деструктивные формы острого холецистита не осложненные перитонитом имели место у 44(32,4%) больных (1 группа). Из них флегмонозный холецистит — у 32(72,3%) больных, а гангренозный у 12(27,7%) больных. В целях предотвращения угрозы перитонита всем этим больным была выполнена неотложная трансабдоминальная операция — холецистэктомия, холедохолизитотомия с наружным дренированием по Керу из мини-лапаротомного доступа. По клиничко-лабораторным данным в этой группе генерализованное системное воспаление развивалось по типу сепсиса у 33(75,0%) пациентов, тяжелого сепсиса — у 9(20,5%) и септического шока — у 2(4,5%). Обтурационный гнойный холангит без признаков деструкции желчного пузыря был выявлен у 92(67,6%) больных (2 группа). Им была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. По клиничко-лабораторным данным в этой группе генерализованное системное воспаление развивалось по типу синдрома системной воспалительной реакции — у 34(36,3%) пациентов, по типу сепсиса — у 45(48,9%), тяжелого сепсиса — у 12(13,1%) и септического шока — у 1(1,7%). У 2-х пациентов не удалось удалить камни. Осложнения (кровотечение, панкреатит) развились у 6 человек. Все они лечились консервативно. Летальность в первой группе составила 18,2%, во второй 7,6%. Во всех случаях причиной неблагоприятного исхода лечения больных являлось прогрессирование полиорганной недостаточности или не купируемый септический шок. Смертельных исходов, связанных с осложнениями ближайшего послеоперационного периода зафиксировано не было. Выводы 1. Применение интегральных шкал оценки клиничко-лабораторных параметров системного воспаления (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) способствуют объективной оценке тяжести состояния и может быть использована для диагностики ОКГХ, выбора хирургической тактики и оценки прогноза предпринимаемого лечения. 2. Больные ОКГХ с септическим шоком, в первую очередь, нуждаются в проведении противошоковых мероприятий. После стабилизации показателей гемодинамики появится возможность выполнения тех или иных хирургических процедур. 3. ЭПСТ — эффективная и наименее травматичная операция у больных обтурационным гнойным холангитом, не имеющих признаков ургентного гнойно-деструктивного процесса в желчном пузыре. 4. Трансабдоминальная операция из минидоступа наиболее оправдана для удаления желчного пузыря с одномоментным вмешательством на протоках при лечении гнойно-деструктивных форм острого калькулезного хо-



лецистита осложненных ОКГХ, а также при отсутствии возможности выполнения ЭПСТ.

1089. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭВЕРСИОННОЙ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОХРАНЕНИЯ НЕРВОВ КАРОТИДНОГО СИНУСА

*Фокин А.А. (1), Трейгер Г.А. (1),
Владимирский В.В. (2)*

Челябинск

- 1) ФГБОУ ВО Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет Минздрава РФ
- 2) ГБУЗ Челябинская Областная клиническая больница

Введение: На сегодняшний день в ряде крупных международных исследований было доказано преимущество хирургического метода коррекции гемодинамически значимых атеросклеротических стенозов внутренних сонных артерий (ВСА) – операции каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ), по сравнению с терапевтической тактикой. Существует ряд техник выполнения данного вмешательства, однако наибольшей популярностью среди ангиохирургов сегодня пользуется эверсионная, т.к. она обладает рядом важных преимуществ. Ее использование позволяет избежать продольной артериотомии, ангиопластики заплатой и сокращает время операции. Но при стандартном ее выполнении неизбежно происходит травматизация нервов каротидного синуса, что в свою очередь оказывает отрицательное воздействие на вегетативную регуляцию сосудистого тонуса и периперационную артериальную гемодинамику со склонностью к гипертензии, что может привести к развитию таких осложнений как: острый инфаркт миокарда, инсульт, гиперперфузионный синдром и его последствия. Цель исследования: В нашей работе мы предлагаем использовать модификацию эверсионной КЭАЭ, связанной с сохранением такого анатомического образования как нервы каротидного синуса и оценить ее эффективность в отношении профилактики послеоперационной артериальной гипертензии и обусловленных ею осложнений, путем сравнения непосредственных результатов с контрольной группой пациентов, у которых оперативное вмешательство выполнялось по стандартной схеме. Материалы и методы: В исследование вошли 367 пациентов, оперированных на сонных артериях в Челябинской областной клинической больнице с 2010 по 2016 год. До включения в исследование у всех участников

было получено письменное информированное согласие. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, исходному неврологическому статусу, исходной артериальной гипертензии и другой сопутствующей патологии, применению временно-го внутрипросветного шунта, времени пережатия ВСА, контрлатеральному значимому поражению сонных артерий. В первую группу вошли 202 пациента, у которых эверсионная техника выполнялась по стандартной методике с пересечением нервов каротидного синуса. Во вторую группу вошли 165 больных, у которых была применена синус-сберегающая модификация. Технически она заключалась в изменении направления разреза при отсечении ВСА от бифуркации общей сонной артерии, т.о. зона каротидного синуса оставалась интактной. Помимо постоянного контроля показателей гемодинамики была проведена проспективная оценка периферической вегетативной регуляции с помощью анализа вариабельности сердечного ритма, что позволило оценить медиаторную вегетативную активность. Для этого нами использовался метод ритмокардиографии. Результаты: Сравнивая показатели 1 и 2 групп, мы получили следующие данные: В группе пациентов, у которых применялась синус-сберегающая модификация в 1-е сутки после операции зарегистрированы более низкие гемодинамические показатели: систолическое, диастолическое, пульсовое артериальное давление и частота сердечных сокращений по сравнению с контрольной группой, а так же более заметное снижение симпатического прессорного влияния на ритм, с тенденцией к восстановлению вегетативной регуляции на 4-е сутки. Выводы: 1) Имеются достоверные отличия в показателях послеоперационной артериальной гемодинамики и вегетативной регуляции сосудистого тонуса в зависимости от сохранения нервов каротидного синуса. 2) Практическое применение синус-сберегающей модификации эверсионной КЭАЭ позволяет снизить риск развития послеоперационных гемодинамических осложнений, связанных с дестабилизацией артериальной гипертензии.



1090. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СВЕРНУВШЕГОСЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ГЕМОТОРАКСА

Быков В.П., А.П. Коробицын

Архангельск

ГБОУ ВПО Северный государственный
медицинский университет Минздрава РФ

Актуальность темы. Закрытые и открытые повреждения груди занимают третье место в структуре травм тела и нередко сопровождаются гемотораксом. Цель исследования: изучить виды и исходы хирургических операций по поводу травматического свернувшегося инфицированного гемоторакса. Материалы исследования. 26 (2,9%) из 900 наблюдений закрытых травм и 19 (4,2%) из 450 – проникающих ранений груди, осложненных инфекцией свернувшегося гемоторакса. Преобладающее большинство пострадавших переведены в клинику из неспециализированных хирургических отделений. Средний возраст пациентов с осложненной закрытой травмой составил 51,3 (32-72), открытой травмой 33,8 (18-63) года; в обеих группах преобладали мужчины. Симптомы инфицированного гемоторакса: лихорадка, ознобы, потливость, боль в груди, одышка, тахикардия, воспалительные изменения крови и затенение легкого при рентгенологическом исследовании. Масса инфицированных сгустков крови составила 400 (250-800) грамм при закрытой и 285 (50-800) – при открытой травме. Структура плевральных осложнений: гемоплеврит, фибриноторакс – 29 (64,4%), ограниченная эмпиема плевры, фиброторакс – 13 (28,9%), массивный фиброторакс – 3 (6,7%) наблюдения. Удаление инфицированных сгустков крови, декорткация легкого и плеврэктомиа выполнена в среднем через 40,5 (13-157) дня после закрытой травмы и через 29 (7-90) дней после проникающего ранения. Толщина плевральной шварты зависела от длительности гемоторакса и колебалась от 0,2 до 1,5 см. Лишь у 6 пациентов в период от 7 до 20 суток после травмы операция выполнена через малотравматичный доступ, у большинства потребовалась широкая торакотомия. Средний объем операционной кровопотери при вмешательстве до 30 суток после травмы составил 590 мл, в более поздние сроки – 1160 мл. Атипичная резекция легкого (4) и нижняя лобэктомия (3) выполнена по поводу деструктивного травматического пульмонита и внутрилегочного гемоторакса и колебалась гематомы. Послеоперационные осложнения у 4 (15,4%) пострадавших с закрытой травмой, у 2 (10,5%) с проникающим ранением из-

лечены. Летальных исходов не было. Заключение. Поздняя диагностика свернувшегося травматического гемоторакса и его инфекционных осложнений значительно удлиняет срок стационарного лечения и обуславливает необходимость поздней травматичной операции. Учитывая широкое распространение лапароскопических вмешательств в общехирургических стационарах, актуален мотив к освоению общими хирургами техники видеоторакоскопического удаления гемоторакса в первые дни после травмы.

1091. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРМОГРАФИИ

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

Тверь

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Актуальность. Острый аппендицит является одной из самых частых причин острой хирургической патологии, но несмотря на многолетнее изучение данного заболевания и усовершенствования методик его лечения риск послеоперационных осложнений до сих пор остается высоким, в особенности таких как гнойно-воспалительные процессы послеоперационной раны. Материалы и методы. Сообщение основано на анализе результатов лечения 20 больных, перенесших лапароскопическое оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита в ГБУЗ ГКБ № 7 г. Тверь. Ежедневно в течение всего срока госпитализации больным проводилась термография области передней брюшной стенки с помощью медицинского тепловизора ПЕРГАМЕД 640, особое внимание уделялось послеоперационной ране. Все данные записывались и подвергались статистической обработке. Результаты. В первый день после оперативного вмешательства отмечалось повышение температуры всей поверхности передней брюшной стенки, с течением времени температура ее снижалась, однако оставался локальный подъем последней в проекции удаленного червеобразного отростка и в области послеоперационной раны. Необходимо отметить, что значение температуры в местах операционных инцизий было приблизительно одинаковым. К 3-4-ому дням госпитализации незначительное повышение температуры выявлялось только в проекции удаленного червеобразного отростка. Из общей картины выбились два случая. У одного из больных на третий день послеоперационного периода в месте инцизии в



умбиликальной области обнаружено повышение температуры на фоне ее понижения на остальных участках передней брюшной стенки, у второго больного повышение локальной температуры произошло в этом же месте на четвертый день послеоперационного периода. Ретроспективно была выявлена причина данной ситуации, ей стала нагноение послеоперационной раны, в следствие ограниченности воспалительного очага, процесс был купирован с использованием только местного медикаментозного лечения. Выводы. На основании полученных данных можно предположить, что метод медицинской термографии будет иметь определенные преимущества и перспективы в профилактике и ранней диагностике послеоперационных осложнений в хирургии острого аппендицита и другой хирургической патологии органов брюшной полости.

1092. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*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)Кафедра госпитальной хирургии 1 МГМУ им. И.М. Сеченова
- 2)ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ г. Москвы
- 3)Кафедра эндоскопии, эндоскопической и лазерной хирургии ФПК МР РУДН,ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА»

У 40% пациентов, перенесших экстренное хирургическое вмешательство по поводу острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза, развиваются тяжелые послеоперационные осложнения, которые затрудняют выздоровление и определяют неутешительные результаты лечения больных этой патологией. Столь высокий процент осложнений объясняется этиологией заболевания, возрастом пациентов, тяжестью патологических изменений в организме, формирующихся в процессе развития острой кишечной непроходимости, а также urgencyностью клинической ситуации. В последние три года, тактика лечения больных острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, претерпела значительные изменения. У всех боль-

ных толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза проводится попытка эндоскопического стентирования обтурированного участка толстой кишки и, только в случае неудачи, выполняется экстренное оперативное вмешательство. Кафедра госпитальной хирургии №1 МГМУ им. И.М. Сеченова совместно с хирургической службой ГКБ им. А.К. Ерамишанцева провела ретроспективное изучение результатов лечения больных острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза за период 2005 – 2016 г. Цель исследования: оценить эффективность эндоскопического способа лечения больных острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. В исследование вошло 322 больных. Из них 152 (47,2%) пациентов были мужчины, 170 (52,8%) – женщины. Средний возраст когорты был равен $67,3 \pm 9$ лет. У 259 (80,4%) больных было выполнено экстренное оперативное вмешательство различного объема. В 63 (19,6%) случаях – успешное эндоскопическое стентирование. Умерло 55 (17,1%) пациентов. Для того, чтобы оценить эффективность современной тактики, все выше обозначенные пациенты были разделены на две группы, в зависимости от использованного способа лечения. Первую группу составили 256 (79,5%) больных, у которых для лечения кишечной непроходимости, сразу использовали открытое оперативное вмешательство. Среди них 122 (47,7%) пациентов были мужчины, 134 (52,3%) – женщины. Средний возраст больных в группе был равен $68,1 \pm 8,4$ лет. Умер 51 (19,9%) больной. Вторую группу составили 66 (20,5%) больных, у которых лечение начинали эндоскопическим стентированием участка толстой кишки, обтурированного опухолью. Из которых было 30 (45,5%) мужчин, 36 (54,5%) женщин. Средний возраст больных в группе был равен $71,5 \pm 10,5$ (от 42 до 87) лет. Стентирование успешно выполнено у 63(95,5%) пациентов, у 2 (3,2%) пациентов после стентирования не достигнуто клинического эффекта. Эти больные оперированы в экстренном порядке. Умерло в стационаре 4 (6,1%) пациента. Сравнительный анализ основных параметров образованных групп обнаружил их сопоставимость по полу и возрасту, что позволяет предполагать примерно одинаковые сопутствующие заболевания, которые часто определяют прогноз для жизни больного. Значимые отличия были зафиксированы по количественному составу групп и показателям летальности. Разница групп по количеству наблюдений объясняется малым сроком использования современной лечебной тактики этих больных. Летальность в первой группе больных достигает 19,9%, что более, чем в 3 раза выше аналогичного показателя второй группы, где летальность находится на уровне 6,1% (различия статистически значимое, $p = 0,0038$, критерий Фишера). Столь значи-



мая разница показателей летальности в группах, сопоставимых по основным клиническим характеристикам, но отличающихся лечебной тактикой позволяет рассматривать эндоскопическое стентирование толстой кишки в качестве возможного «способа выбора» лечения больных толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, однако, недостаток количества наблюдений требует продолжения исследовательской работы.

1093. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВЫДЕЛЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ И ОБРАБОТКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ

*Павлов А.Э.(1), Воронов А.В.(1),
Потапов А.О.(1), Ухожанский В.А.(2),
Процьк Р.С.(2), Строколист Л.И.(2),
Чечурин С.А.(2), Мусаев Р.Э.(2),
Дорошенко В.И.(2)*

Хабаровск

- 1) Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения
- 2) Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.И. Сергеева

С 2002 по 2016 год в Краевой клинической больнице №1 г.Хабаровска было выполнено 93 лапароскопических адреналэктомий больным в возрасте от 24 до 73 лет. Из них 13 (13.9%) мужчин и 80 (86%) женщин. Размеры опухолевидных образований надпочечников варьировали от 1.8 до 10.5 см. В 56 случаях (60.2%) выявлена патология правого надпочечника, в 36 случаях (27.3%) левого надпочечника. Гормонально-активных новообразований было 14 (39.8%), гормонально-неактивных 60 (64.5%). Показаниями для лапароскопической адреналэктомии служило наличие новообразования в надпочечнике, не зависимо от гормональной активности, размерами не более 10 см. До 2013 года для лапароскопической адреналэктомии использовались прямые трансабдоминальные доступы, было оперировано 57 пациентов (61.2%). Хирургическая бригада состояла из оператора и двух ассистентов. С 2013 года используем боковые трансабдоминальные доступы (больной лежит на боку), оперировано 36 пациентов (38.8%). Хирургическая бригада при правосторонней адреналэктомии состоит из трех человек, при левосторонней из двух (оператор и ассистент). Для выделения надпочечника использовались электрохирургический

аппарат, ультразвуковой скальпель (SonoSurge-II, Harmonic), аппарат LigaSure. Центральная вена надпочечника пересекалась после её клипирования (две клипсы) у 20 пациентов (21.5%) или обрабатывалась с помощью аппарата LigaSure (10 мм.) у 76 пациентов (78.5%). Применение ультразвукового скальпеля и аппарата LigaSure позволяло более безопасно манипулировать вблизи важных анатомических структур (крупных сосудов) в ограниченном пространстве зоны надпочечника. При этом мобилизация надпочечника проводилась более бескровно и быстрее, в сравнении с применением электрохирургических инструментов, так как не требует тщательного выделения артерий надпочечника и их клипирования. Обработка центральной вены надпочечника с использованием аппарата LigaSure, по сравнению с клипированием вены, также обеспечивало надежный гемостаз и уменьшение время операции. С 2002 года 3 конверсии (3.2%). Причины всех конверсий являлось кровотечение: в одном случае ранение центральной вены левого надпочечника с развившимся массивным кровотечением; во втором случае прорастание рака надпочечника в сосудистую ножку почки, при попытке выделения кровотечения, люмботомия, нефрэктомия слева; в третьем случае кровотечение из опухоли надпочечника справа (размер опухоли 10.5 см) при её мобилизации. Продолжительность лапароскопических операции составляло от 45 до 200 минут, в среднем 90 минут. Морфологически патология надпочечников распределилась следующим образом: аденома коры надпочечника 64 (68.8%), киста надпочечника 12 (12.9%), феохромоцитома 10 (10.7%), кортикобластома 4 (4.3%), нейрофиброма 1 (1%), метастаз рака левой почки в правый надпочечник 1 (1%), гиперплазия 1 (1%). Выводы: применение современных аппаратов для диссекции тканей позволяет сократить время лапароскопической операции, снизить интраоперационную кровопотерю; обработка центральной вены надпочечника с помощью аппарата LigaSure является надежным методом; боковой трансабдоминальный доступ для операций на обоих надпочечниках является более оптимальным по сравнению с передним трансабдоминальным доступом.



1094. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ АНЕВРИЗМЕ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Ярошенко В.П. (1), Годлевский В.К. (1),
Галлямов Э.А. (2)

Хабаровск 2) Москва

- 1) КГБУЗ Краевая клиническая больница № 1
- 2) ФБУ ЦКБ гражданской авиации

Актуальность: По данным литературы, среди аневризм висцеральных артерий, аневризмы почечных артерий (АПА) по частоте встречаемости занимают второе место после аневризм селезеночных артерий. АПА тесно связаны с артериальной гипертензией. Наиболее серьезным осложнением, встречающимся в 30% наблюдений, является разрыв АПА. Летальность достигает 10%. Интрапаренхиматозное расположение АПА отмечается менее чем в 10% наблюдений. Хирургическая тактика при АПА заключается в резекции аневризмы и реконструкции почечной артерии. Однако, при больших размерах аневризмы, распространении её на паренхиму, производят резекцию почки или нефрэктомия. Цель исследования: Описать хирургическую технику лапароскопической левосторонней нефрэктомии при АПА с признаками артериовенозной мальформации. Материал и методы: Пациентка К., 63 лет., госпитализирована в урологическое отделение с жалобами на боль в левой поясничной области, повышение артериального давления. Ранее, в течение длительного времени наблюдалась у уролога по поводу солитарной кисты левой почки, размером 5 см. Впервые аневризма почечной артерии слева выявлена в 2009г. В дальнейшем не наблюдалась. В октябре 2016г. пациентка консультирована сосудистым хирургом. Заключение: реконструктивная операция не показана. При проведении обследования по данным УЗИ и СКТ выявлено истончение паренхимы левой почки до 1 см., кортикальная экзогенность 1 ст., признаки артериовенозной мальформации с аневризматическим расширением на сегментарном и долевым уровнях. Выполнена лапароскопическая левосторонняя нефрэктомия. В положении больной на правом боку введено три троакара. Произведена мобилизация левой половины толстого кишечника. Вскрыта фасция Герота. Выделены ворота почки. Мочеточник выделен, обработан аппаратом Ligasure и пересечён. В области ножки выделена резко расширенная почечная вена. Имеется аневризма левой почечной артерии до 1.5 см., ниже которой наложено две клипсы. Произведено раздельное клипирование сосудов. При

дальнейшей мобилизации почки отмечен склероз паранефральной клетчатки., с техническими трудностями, по ребру почки, в области среднего сегмента выделено объёмное образование, представляющее собой аневризму. Выполнена нефрэктомия. Описание макропрепарата: почка 9 x 4 см. По латеральной поверхности в среднем сегменте имеется округлое толстостенное образование до 7 см. в диаметре. При разрезе данное образование заполнено сгустком крови. Гистологическое заключение: мешотчатая аневризма почечной артерии, дистрофические изменения эпителия извитых канальцев почек. Операция длилась 90 минут. Интраоперационная кровопотеря составила 50 мл. Пациентка выписана из отделения через 5 суток после операции. Выводы: Лапароскопическая левосторонняя нефрэктомия при АПА с артериовенозной мальформацией может быть безопасной и технически выполнимой альтернативой открытой операции.

1095. РОЛЬ И МЕСТО МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ СПОСОБА ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Магомедов М.Г., Меджидов Р.Т.,
Магомедов Н.М.

Махачкала

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный
медицинский университет

Введение. Актуальность данной проблемы объясняется увеличением числа больных с хроническим панкреатитом (ХП) и его осложнений, в уточнении анатомии билиарно-панкреатического дерева (БПД) и его вариантов с одновременной оценкой их состояния, представление о плотностных характеристиках поджелудочной железы (ПЖ), о состоянии главного панкреатического протока для дифференциальной диагностики и предупреждения возможных ошибок в выборе способа хирургического лечения. Цель исследования Оценка диагностических возможностей магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) при осложнённых формах ХП. Материалы и методы. В клинике общей хирургии ДГМУ в период с 2010 по 2016 гг. МРХПГ проведена 52 пациентам. Из них 14 больных контрольной группы, 38 - основной. У 86% больных наблюдались гипертензия БПД. Возраст пациентов 34 - 75 лет, в среднем $45,5 \pm 2,3$ лет. В качестве первичного метода обследования всем больным проводили УЗИ, как скрининг для МРХПГ.



МРТ проводили на магнитно-резонансном томографе "Сигна Контур" фирмы "Дженерал Электрик" (США) со сверхпроводящим магнитом напряженностью магнитного поля 0,5 Тл и с использованием катушки для всего тела (body coil). Больных обследовали натощак во избежание возможного суммарного проекционного наслаения содержимого дистальных отделов желудка и ДПК на изображение БПД при применении специальных программ МРХПГ. МРХПГ имели диагностическое качество у всех 52 пациентов. Результаты и их обсуждение Наиболее частой причиной обструкции желчных протоков являлись камни. Холецисто-холедохолитиаз был у 15 пациентов (28,8%) среди гепатопанкреатодуоденальной патологии (ГПДП). Поэтому МРХПГ может быть методом выбора диагностики у таких пациентов. МРХПГ позволяет визуализировать желчные протоки выше и ниже уровня обструкции, дает реальную картину состояния протоков печени и ПЖ. Во всех наблюдениях МРХПГ позволяла точно определить уровень стриктуры, ее протяженность и причину. У 2 больных стриктуры холедоха локализовались на уровне культи пузырного протока, что указывало на их ятрогенный генез, у 2 - стриктура гепатикоюноанастомоза, у 7 - стриктуры протяженностью от 1,5 до 2 см располагались в области слияния холедоха и вирсунгова протока и проксимальном отделе гепатикохоледоха. Доброкачественные стриктуры при МРХПГ чаще имели вид суженного просвета (4) с четкими ровными контурами с визуализацией престенотического расширения. Основными критериями при принятии решения о выборе способа хирургической коррекции ГПДП является не степень сужения и деформация протоков, а уровень стеноза, стриктуры, протяженность обструкции, точность предоперационной оценки распространенности фиброзно-воспалительного процесса в тканях ПЖ, а также характер обструкции холедоха и деформации ДПК при осложнениях ХП. Из 8 наблюдений ХП в 2 случаях отмечалось выраженное сужение ретропанкреатической части холедоха за счет хронического воспалительного процесса, в 6 сдавление дистальной части холедоха было вызвано кистами головки поджелудочной железы. На МРХПГ обструкция желчного протока имела конусообразный вид с постепенным сужением просвета холедоха. Причем визуализация измененной его части прослеживалась на всем протяжении головки поджелудочной железы, включая область фатерова соска. Во всех случаях отмечалось умеренное супрастенотическое расширение желчных протоков и неравномерное расширение вирсунгова протока. Заключение МРХПГ - метод неинвазивный, безопасный, отпадает необходимость введения контрастных веществ, позволяет полипроеекционное исследование и одновременное сочетание с

традиционной МРТ для оценки морфологического состояния органов ГПДП и обладает высокой диагностической информативностью. МРХПГ позволяет в выборе оптимального способа операций у больных с осложнённой формой ХП.

1096. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ ПРИ ОПУХОЛЯХ R.E.N.A.L. ≥ 10 ... ЕСТЬ ЛИ СМЫСЛ?

Кочкин А.Д. (1), Галлямов Э.А. (2), Попов С.В. (3), Биктимиров Р.Г. (2), Севрюков Ф.А. (1), Семёнычев Д.В. (1), Кнутов А.В. (1), Сергеев В.П. (2), Новиков А.Б. (2), Санжаров А.Е. (2), Орлов И.Н. (3), Преснов К.С. (2), Мещанкин И.В. (2), Михайликов Т.Г. (2)

Нижний Новгород, 2) Москва,
3) Санкт-Петербург, 4) Владивосток,
5) Ставрополь

- 1) ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО РЖД,
- 2) МГМСУ, ФМБА, ММЦ ЦБ РФ, ЛРЦ МЗ РФ,
- 3) СПбГБУЗ КБ Св.Луки,
- 4) ОКБ на ст. Владивосток ОАО РЖД, 5) СКККДЦ

Введение. Лапароскопическая хирургия вошла в XXI век вооруженная не только роботами Da Vinci и 3D системами визуализации, но и всевозможными рекомендациями, шкалами, номограммами и проч. Последние призваны стандартизировать каждую клиническую ситуацию до уровня, позволяющего врачу принять «правильное» решение. По сути своей, это медицинские «путеводители». Следуя, разработанным экспертами на основе мета-анализов, алгоритмам, среднестатистический врач вылечит среднестатистического больного со среднестатистическим результатом... Хирургия опухолей паренхимы почки также не избежала стандартизации. Для облегчения общего понимания, кому из больных рекомендована резекция почки, а кому - нефрэктомия, разработаны различные нефрометрические шкалы. Наиболее популярной из них является шкала «R.E.N.A.L.», предложенная А. Kutikov и R. Uzzo в 2009г. Суммируя баллы, исчисляемые в зависимости от размера и локализации опухоли, её соотношения с чашечно-лоханочной системой и сосудами почки (по данным томографии), определяется индекс резектабельности опухоли. Последнее считается крайне сложным при нефрометрическом значении, превышающем 10 баллов. Поэтому в подобных ситуациях чаще предпринимаются нефрэктомии.



В настоящей работе реализована первая попытка осмысления возможности и целесообразности выполнения лапароскопической резекции при опухолях почки «R.E.N.A.L. ≥ 10 ». Материалы и методы. Проведён мультицентровой ретроспективный анализ результатов лечения 1023 больных, подвергнутых лапароскопическим резекциям по поводу опухолей паренхимы почки, за последние пять лет. Критерии включения: пациенты с опухолями «R.E.N.A.L. ≥ 10 ». Критерии исключения отсутствовали. Ограничений по полу, возрасту, массе тела или др. не было. Оценивали интра- и послеоперационные осложнения, особенности хирургической техники, продолжительность операции и стационарного лечения больных. Результаты. Критериям включения соответствовали 113 (11%) пациентов, чей средний возраст составил 58,8 лет, а индекс массы тела – 30,1 кг/м². Средний размер опухоли – 4,85см. Летальности и конверсий не было. Ретроперитонеальный доступ не применялся. Пять (3,27%) операций выполнены трансмезентериально. Одиннадцать (7,19%) больных оперированы без пережатия почечной артерии. В остальных случаях, при определении среднего времени, мы не выделяли пациентов, подвергнутых селективной или тотальной ишемии, равно как и технологии раннего снятия сосудистых клемм. Таким образом, средний срок тепловой ишемии – 19 \pm 3 мин. «Положительных» краёв резекции удалось избежать. Максимальный объём кровопотери – 950мл. Максимальная продолжительность операции – 270 мин. Средние значения объёма кровопотери и времени операции составили 200мл и 210мин соответственно. Общее количество послеоперационных осложнений Clavien \geq III в группе исследования достигло 3,54%. Тройм (2,65%) больным выполнялось стентирование лоханки в связи с отсутствием герметичности швов в зоне резекции. Одному пациенту (0,89%) потребовалась суперселективная эмболизация сегментарной почечной артерии в связи с формированием артерио-венозной фистулы, осложнённой тампонадой мочевыводящих путей. Средняя продолжительность стационарного пребывания больных после операции составила 7 \pm 0,91 койко-дней. Выводы. Собственное исследование продемонстрировало техническую возможность выполнения лапароскопической резекции почки даже при её опухолях «R.E.N.A.L. ≥ 10 ». Более того, в ближайшем послеоперационном периоде, эффективность подобных вмешательств не вызывает сомнений. Однако предстоит оценить отдалённые онкологические и функциональные результаты. Тем не менее, на наш взгляд, «открыто» или лапароскопически, но попытка органосохраняющего вмешательства должна быть предпринята во всех случаях, когда «есть, что сохранять». Нефроме-

трические шкалы объективизируют клиническую ситуацию, позволяют проводить адекватный сравнительный анализ, но не должны рассматриваться как абсолютное руководство к действию.

1097. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Щур А.Ю., Белоус Р.А., Вдовин О.Б., Степаненко Е.А., Смирнова Н.Е., Кряжевских О.В., Гремблат А.Б., Яцишин Д.А., Недид С.Н.

Благовещенск

ГАУЗ АО Амурская Областная Детская Клиническая Больница

Материал и методы: С 2007 г. по 2016 г. в отделении хирургии Амурской Областной Детской Клинической Больнице (АОДКБ) пролечено 1345 детей. За 10-летний период отмечается увеличение данной патологии в 2 раза. Средний возраст пациентов составил 4,4 года. Соотношение девочек и мальчиков – 1:4. Правосторонние грыжи – 648 (48 %) детей, левосторонние – 290 (21 %), двусторонние – 375 (27 %). 32 пациента поступили в нашу клинику с рецидивом заболевания, после проведенной лапароскопической герниопластики в АОДКБ, а также оперированные в районных больницах Амурской области. У 19 детей было сочетание паховой грыжи с пупочными грыжами (16 случаев), эпигастральными грыжами (3 детей). Из 1345 пациентов 97 (7,2 %) детей поступили с ущемленной паховой грыжей. Возраст пациентов составил от 27 дней до 7 лет, в 80% случаев это дети до 1 года, количество детей в возрасте до 6 месяцев составило 32 %. Пациентам мужского пола основным видом выполняемой операции была лапароскопическая герниорафия; девочкам выполняем 2 методики: лапароскопическая герниорафия и лапароскопическая инверсия, перевязка влагалищного отростка (El-Gohary), открытая герниопластика выполнялась крайне редко (в основном новорожденным детям и подросткам). Детям старшей возрастной группы выполняем комбинированную герниопластику по собственной методике с уменьшением высоты пахового промежутка и ушиванием брюшины на уровне внутреннего пахового кольца. При ущемленных грыжах выполняем оперативное лечение в экстренном порядке. Основной вид операции – эндовидеоскопическое устранение ущемления, герниорафия. У 277 детей (21 %) с односторонней паховой грыжей обнаружен открытый влагалищный отросток с контралатеральной стороны. Результаты: Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения:



1 случай – гематоцеле, 1 – кровотечение из послеоперационной раны, 32(4.2%) пациента повторно оперированы вследствие рецидива заболевания. 3 (0,2%) случая проявления метакронной грыжи после лапароскопической герниопластики. Время операции составило от 15 до 40 мин. Сроки госпитализации 3-4 суток. Летальных исходов не было. Выводы: 1) Лапароскопическая герниопластика радикальный и безопасный метод лечения. 2) Метод позволяет выполнить исследование контралатеральной стороны и в случае необходимости выполнить билатеральную герниопластику.

1098. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Червяков Ю.В., Староверов И.Н., Власенко О.Н.

Ярославль

ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность: В России отмечается самый высокий показатель ампутаций при атеросклеротической патологии артерий нижних конечностей. Он составляет около 500 ампутаций на 1 млн. трудоспособного населения. Ежегодно около 40 тысяч пациентов подвергается ампутации нижних конечностей вследствие развития критической ишемии. В РФ нет официальных статистических данных по заболеваемости хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК), но по данным ангиологов, оно присутствует у 1,5 млн. человек (Савельев В.С., Кошкин В.М., 2005). До 80% пациентов, которые обращаются к амбулаторному хирургу, имеют IIБ степень ХИНК по классификации А.В. Покровского-Фонтейна (дистанция безболевого ходьбы (ДБХ) менее 200м). В этой стадии заболевания еще нет показаний для хирургического лечения, но качество жизни больных страдает за счет значительного снижения двигательной активности, ухудшения возможности самообслуживания. Назначение стандартной консервативной терапии на амбулаторном этапе лечения способствует замедлению прогрессирования заболевания, но мало влияет на двигательную активность пациентов. Использование генной терапии при ХИНК IIБ степени рекомендовано "Национальными рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями периферических артерий" (2013). Цель: Сравнить результаты стандартной сосудистой терапии и комплексного лечения с использованием препарата на основе плазмиды с геном VEGF165 в амбу-

латорном лечении больных с IIБ степенью ХИНК по классификации А.В. Покровского-Фонтейна в сроки от 3 до 5 лет. Материал и методы: С 2009 по 2015 годы на базе двух лечебных учреждений (ГБУЗ ЯО "Областная клиническая больница", отделение сосудистой хирургии; ООО Медицинский центр "Диагностики и профилактики плюс", амбулаторное отделение) проводилось консервативное лечение и наблюдение за 73 больными с ХИНК II Б степени. Все исследуемые получали стандартную консервативную терапию согласно "Национальным рекомендациям." (2010). Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе применяли только стандартную консервативную терапию. Во второй группе, кроме стандартного консервативного лечения, производилось двукратное введение геннотерапевтической конструкции 1,2 мг в мышцы ишемизированной конечности согласно инструкции по препарату. Первая группа 36 пациентов. Средний возраст составил 65,8±6,2 лет. Исходное среднее значение ДБХ составило 128±49м. Вторая группа 37 больных, средний возраст 63,5±10,2 лет. Среднее значение ДБХ - 115±55м. Основные критерии эффективности: выживаемость больных, сохранность конечности, дистанция безболевого ходьбы измеряемая на тредмил-тесте. Дополнительные критерии: измерение линейной скорости кровотока (ЛСК) и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) при УЗДГ артерий голени. Обследование проводилось перед включением в исследование, через 1 год и затем ежегодно. Результаты. У пациентов I группы, умеренное улучшение за 5 лет отмечено лишь в 1 случае (3%) - ДБХ увеличилась на 100 м от исходного. У 12 пациентов (33%) зафиксирован удовлетворительный результат без какой-либо динамики, ДБХ осталась на том же уровне, что и при включении в исследование. В 10 наблюдениях (28%) отмечено снижение ДБХ на 50-100%, что можно расценивать как умеренное ухудшение. Значительное ухудшение в клиническом течении отмечено у 4 пациентов (11%), у которых к концу исследования была зарегистрирована III степень ХИНК со средним значением ДБХ менее 20 м, болями в ноге в покое. Неудовлетворительных результатов при стандартном лечении получено 25% (1 ампутация и 8 летальных исходов от различных причин). У пациентов II группы в 22 наблюдениях отмечено снижение степени хронической ишемии, что составило 59% и расценивается нами как значительное улучшение. Из них I степень ХИНК зарегистрирована у 4 человек (ДБХ свыше 1000 метров), у 18 пациентов отмечена II А степень ХИНК (ДБХ от 200 до 1000 м). Умеренное улучшение отмечено у 3 пациентов (8%) с увеличением ДБХ на 50-100%, составив при этом менее 200 м. В 16% наблюдений (5 пациентов) зафиксирован удовлетворительный результат



лечения с сохранением той же степени ХИНК, что и при включении в исследование, без динамики по ДБХ. В одном наблюдении (2,5%) отмечено значительное ухудшение - увеличение ишемии до III степени. Еще в одном случае у пациента с тяжелой формой сахарного диабета 2 типа возникла гангрена стопы с последующей ампутацией конечности, это расценено как неудовлетворительный результат. В итоге, неудовлетворительный результат лечения, с учетом умерших больных, составил 16% (1 ампутация и 5 летальных исходов). Выводы: У больных с IIБ степенью ХИНК использование препарата на основе плазмиды с геном VEGF165 в составе комплексного лечения значимо влияет на увеличение среднего значения ДБХ (до 500%) ($p=0,007$). У большей части больных (67%), отмечено значительное и умеренное улучшение, в то время, как при стандартном лечении аналогичный результат получен только в 3% наблюдений. Изменения ЛПИ и ЛСК в сторону увеличения их значений также были достоверны при использовании генной терапии. При стандартном лечении значимой динамики по этим показателям не отмечено. Достоверного различия по выживаемости ($p \leq 0,07$) и сохранности конечностей при IIБ степени ХИНК между группами не отмечено.

1099. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

*Кузьминов А.М., Мухин И.А., Фоменко О.Ю.
Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» МЗ РФ

Актуальность: В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест. Частота встречаемости геморроя среди всех колопроктологических заболеваний составляет до 40%. При хирургическом лечении геморроя 3-4 стадии нередко отмечаются такие осложнения, как недостаточность анального сфинктера 1,8–4%, стриктура анального канала до 8 %, кровотечение 2-10%. Потеря трудоспособности может составлять до 1,5 месяцев. Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем является одним из наиболее эффективных хирургических методов лечения хронического геморроя 4 стадии. Цель работы: Улучшение результатов лечения пациентов с 4 стадией геморроя. Материалы и методы: В ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» МЗ РФ в период с 2015 по 2017 год было оперировано 500 пациентов по поводу

комбинированного геморроя 4 стадии из них 281 (56,2%) мужчина и 219 (43,8%) женщин. Возраст пациентов составил от 18 до 76 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 30 лет. Всем больным до и после операции на 10 и 45 день проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, профилометрия, ультразвуковое исследование ректальным датчиком, колоноскопия, анкетирование по опросникам VAS и по опроснику QoLSF-36. Результаты: Метод ультразвуковой геморроидэктомии является малотравматичным, а продолжительность его составляет всего $18,0 \pm 3,0$ мин. Результаты хирургического лечения больных геморроем 4 стадии прослежены в сроки от 45 дней до 1 года. Интраоперационных осложнений диагностировано не было. В раннем послеоперационном периоде в сроки до 10 дней, у 10 (2,0%) пациентов развилось кровотечение из ран анального канала, что потребовало прошивания кровоточащих участков. Выраженный болевой синдром оцененный в 7-10 баллов, диагностирован у 25 человек (5,0%). Длительно незаживающие раны диагностированы у 30(6,0%) человек в сроки от 2 до 3 месяцев, а у 50(10,0%) человек отмечены тенезмы. По данным аноректальной манометрии выполненной на 45 сутки после операции у 30(6,0%) человек отмечалось снижение показателей анального давления в покое, что косвенно свидетельствует о снижении тонуса внутреннего сфинктера, 10(2,0%) из этих пациентов предъявляли жалобы на периодическое недержание газов, что соответствует недостаточности анального сфинктера 1-2 степени. При оценке качества жизни пациентов использованная нами анкета QoLSF-36 позволила провести анализ состояния физического (PH) и психического (MH) здоровья. Так на 10 сутки после операции полученные показатели $PH = 42,76 \pm 8,16$ баллов, $MH = 41,37 \pm 6,06$ баллов, соответствовали среднему качеству жизни пациентов, на 45 день, при оценке качества жизни, выявлено увеличение баллов $PH = 44,77 \pm 7,68$ баллов. $MH = 43,46 \pm 5,60$ баллов, как психического, так и физического состояния пациентов, что свидетельствует об улучшении качества жизни по сравнению с ранним послеоперационным периодом. Выводы: Несмотря на небольшое количество осложнений, таких как кровотечение, развившееся в послеоперационном периоде у 10 (2,0%) пациентов, отсутствие стриктур анального канала, у 30(6,0%) пациентов при оценке функционального состояния тонуса сфинктера, нами отмечено снижение показателей, клинические проявления недостаточности анального сфинктера 1-2 степени отмечены у 10(2,0%) пациентов. В связи с этим мы считаем, что пациентам с недостаточностью анального сфинктера целесообразно прове-



дение реабилитационных мероприятий, а именно лечение по принципу биологической обратной связи, анальной электростимуляции и тиббиальной нейромодуляции.

1100. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Червяков Ю.В.(1), Власенко Н.И.(2)

Ярославль

1)ГБОУ ВПО «Ярославский Государственный
медицинский университет» МЗ РФ 2)ГБУЗ ЯО
КГВВ – МЦ

Актуальность: Варикозная болезнь вен нижних конечностей является одной из самых распространенных болезней сердечно-сосудистой системы. По мнению отечественных флебологов, количество пациентов с варикозной болезнью в Российской Федерации приближается к 30 миллионам человек (В.С.Савельев, 2001). В возрасте старше 70 лет данная патология встречается в 6-10 раз чаще, чем у лиц молодого возраста. Осложнения варикозной болезни в виде трофических язв присутствуют у 4-5% людей старшей возрастной группы. Традиционные хирургические подходы к лечению венозных язв не всегда применимы у данной категории пациентов с учетом большого количества сопутствующей патологии. Это остается важной медицинской проблемой. Цель: дать оценку влияния комплексного лечения с использованием препарата Сулодексид у больных с декомпенсированной формой варикозной болезни нижних конечностей класса С6 по СЕАР на время заживления трофических язв голени в послеоперационном периоде. Материал и методы: С 2008 по 2016 годы на базе хирургического отделения ГБУЗ ЯО КГВВ – МЦ "Здоровое долголетие" проведено хирургическое лечение 56 пациентам с варикозной болезнью нижних конечностей в системе БПВ С6 класса по СЕАР. Возраст больных от 65 до 84 лет, средний возраст - 72±6,6 лет. Мужчин было 14, женщин - 42, соотношение 1:3. ИБС выявлена у 69% больных, ГБ -55%, ХОБЛ-31%. Давность заболевания превышала 15 лет у всех пациентов. Трофическая язва в н/3 - с/3 голени по медиальной поверхности существовала у всех больных на протяжении от 3 месяцев до 1 года. Площадь язвенной поверхности была от 2 до 20 см². Перфорантная несостоятельность на голени отмечена во всех

наблюдениях. Все больные после предоперационной подготовки, включавшую антибактериальную терапию с учетом посева из язвы, были оперированы. Выполнена кроссэктомия, короткий стриппинг ствола БПВ на бедре. В дальнейшем проводилось стандартное лечение в виде эластической компрессии, местного лечения язвы, обезболивания. Больные были разделены на 2 группы. Группа А - 31 пациент, в послеоперационном периоде им назначались флеботоники в течение 3х месяцев. Общая площадь язвенных поверхностей в группе составила – 186 см², средняя площадь на 1 больного – 6,0 см². Группа Б - 25 больных, которым кроме флеботоников проводилось лечение препаратом Сулодексид по стандартной схеме (по 600 л.е в/в капельно №10, затем по 500 л.е. в сутки в таблетках 2 месяца). Общая площадь язвенных поверхностей в группе составила – 170 см², средняя площадь на 1 больного – 6,8 см². Значимого различия по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, размерам трофической язвы между группами не было. Ежемесячно, в течение 5 месяцев после операции проводили оценку скорости заживления трофической язвы. Результаты: В группе А через 1 месяц полностью закрылись язвы в 2х наблюдениях, у 18 пациентов размеры язвы уменьшились на 30%, в 6 случаях на 50%, еще у 4 - на 80%. Суммарно площадь язвенной поверхности сократилась на 42%. Через 2 месяца полностью закрылась язва у 7 больных, у 15 пациентов размеры язвы уменьшились на 50%, в 9 случаях на 80%. Суммарно площадь язвенной поверхности сократилась на 63%. Через 3 месяца полностью закрылась язва у 21 больного, у 6 пациентов размеры язвы уменьшились до 60%, в 4 случаях до 80%. Суммарно площадь язвенной поверхности сократилась на 79%. Через 4 месяца полностью закрылась язва у 27 больных, у 4 пациентов размеры язвы уменьшились до 80%. Суммарно площадь язвенной поверхности сократилась на 93%. Через 5 месяцев полностью закрылась язва во всех наблюдениях. В группе Б через 1 месяц полностью закрылись язвы в 3 наблюдениях, у 6 пациентов размеры язвы уменьшились на 30%, в 11 случаях на 50%, еще у 5 - на 80%. Суммарно площадь язвенной поверхности сократилась на 59% (P=0,04). Через 2 месяца полностью закрылась язва у 12 больных, у 4 пациентов размеры язвы уменьшились на 50%, в 9 случаях на 80%. Суммарно площадь язвенной поверхности сократилась на 86% (P=0,02). Через 3 месяца полностью закрылась язва у 22 больных, у 3 пациентов размеры язвы уменьшились до 80%. Суммарно площадь язвенной поверхности сократилась на 97% (P=0,04). Через 4 месяца полностью закрылась язва у всех 25 больных (P=0,07). Был рассчитан показатель NNT (количество пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы получить



ответ на лечение). Расчет NNT: Степень ответа (полное заживление язв через 3 месяца) в группе А составило 68% (21 пациент из 31). Степень ответа в группе Б – 88% (22 пациента из 25). АСР (абсолютное снижение риска) = $88 - 68 = 20$. $NNT = 100/20 = 5$. Выводы: Использование препарата сулодексид в лечении больных старшей возрастной группы с декомпенсированной формой варикозной болезни нижних конечностей С6 класса по СЕАР в составе комплексной терапии в послеоперационном периоде позволяет достоверно увеличить скорость заживления трофических язв на голени в промежутках времени от 1 до 3х месяцев.

1101. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Панин А.В. (1) Дубровский А.В. (1) Курцер М.А. (1)
Сон Д.А. (1,2) Шуляк Г.Д. (2)*

Москва

1) Клинический Госпиталь Лапино "Мать и дитя"
2) ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава

Острый аппендицит, осложняющий течение беременности, является самой частой причиной хирургических вмешательств у беременных женщин. Его распространённость составляет около 1 случая на 1000 родов. Стандартом лечения уже более 100 лет является удаление червеобразного отростка. С внедрением минимально инвазивных лапароскопических методик аппендэктомии удалось улучшить результаты хирургического лечения острого аппендицита. Необходимость использования наименее опасных технологий очевидна для беременных пациенток. Современные методики лапароскопической аппендэктомии у беременных женщин в опытных руках обеспечивают её безопасное выполнение без дополнительных рисков для матери и ребёнка. Она позволяет сократить длительность госпитализации, ускорить активизацию и снизить потребность в анальгетических препаратах. За время работы клинического госпиталя «Лапино» с 2013 по 2016 годы лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 26 беременных женщин. Возраст варьировал от 22 до 43 лет (среднее – 31, $\sigma - 5,5$), срок беременности – от 5 до 23 недель (среднее – 15,1, $\sigma - 5,1$). Не было случаев тяжелых сопутствующих заболеваний; у 14 пациенток отмечена лёгкая анемия. Все пациентки жаловались на боли в правом нижнем квадранте; тошнота и рвота наблюдалась в 38% случаев. У 15 пациенток температура была нормальной, у 10

наблюдалась субфебрильная лихорадка и в одном случае – более 38 С. Не было случаев задержки стула. Симптом Кохера отмечался у 35% пациенток. Болезненность в правом нижнем квадранте наблюдалась во всех случаях, кроме одного. Перитонеальные симптомы были положительными в 27% случаев. Лейкоцитоз наблюдался у всех женщин, кроме одной. Уровень лейкоцитов колебался от 6,5 до 21,7 (среднее – 14, $\sigma - 4,7$). У 11 пациенток был исследован С-реактивный белок: в 10 случаях он оказался повышенным, колеблясь от 5,82 до 238,58; обращает внимание, что в случае нормального его уровня на операции оказался флегмонозный аппендицит, а уровень лейкоцитов был 15,7. Всем больным выполнялось ультразвуковое исследование; УЗ-признаки острого аппендицита были выявлены в 5 случаях, свободная жидкость в брюшной полости была обнаружена в 6 случаях. В одном случае при неясном диагнозе была выполнена магнитно-резонансная томография, где диагноз был подтверждён. Компьютерная томография, а также другие рентгенологические исследования, учитывая неоправданный риск для беременной женщины, не применялись. На операции в 21 случае (81%) был обнаружен флегмонозный аппендицит, в 4 случаях (15%) – катаральный аппендицит, а в одном случае (4%) имела место перфорация аппендикса. Местный перитонит наблюдался в 3 случаях. На одной операции был найден рыхлый инфильтрат, разделённый без каких-либо трудностей. Средняя продолжительность операции составила 34 минуты, варьируя от 25 до 60 минут. Ни в одном случае не потребовалось дренирование брюшной полости. Во всех случаях отмечался неосложнённый послеоперационный период. Длительность послеоперационной анальгезии не превышала двух суток, наркотические анальгетики понадобились лишь в 8 случаях. В 6 случаях в первый послеоперационный день отмечалась субфебрильная лихорадка. Продолжительность госпитализации составила в среднем 4,1 дня. Из 26 беременных женщин у 23 беременность в дальнейшем велась в сети клиник. У трёх пациенток исход беременности неизвестен. Беременность у двух пациенток на настоящий момент ещё продолжается, однако, протекает без осложнений. У одной беременной женщины с многоплодной беременностью были преждевременные оперативные роды по акушерским показаниям спустя значительно время после операции. В 20 случаях роды были своевременными, в 8 случаях – оперативными. Средний вес новорождённого составил 3500 гр. ($\sigma - 390$ гр.). Каких-либо отклонений у детей при рождении не было обнаружено. Лапароскопическая аппендэктомия во время беременности является выполнимой и безопасной процедурой; однако её успешное выполнение об-



уславливается большим опытом хирурга и технической обеспеченностью лечебного учреждения.

1102. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ СЛИВИНГОВОЙ ГАСТРОПЛАСТИКИ

*Хитарьян А.Г., Завгородняя Р.Н., Велиев К.С.,
Ковалев С.А., Хубиев С.Т., Межунц А.В.*

Ростов-на-Дону

НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный ОАО "РЖД"

Актуальность. В последние годы большой популярностью в бариатрической хирургии получает лапароскопическая сливинговая гастропластика, в связи с относительно низким уровнем операционных и послеоперационных осложнений, а также экономической эффективностью. Однако остается нерешенным вопрос о профилактике послеоперационного гастро-эзофагеального рефлюкса, частота которого, по данным мировой литературы, колеблется в пределах 18-20%. К основным причинам сохраняющегося рефлюкса отнесли: создание относительно узкого перехода между горизонтальной и вертикальной частью оперированного желудка, расширение желудка в области дна, прогрессирование ГПОД. Несмотря на достаточно большой опыт использования сливинговой гастропластики для лечения морбидного ожирения во всем мире, техника операции до конца не стандартизирована. Нами разработана и внедрена в клиническую практику методика трехкамерной сливинговой гастропластики с физиологически оптимальными размерами камер. В данной статье представлены результаты операций 68 пациентов. Цель. Стандартизация техники сливинговой гастропластики в целях увеличения безопасности и эффективности операции. Материалы и методы. С 2011 по 2017 год в Дорожной больнице СКЖД перенесли лапароскопическую сливинговую гастропластику 68 пациентов. Среди пациентов было 47 женщин и 21 мужчин в возрасте от 18 до 56 лет, с индексом массы тела от 35 до 64 кг/м². Всем больным выполняли сливинговую гастропластику по модифицированной методике, разработанной в клинике, с формированием трехкамерного желудочка, состоящего из верхней презофагальной камеры 7 см (объемом 20 мл), камеры тела желудка длиной до 10 см (объемом до 60 мл) и препилорической камеры длиной 5 см (объемом до 60 мл). Калибровку объема созданных камер

желудка проводили на зонде с латексным баллончиком, который наполняли требуемым объемом жидкости. При несоответствии полученного объема проводили коррекцию путем уменьшения камер желудка дополнительными вворачивающими эндошвами. В отдаленные сроки после операции (6, 9 и 12 месяцев) оценивали динамику снижения веса, нормализацию уровня глюкозы крови, исчезновение синдрома Пиквика. Особое внимание уделяли функционально-волюметрической оценке объема желудка и пищеводного клиренса. Всех больных анкетировали по опроснику нарушений пищевого поведения DEBQ, оценивали изменение качества жизни по шкале SF 36. Результаты. В отдаленном периоде положительные результаты динамики массы тела наблюдались у 59 пациентов (86,76%). Снижение избыточной массы тела через 6,9,12 месяцев после операции наблюдалось соответственно на 50%, 64% и 72%. К отрицательным результатам отнесли замедление скорости потери избыточной массы тела через 6 месяцев, которое наблюдалось в 13,2% случаев (у 9 больных - 2 женщин и 7 мужчин). У всех пациентов с неудовлетворительными результатами отмечены нарушения пищевого поведения. Оценка антирефлюксного пищеводно-желудочного механизма показала снижение pH ниже 4 (защелачивание пищевода за счет рефлюкса) в 10,29% случаев, снижение пищеводного клиренса в 8,82% случаев. У всех пациентов отмечено улучшение качества жизни по данным опросника SF 36. Выводы. Сливинговая гастропластика с поэтажной калибровкой желудочной трубки является безопасным и эффективным вмешательством у больных с морбидным ожирением и позволяет добиться удовлетворительных результатов в 87% случаев. Предложенная методика является физиологически оптимальной при наличии гастро-эзофагеального рефлюкса до операции и позволяет снизить явления послеоперационного гастро-эзофагеального рефлюкса до 10%.



1103. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

*Магомедов М.Г., Магомедов Т.М,
Магомедов Н.М.*

Махачкала

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный
медицинский университет

Введение. Достижения современной клинической кардиологии и ангиохирургии в последние десятилетия позволяют надеяться на улучшение качества медицинской помощи больным облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) с ИБС. В этом отношении наименее разработанным является направление, связанное с доставкой к ишемизированным тканям кислорода, в основе которого лежит совместное применение статинов, кардиотропных препаратов и перфторуглеродов. Цель исследования Оценка результатов лечения больных с ОААНК с ИБС с использованием озонированного перфторана в сочетании с карведилолом и розувастатином. Материалы и методы Для изучения динамики клинических и неинвазивных объективных критериев состояния больных с ОААНК и ИБС при включении в стандартную схему лечения перфторана нами приводится проспективное исследование. В рандомизированную выборку включены 90 больных, у которых клинико-инструментальными методами была верифицирован ОААНК и ИБС. По классификации Ф.Фонтане и А.В.Покровского вторую стадию ишемии имели - 34, третью - 50 и четвертую - 6 больных. В основной группе были 45 больных, из них 12 с ишемией II степени, 30 человек - III и 3-е - с IV. В контрольной группе – 45 человек (17 - II степени, 26 - III и 2 – с IV). В контрольной группе проводилась традиционная схема лечения. У больных - основной группы в комплексе лечения с традиционной терапией включали озонированный перфторан в дозе 3-4 мл/кг в/в капельно в течение 2-3 часов, всего 3 инфузий через два дня в сочетании с карведилолом 12,5 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. При хорошей переносимости дозу препарата повышали до 50 мг и розувастатин по 10 мг 1 раз в сутки в течение 2-х недель, затем дозу повышали до 20 мг (Патент РФ № 2525157 от 11.06.2014 г.). Клинический статус оценивали по данным модифицированной таблицы Rutherford et al. (2000 г.), изменения состояния гемодинамики - методом доплерографии. Микрогемодинамику в поражённой конечности оценивали при

помощи лазерной доплеровской флоуметрии, интенсивность болевого синдрома – по визуальной аналоговой шкале Visual Analogue Scale (VAS). Результаты и их обсуждение. Медиана длительности лечения в группах сравнения достоверно не отличались.

1104. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Бирюков Д.П., Полуниин С.В., Сандалов Е.Ж.

Екатеринбург

354 ВКГ МО РФ

Инородные тела – corpora aliena – различные тела и предметы как органического, так и неорганического происхождения, чуждые организму и внедрившиеся в ткани, органы, полости естественным путем либо через операционную или другую рану. В 2007 году Gulati S.P. описано редкое инородное тело желудка – зубная щетка, которое удалось извлечь жестким эзофагоскопом. В мировой литературе упоминается лишь 40 подобных случаев у пациентов, страдающих булимией или неврогенной анорексией. Особенностью таких инородных тел является их форма и значительный размер, что не позволяет им мигрировать дальше 12-перстной кишки, в связи с чем попытки эндоскопической экстракции не всегда успешны и требуется выполнение открытых операций Перфорация желудка инородным телом является казуистикой (менее 1% от всех случаев перфорации желудочно-кишечного тракта), в литературе упоминаются лишь единичные случаи: один из них описан Rygl M, Rýcha K. в 2002 году, 3 случая описаны в 2005 году в Сингапуре Brian K. и P. Goh . Несмотря на то, что рентгенологическая и эндоскопическая диагностика инородных тел желудка довольно проста и убедительна, частота диагностических и лечебных ошибок при лечении такого рода больных достаточно велика. Рядовой К., 1991 года рождения поступил в 354 ВКГ 25.10.2010 г. Из анамнеза: в августе 2010 года проглотил 3 шариковые ручки, фломастер и зубную щетку. За 3 дня до поступления появилась боль в эпигастральной области. 25.10.2010 г. обратился в медицинский пункт части по поводу боли в горле, повышения температуры, боли в животе. Доставлен в 354 ВКГ 25.10.2010 г., осмотрен инфекционистом, госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом «Хронический тонзиллит, обострение. Острый верхнечелюстной синусит слева». В связи с имеющимися болями в животе пациенту назначена ФГДС для исключения эро-



живно-язвенной патологии со стороны слизистой гастродуоденальной зоны. На ФГДС 27.10.2010 г. выявлены инородные тела в желудке и 12-перстной кишке (3 шариковые ручки, фломастер, зубная щетка). 2 ручки, фломастер и зубная щетка, свободно лежащие в просвете желудка, удалены без технических трудностей. Ручка в 12-перстной кишке фиксирована к стенкам торцами, неподвижная. В местах давления на слизистую кишки имелась гиперемия, налет фибрина. При попытке сдвинуть проксимальный конец ручки на слизистой обнажился пролежень с глубоким дефектом стенки правильной круглой формы, ткань стенки в центре дефекта не прослеживается на участке до 1 мм в диаметре. Во время манипуляции у больного возникли резкие боли в животе и десуфляция воздуха из кишки. Все дальнейшие попытки извлечения инородного тела прекращены, выполнена обзорная рентгенография брюшной полости, выявлено большое количество свободного газа под куполами. Пациент из Центра лучевой диагностики доставлен в отделение неотложной хирургии, экстренно оперирован. 27.10.2010 г. выполнена операция – верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, энтеролизис в подпеченочном пространстве, дуоденотомия через дефект стенки с экономным иссечением склерозированных краев перфоративного отверстия, удаление инородного тела двенадцатиперстной кишки, ушивание перфоративного отверстия, дуоденооментопексия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: Основной диагноз: Множественные инородные тела желудка (2 шариковые ручки, фломастер, зубная щетка). Фиксированное инородное тело (шариковая ручка) двенадцатиперстной кишки, осложненное пролежнем и перфорацией передней стенки в свободную брюшную полость. Осложнения основного заболевания: Местный неотграниченный серозно-фибринозный перитонит. Перидуоденит. Множественные острые язвы (на месте пролежней от инородного тела) луковичного, луковично-залуковичного, нисходящего отдела, нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. Хронический гастродуоденит, обострение. Сопутствующие диагнозы: Левосторонний гнойный верхнечелюстной синусит. Хронический тонзиллит, обострение. Выводы. 1. Лечение и обследование пациентов с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете верхних отделов пищеварительного тракта инородное тело должно быть, по возможности, извлечено при помощи фиброэндоскопии. 2. Для диагностики инородного тела желудочно-кишечного тракта и выяс-

нения причины фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования. 4. Невозможность эндоскопического извлечения, а также длительная фиксация инородного тела в пищеварительном тракте (в течение 5 и более суток) являются показанием к оперативному вмешательству. 5. Перфорация полого органа инородным телом, кровотечение, острая кишечная непроходимость являются показанием к экстренной операции.

1105. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ СИНДРОМЕ БУРХАВЕ

Столяров С.И.

Чебоксары

БУ"Республиканская клиническая больница"

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение частоты спонтанных разрывов пищевода – синдрома Бурхаве (СБ). Диагностика СБ остается по-прежнему трудной, часто запоздалой, в то же время летальность возрастает пропорционально времени, прошедшей от начала заболевания. По данным различных авторов летальность 25% в первые 12 ч, 50-70% в первые 24 ч и 90% и более через 40 ч. Лечение СБ оперативное, чем раньше оно проведено, тем больше шансов на выздоровление пациента. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 30 пациентов в возрасте от 27 до 68 лет (Me 52,5; Mo 61). Средний возраст 50,7±1 лет. Мужчин было 24, женщин 6. В первые 12 часов диагноз установлен у 5 (16,7%, умерших нет), от 12 до 24 часов – у 2 (6,7%, умер 1), в сроки более 24 часов – 23 (76,6%, умерло 5). Из 23 пациентов 20 пациентов обратились за медицинской помощью в течение суток, но ни у одного из них не был заподозрен спонтанный разрыв пищевода. Ложные диагнозы при поступлении: перфоративная язва желудка – 5 (выполнена лапаротомия); синдром Маллори-Вейса осложненный кровотечением – 3; деструктивная пневмония – 3; эмпиема плевры – 2; рак пищевода с распадом – 2; расслаивающая аневризма аорты – 1; острый инфаркт миокарда – 1; диафрагмальная грыжа – 1; межреберная невралгия – 1; травматический гемопневмоторакс – 1. После установления диагноза 15 оперированы в условиях городских и районных больниц, 14 в условиях БУ «РКБ». Умерло 6 пациентов, летальность – 20%, послеоперационная летальность – 17,4%. В одном случае диагноз установлен при патологоанатомическом исследовании. Приводим наблюдение. Больной П., 64 лет,



после консультации в одной из городских больниц был доставлен в БУ «РКБ» бригадой скорой помощи 28.06.13 в 10:00 с диагнозом: Левосторонний пневмоторакс, эмпиема плевры. Госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. Состояние крайне тяжелое, сознание оглушение. Кожа бледная, сухая, крепитация на шее, грудной стенке за счет подкожной эмфиземы. ЧД 38 в мин. Слева дыхание практически не проводится. АД 80/60 мм рт. ст. на фоне вазопрессоров. ЧСС 102 в мин. Температура тела 35,80С. Язык влажный, живот мягкий. По дренажам из левой плевральной полости выделяется мутный серо-грязного цвета экссудат в небольшом количестве. Произведена катетеризация мочевого пузыря, выделилось около 100 мл концентрированной мочи. На рентгенограмме грудной клетки картина левостороннего гидропневмоторакса. В виду нарастающей дыхательной недостаточности пациент переведен на ИВЛ. Из анамнеза выяснено. Будучи в гостях в другом регионе злоупотреблял алкогольными напитками. 15.06.13 оперирован с подозрением на прободную язву желудка, проведена лапаротомия с использованием минидоступа, данных за перфорацию не было найдено. 16.06.13 выявлен левосторонний гнойный плеврит, левая плевральная полость дренирована в 7 межреберье. 26.06.13 выявлен пневмоторкс слева, выполнено дренирование плевральной полости во 2 межреберье. По настоятельной просьбе пациента и родственников 27.06.13 пациент был выписан из стационара с рекомендациями для лечения по месту жительства с диагнозом : Левосторонняя деструктивная пневмония, пиопневмоторакс слева. На фоне проводимой интенсивной инфузионной, дезинтоксикационной, антибактериальной терапии, вазопрессоров 28.06.13 в 16:30 наступила смерть. При патологоанатомическом исследовании в левой плевральной полости обнаружена мутная жидкость в объеме до 300 мл, а также пищевые массы различной консистенции. На левой стенке нижней трети пищевода на 1 см выше диафрагмы сквозной продольный дефект с мелкобахромчатыми краями размером 3x1,5 см. Заключение. СБ - тяжелое заболевание, мало известное специалистам скорой помощи и неотложной хирургии. Заболевание может иметь различную симптоматику, в одних случаях могут превалировать признаки острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в других – органов грудной полости. Выживаемость пациентов с СБ зависит только от ранней диагностики и своевременного оперативного вмешательства.

1106. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИ

Чернооков А.И.(1), Багдасаров В.В.(1), Багдасарова Е.А. (1), Атаян А.А. (1,2), Ярков С.А.(3), Багдасарова Д.В.(1), Хачатрян Э.О.(1)

Москва

- 1) Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,
- 2) ГКБ № 29 им. Н. Э. Баумана,
- 3) ГКБ имени С.С. Юдина

Цель: Доказать эффективность применения рентгенэндоваскулярных методов лечения при остром нарушении мезентериального кровообращения.
Материалы и методы: Материалом исследования являются результаты лечения 86 больных с нарушением мезентериального кровообращения, в период с 2007 по 2016 г. Возраст больных колебался от 47 до 91 года. Больные были распределены на две группы: I группа (контрольная) - ретроспективный анализ лечебно-диагностической тактики с 2007 по 2010 года и II группа - с 2010 по 2016 года - проспективные исследования (с применением КТ и эндоваскулярной техники восстановления кровотока). У 44 больных (контрольная группа) с подозрением на ОИИ применялись стандартные методы исследования: обзорная рентгенография, УЗИ брюшной полости, диагностическая лапароскопия. Хирургическое лечение нарушения мезентериального кровообращения включало: резекцию некротизированной кишки с первичным анастомозом, ушивание лапаротомной раны наглухо, релапаротомии «по требованию». С 2010 по 2016 г. у 42 больных II основной группы использован разработанный лечебно-диагностический алгоритм. Пациентам с подозрением на острую мезентериальную ишемию после выполнения обзорной рентгенографии, УЗИ и КТ брюшной полости при выявлении признаков острого нарушения мезентериального кровообращения, по решению мультидисциплинарной комиссии проводили эндоваскулярные вмешательства. Хирургическое лечение заключалось в резекции некротизированной кишки, ушивании однорядным или аппаратным швом культи кишки наглухо, назоинтестинальной интубации, в наложении отсроченного межкишечного анастомоза, декомпрессивном ушивании лапаротомной раны и выполнении программных реопераций. Интервал между программными реоперациями выбирали с учетом интегральной оценки тяжести состояния и прогноза



исхода.

Результаты: Клинические признаки зависели от вида нарушения кровоснабжения тонкой кишки, уровня окклюзии ВБА, стадии заболевания и распространенности поражения. В ишемическую фазу тромбоза, клиническая картина сопровождалась интенсивными и острыми болями в животе, тошнотой, рвотой, жидким стулом. Наиболее интенсивная была боль при поражениях I сегмента ВБА. Главным отличием болевого синдрома острой мезентериальной ишемии от такового при других острых заболеваниях брюшной полости являлось несоответствие его выраженности физикальным данным - мягкий живот, отсутствие усиления болей при пальпации. Рвота у 87,5% больных, причем у 71,4% из них многократная, жидкий стул у 74,1% больных. В стадии инфаркта боли несколько уменьшались, появлялась болезненность при пальпации у 94% больных. Периодически отмечалась рвота у 14 (34,1%) больных, нарушалась эвакуаторная функция кишки. Задержка стула и газов наблюдалась у 20 (58,8%) больных. Клиническая картина ОИИ в условиях перитонита складывалась из симптомов интоксикации, гиповолемии, нарушений всех видов обмена, тяжелого абдоминального сепсиса. Клинические наблюдения и ретроспективное изучение историй болезней показало, что в симптоматике острой мезентериальной ишемии практически невозможно выделить признаки, которые были бы патогномичны только этой патологии. В первой группе из 44 больных у 23 (52,3%) диагностирована стадия инфаркта. 8(34,8%) пациентам выполняли «открытую» тромбэмболэктомию с использованием катетера Фогарти. Успешно выполнена тромбэктомия была в 3 (37,5%) случаях при окклюзии 1-го и проксимального участка 2-го сегмента ВБА. Резекцию кишки выполнили 17 (74%) больным. Протяженность резекции была различна и зависела от уровня окклюзии и выполненной реваскуляризации. Межкишечный анастомоз после резекции кишки на первой лапаротомии был сформирован в 12 (70,6%) случаях. Несостоятельность анастомоза с развитием перитонита наблюдали у 7 (58%). В 5 (29,4%) случаях на первой операции анастомоз не формировали. 3(60%) больным были сформированы кишечные стомы. У 2 (40%) больных была выполнена обструктивная резекция. Протяженность резекции кишки на стадии инфаркта: Паллиативная лапаротомия - 6, до 2-х метров -3, 2-3 метра-3, 3-4 метра-6, свыше 4 метров-4. Смерть у больных с инфарктом кишки наступила у 15(65,2%) пациентов. Всем больным в стадии перитонита выполняли резекцию некротизированного участка кишки без сосудистой операции. Паллиативная операция выполнена у 3 (14,3%) больных с тотальным некрозом тонкой кишки. Резекция тонкой кишки

была сделана 18(85,7%) больным. Первичный анастомоз сформирован 5(23,8%) больным. У 6 (33%) больных операцию завершали формированием кишечных стом. Лапаротомную рану ушивали наглухо у 6 (33%) больных, а в 12 (67%) наблюдениях формировали лапаростому на спицах Илизарова. Смерть у больных с ОИИ на стадии перитонита наступила у 15 (71,4%) пациентов. Общая летальность в 1-ой группе составила 68% Во второй группе в 32 (76,1%) - диагностирована окклюзия в системе верхней брыжеечной артерии (ВБА), у 10 (23,9%) больных диагностирован стеноз ВБА. Больным с острой окклюзией в системе ВБА в 32 наблюдении проведено эндоваскулярное восстановление кровотока в ВБА. Антеградная механическая реканализация проводниками выполнена 32 больным, аспирационная тромбэкстракция выполнена 29 (90%) 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 была выполнена 31 (96,8%) больному, при этом, у 7-х (16,7 %) из них с последующей имплантацией стента. В 10 (23,9%) наблюдениях больному с неокклюзионным видом нарушения кровообращения в ВБА, критическим стенозом ВБА, проведена баллонная дилатация и имплантация стента, с последующим удовлетворительным ангиографическим результатом. В 12 (28,5%) случаях наблюдалась дистальная эмболизация, после проведенной ангиопластики. В 38 (90,5%) случаях больным выполнялось введение ингибиторы IIb IIIa рецепторов. Технический успех рентгенэндоваскулярных вмешательств у пациентов с нарушением кровотока в ВБА был достигнут в 36 85,7 % случаев. Всем больным проведена попытка реваскуляризации ВБА и ее ветвей на всех уровнях поражения, при этом ведущее место отдавали рентгенэндоваскулярным методикам восстановления кровотока в ВБА в сочетании с резекцией некротизированного участка кишки. На втором этапе всем больным II группы в стадии инфаркта кишки 23 (54,7 %) больных выполняли резекцию кишки. Обструктивная резекция кишки с назоинтестинальной интубацией выполнена у 19 (82,6%) больных. Протяженность резекции кишки на стадии инфаркта: Паллиативная лапаротомия 4, до 2-х метров -7, 2-3 метра-6, 3-4 метра-4, свыше 4 метров-2. Програмную реоперацию выполняли через 18-24 часов. В стадии инфаркта кишки умерли 5 пациентов, 2 больных из них умерли через 4-5 суток, хотя после верхнебрыжеечной тромбэмболэктомии кишка была жизнеспособной, а на вскрытии брыжеечные сосуды были проходимы. Эти больные погибли от тяжелого токсикоза, обусловленного реперфузионным синдромом на 2-4 сутки. У больных II-й



(основной) группы в стадии инфаркта летальность составила 11 39,1 %. В результате лечения больных во 2-ой группе в стадии ишемии и инфаркта умерло 15 больных, летальность составила 35,7%. В I группе больных «открытая» тромбэмболектомия из ВБА с помощью катетера Фогарти лишь у 5 (45,4%) завершилась успешно. При рассыпном и смешанном типе ветвления ВБА и окклюзии 2, 3 сегмента, дистальных ветвей приходилось сталкиваться с техническими сложностями и безуспешностью попыток реваскуляризации при открытых сосудистых операциях. Тогда как, при рентгенэндоваскулярных вмешательствах у больных II группы четко визуализировали уровень окклюзии или стеноз. Из 42 больных, которым были выполнены рентгенэндоваскулярные вмешательства, восстановление кровотока успешно завершилось у 36 (85,7%) р

1107. УСПЕШНАЯ ЭМБОЛЕКТОМИЯ ПРИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В СКОРОПОМОЩНОЙ БОЛЬНИЦЕ

*Минаева Н.К.(1), Барванян Г.М.(1,2),
Пиникер Л.А.(1,3), Садыкова М.Н.(1,3),
Кочанов Е.И.(1)*

Сыктывкар

1)КФ КГМУ, 2)КРБ, 3)СГБ №1

Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) - большая проблема хирургической патологии органов брюшной полости с высокой летальностью, обусловленной поздним обращением больных, трудностями диагностики, полиморбидностью пациентов, отсутствием в муниципальных хирургических стационарах сложной диагностической аппаратуры (КТ-, МСКТ-ангиографии, эндоваскулярных вмешательств), техническими трудностями сосудистого этапа реваскуляризации кишечника хирургами общего профиля. В связи с этим летальность при ОМИ достигает 70-90%, при этом остаются нерешенными многие организационные вопросы. Тем не менее в руках общих хирургов, владеющих способами реваскуляризации кишечника и своевременно выполненных операциях в стадии ишемии кишки даже в условиях муниципального ЛПУ могут быть достигнуты благоприятные исходы. Цель - показать эффективность тромбэмболектомии из верхней брыжеечной артерии (ВБА) при ОМИ в условиях хирургического отделения муниципального ЛПУ. Материал и методы - клиническое наблюдение успешной реваскуляризации кишечника у больного с мерца-

тельной аритмией и острой мезентериальной артериальной ишемией. Результаты: Больной Х., 46 лет, был доставлен бригадой СМП в хирургическое отделение СГБ №1 25.05.03 в 23 часа через 40 минут с начала появления сильных болей в животе с диагнозом перфоративной язвы желудка. Был обследован (клинические, биохимические анализы, Rg органов брюшной полости, УЗИ, ЭКГ, выявлена мерцательная аритмия, по поводу которой больной получал дигоксин), назначены спазмолитики, боли стихли, но через 2 часа возобновились, был однократный стул по типу "малинового желе". 26.05.03 в 3-30 взят на операцию с предварительным диагнозом тромбэмболии сосудов кишечника. Выполнена лапаротомия, при ревизии в 40 см от связки Трейтца вся тонкая кишка была вишневого цвета со светлыми полосами, пульсация сосудов брыжейки не определялась, кишечник не перистальтировал. Выделена ВБА, пульсация резко ослаблена, взята на держалки, выполнена поперечная артериотомия, зондом Фогарти удален тромбэмбол, непрерывный шов стенки артерии, кровоток восстановлен, пульсация ВБА хорошая, кишечник порозовел, запланирована программная релапаротомия через 24 часа. В ОРИТ получал антикоагулянты, а/б, дезагреганты, обезболивающие, спазмолитики, инфузионную терапию, дигоксин, кордарон. Через сутки 27.05.03 релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, кишечник жизнеспособен, послойное ушивание раны. Получал лечение в ОРИТ 6 суток, с шестого дня пероральной питание стол №1, выписан через 29 суток под наблюдение хирурга и кардиолога поликлиники. Выводы: В условиях скоромощного муниципального ЛПУ при отсутствии сложной диагностической аппаратуры (КТ, МСКТ, рентгенэндоваскулярные исследования) решающую роль в успехе лечения ОМИ играет ранняя госпитализация больных, ранняя диагностика, настороженность хирургов в отношении сосудистой патологии кишечника, своевременное оперативное лечение с реваскуляризацией кишечника в стадии ишемии. Одним из путей решения проблемы улучшения результатов лечения ОМИ может быть подготовка абдоминальных хирургов по сосудистой хирургии по типу мастер-классов, подготовки на рабочих местах в многопрофильных специализированных ЛПУ.



1108. ДИАГНОСТИЧЕСКО-ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Мухиддинов Н.Д., Расулов Н.А., Рахимов С.С.

Душанбе

ГОУ ИПО в сфере здравоохранения РТ

Введение: Актуальность проблемы определяется нарастающим количеством больных с тяжелыми формами острого панкреатита, большим количеством ранних и поздних осложнений, в том числе послеоперационных осложнений и увеличением количества летальных исходов. Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения острого панкреатита. Материалы и методы: В ходе исследования был проведён анализ результатов лечения 67 больных с осложнённой формой острого панкреатита небилиарной этиологии, которые находились на лечении в клиниках кафедры хирургии и хирургических болезней с курсом эндохирургии ГОУ Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. Мужчин было 28 (41,8%), женщин 39 (58,2%). Возраст больных варьировал в пределах 21-78 лет. Для диагностики использовано ультразвукография, КТ, МРТ и лапароскопия. Результаты: Поводом для проведения диагностической и лечебной лапароскопии и хирургической операции в объёме лапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости явилось неэффективность консервативного лечения. Видеолапароскопия проведена у 21 (31,3%), а лапаротомия у 12 (17,9%) больных. Показанием к видеолапароскопии послужило неэффективность консервативной терапии и увеличение объёма свободной жидкости в брюшной полости, нечёткие признаки перитонита, а также необходимость для уточнения характера выпота брюшной полости. Видеолапароскопия была эффективной, которое позволило ликвидировать свободную жидкость, также санация и дренирование брюшной полости в 16 случаях, а в 2 случаях конверсия на лапаротомии в связи с распространённым гнойным перитонитом. Неэффективность видеолапароскопии и появление осложнений, которые требовали повторных оперативных вмешательств, нарастание объёма свободной жидкости и клиника ферментативного перитонита у 3 (14,2%) больных, с последующим выздоровлением. От внутрибрюшных гнойных осложнений после видеолапароскопии умер 1 (4,7%) больной. У 12 больных выполнено лапаротомия, у которых оказалось острый жировой панкреанекроз 7 (58,3%) и у 5 (41,7%) геморрагический панкреанекроз. По распространению очаговый панкреанекроз у 4 (33,3%), тотальный у

8 (66,7%). Санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости в 5 случаях, а также с дренированием забрюшинного пространства в 7 случаях. Повторные операции: спаечный процесс в 2 случаях, абсcess брюшной полости в 3 случаях и в 2 –х случаях флегмона забрюшинного пространства. Летальный исход у 3 (25%) от панкреатогенной токсемии и развития полиорганной недостаточности. Заключение: Анализ результатов показало эффективность и преимущество санационно-диагностической лапароскопии в лечение осложнённых форм острого панкреатита.

1109. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА СТРЕСС-ОТВЕТ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

*Мозговой П.В., Туровец М.И., Попов А.С.,
Лопушков А.В., Пучков А.Е.*

Волгоград

Клиника факультетской хирургии ФГБОУ ВО
ВолгГМУ

Цель исследования: Улучшение ближайших результатов хирургического лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) путем оптимизации применения различных методов сочетанной анестезии. Материалы и методы: В проспективное когортное исследование включены 54 больных ИБС (48 мужчин и 6 женщин), возрастом от 33 до 79 лет, которым в Клинике факультетской хирургии ВолгГМУ проведена хирургическая коррекция атеросклеротического поражения коронарного кровообращения. В предоперационном периоде у 100% больных верифицированы гемодинамически значимые (более 70%) стенозы коронарных сосудов, не поддающиеся рентгенэдоваскулярной коррекции. Все аортокоронарные шунтирования (АКШ) выполнены одной хирургической бригадой с использованием однообразного расходного материала. Пациенты были разделены на две группы: 1. В основную группу (n=23) включены больные, у которых во время операции (как компонент сочетанной анестезии) и в раннем послеоперационном периоде применялась продленная высокая грудная эпидуральная анестезия (ВГЭА) (р-р Ропивакаина 0,2-0,4%). 2. В контрольную группу (n=31) вошли пациенты, у которых в периоперационном периоде с целью обезболивания применялись наркотические анальгетики (р-ры Фентанила 0,005% и Промедола 2%). Искусственное кровообращение (ИК) применялось у 65,2% (15 человек) пациентов основной и у 61,3% (19 человек) боль-



ных контрольной группы. С целью оценки эффективности защиты пациентов от стресс-реакций в периоперационном периоде проводился постоянный мониторинг высокочастотных физиологических показателей (ИАД, ЦВД, SpO₂, ЭКГ, То тела), почасовой диурез, лабораторный контроль (уровень глюкозы и кортизола крови). Показатели физиологического и лабораторного мониторинга фиксировались в следующие этапы периоперационного периода: 1 – исходные данные (до начала операции), 2 – после стернотомии, 3 – через 10 минут от начала ИК, 4 – через 10 мин после окончания ИК, 5 – через 24 часа после завершения операции. Результаты исследования: После статистической обработки полученных результатов нами выявлено, что динамика гемодинамических показателей и почасового диуреза были соизмеримы у пациентов обеих групп (U-критерий Манна-Уитни, $p > 0,05$). Наибольший выброс стресс-гормона (кортизола) зафиксирован после начала ИК (в среднем превышал исходные значения в 1,8 раза). В основной группе (с использованием ВГЭА) наблюдалось менее выраженное, но статистически недостоверное (χ^2 Пирсона, $p > 0,05$), из-за небольшого объема выборки, увеличение уровней кортизола и сахара крови. У больных контрольной группы, у которых ВГЭА не применялась, средний уровень кортизола крови превышал показатели пациентов основной группы: во время стернотомии в 1,2 раза ($766,9 \pm 16,7$ нмоль/л против $638,3 \pm 18,3$ нмоль/л), после начала ИК в 1,03 раза ($678,4 \pm 15,6$ нмоль/л против $658,4 \pm 17,8$ нмоль/л), после окончания ИК в 1,3 раза ($1470,1 \pm 21,3$ нмоль/л против $1176,8 \pm 18,5$ нмоль/л), а через 24 часа после окончания операции в 1,2 раза ($1532,5 \pm 18,4$ нмоль/л против $1263,8 \pm 19,6$ нмоль/л). Заключение: Применение высокой грудной эпидуральной анестезии, как компонента сочетанной анестезии и метода послеоперационного обезболивания, способствует снижению стресс-ответа на хирургическую агрессию при АКШ с использованием ИК и без него.

1110. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛИГИРОВАНИЯ ЧРЕССФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

*Хомочкин В.В., Маскин С.С., Перов Ю.В.,
Хомочкина Н.В., Ерофицкая В.В.*

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Большинство методик, применяе-

мых при хирургическом лечении параректальных свищей, отличаются агрессивным отношением к мышечным структурам запирающего аппарата прямой кишки, что чревато нарушением континентальной функции последнего (14-30%). Рецидивы после иссечения чрессфинктерных свищей достигают 9-40%. Процедура LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract) (2007) подразумевает максимально щадящее отношение к мышечным волокнам и предупреждает развитие анальной инконтиненции. Целью исследования было улучшение результатов хирургического лечения хронического парапроктита, предупреждение риска развития нарушений запирающей функции прямой кишки. Материал и методы. С декабря 2014 года по декабрь 2016 года методика LIFT использована у 29 пациентов с чрессфинктерными параректальными свищами (основная группа), из них мужчин - 19, женщин - 10 в возрасте от 27 до 65 лет. Внутреннее отверстие свища у 20 пациентов располагалось по задней полуокружности анального канала, у 9 - по передней. Во всех случаях применялось общее обезболивание. В 10 случаях после выделения свищевого хода в межсфинктерном пространстве выполнено лигирование, пересечение свища с обработкой дистальной части свищевого хода. У 19 пациентов свищевой ход лигировался дважды и пересекался, дистальная часть свища иссекалась вместе с наружным отверстием. Дефект наружного жома, образовавшийся после удаления свища, ушивали из перианальной раны синтетической рассасывающейся нитью одним – двумя швами. В контрольную группу включено 30 пациентов, которым выполнялось иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дефекта сфинктера. Полученные результаты. В основной группе у 20 пациентов (69%) наступило выздоровление, в 9 случаях возникли осложнения (31%), среди которых у 1 пациента (5,5%) развился подслизистый парапроктит (выполнено вскрытие гнояника в просвет кишки с последующим выздоровлением). У 8 пациентов ($27,6 \pm 5,0\%$) возникли рецидивы свища, однако «полный» рецидив отмечен только у 2 больных ($6,8 \pm 1,2\%$), которым выполнена фистулотомия. А у 6 пациентов ($20,6 \pm 3,7\%$) сформировался интрафинктерный свищ, по поводу которого вторым этапом под местным обезболиванием выполнено рассечение свища в просвет кишки с последующим выздоровлением. Послеоперационной инконтиненции не было выявлено. В контрольной группе «полный» рецидив свища развился у 9 пациентов ($30,0 \pm 5,4\%$) ($t=4,22$).



1111. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

*Ярцев П.А., Лебедев А.Г.,
Македонская Т.П., Шаврина Н.В*

Москва
НИИ СП им.Н. В. Склифосовского

Материалы и методы: за период с 2010 по 2015 года в НИИ СП было пролечено 579 пациентов с различными острыми заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости, осложненными перитонитом. Наибольшее количество пациентов было с острым аппендицитом – 206 (35,6%), с перфоративной язвой желудка и 12п кишки – 130 (22,5%), с нарушением мезентериального кровообращения – 47 (8,1%), с панкреонекрозом – 25 (4,3%), с ЖКБ – 18 (3,1%), с ЗТЖ (в том числе и СТ) – 17 (2,9%), с перфорацией дивертикула толстой кишки – 22 (3,8%), с обтурационной толстокишечной непроходимостью – 13 (2,2%), с послеоперационным перитонитом – 9 (1,6%), с открытыми повреждениями брюшной полости (колото-резаные и огнестрельные ранения – 5 (0,9%), со спаечной кишечной непроходимостью – 2 (0,3%), с ущемленной грыжей – 2 (0,3%), с различными заболеваниями органов бр. полости: асцит-перитонит, воспалительные заболевания кишечника, перфорация ЖКТ инородным телом, дислокация стомических дренажей, ятрогения и т.д. – 83 (14,3%). Местный перитонит диагностирован у 243 пациентов (42%): из них неотграниченный у 51 (21%), отграниченный у 192 пациентов (79%). Распространенные формы перитонита были диагностированы у 336 (58%) пациентов: из них у 271 пациентов (80,6%) разлитой, у 65 (19,4%) диффузный (В.С. Савельев, 2011). Тактику оперативного лечения определяли в зависимости от количества баллов по DEP-классификации, разработанной в институте (Патент №2465810 от 10.11.2012). D (dissimination) - распространенность экссудата (1-6, 1 балл – 1 область), E (exudation) - экссудат (серозный, инъекция сосудов брюшины, фибрина нет или легко снимается – 1 балл; гнойный, брюшина блестящая, фибрина нет – 2 балла; гнойный, брюшина тусклая, плотные пленки фибрина удаляются – 3 балла; ихорозный, массивные наложения фибрина не снимаются – 4 балла), P (paresis of peristalsis) – парез кишечника - диаметр кишечных петель 1,5-2,0см, перистальтика активная – 1 балл; 2,0-3,0 см – перистальтика ослаблена, активно прослеживается на некоторых участках – 2 балла; 3,0-4,0 см, перистальтика отсутствует или есть на некоторых участках – 3 балла; >4,0см, перистальтика отсутствует – 4 балла. Лапароскопический доступ использовался при DEP

1112. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Белик Б.М. (1), Ефанов С.Ю. (1), Суярко В.А. (1,2),
Мареев Д.В. (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»

Цель работы: оценить клиническую эффективность применения внутривенных инфузий озонированных растворов в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита (РГП). Материал и методы. В исследование включены 229 больных с РГП, у которых имелись признаки абдоминального сепсиса и эндотоксикоза. У всех пациентов хирургическое пособие и комплексная интенсивная терапия в периоперационном периоде осуществлялись в полном объеме. По принципу подхода к лечению в раннем послеоперационном периоде все больные были разделены на две группы. У 170 пациентов (I группа) в послеоперационном периоде проводилась традиционная внутривенная (интракавальная) инфузионная терапия посредством катетеризации подключичной вены в соответствии с общепринятыми стандартами. У 59 больных (II группа) во время операции выполняли трансумбиликальную катетеризацию воротной вены, а в раннем послеоперационном периоде наряду с традиционной инфузионной терапией с целью уменьшения выраженности эндотоксикоза и коррекции дисфункции печени применяли внутривенную инфузионную терапию (ВПИТ) с использованием озонированных растворов. В состав ВПИТ помимо традиционных инфузионных сред включали озонированный раствор перфторана (1-2-е сутки) и озонированный изотонический раствор хлорида натрия (3-5-е сутки) в суточной дозе 2 – 2,5 мг/кг массы тела больного с концентрацией озона в диапазоне от 0,8 до 1,5 мг/л. Озононасыщенные растворы для интрапортальной инфузии получали путем их барбитажа озono-кислородной смесью в озонаторе «Медозонс БМ». Суточный объем ВПИТ составлял 3000 - 3800 мл (45-55 мл/кг массы тела больного). При этом соотношение суточных объемов ВПИТ и внутривенной интракавальной инфузии составляло 2:1. В сравнительном аспекте у больных в динамике лечения исследовали параметры эндотоксикоза (лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), концентрация в плаз-



1113. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Натрошвили И.Г.

Кисловодск

ГБУЗ СК "Кисловодская ГБ", кафедра хирургии
и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии
и ангиологии ФГБОУ ВО СтГМУ

ме крови среднемолекулярных пептидов (СМП), содержание в сыворотке крови мочевины, креатинина, миоглобина), выраженность системной воспалительной реакции (СВР) (уровень лейкоцитоза, концентрация в сыворотке крови белков острой фазы воспаления – С-реактивного белка (СРБ) и фибриногена), а также функциональное состояние печени (содержание в крови билирубина, общего белка, альбуминов, активность аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) трансаминаз). Результаты. У пациентов II группы в условиях проведения ВПИТ с использованием озонированных растворов в ранние сроки после операции показатели СВР и эндотоксикоза были достоверно ниже по сравнению с аналогичными величинами в I группе. Эти отличия между группами выявлялись уже со 2-3-х суток после операции и в последующие сроки наблюдения сохраняли такую же направленность. К 5-м суткам после операции у пациентов II группы отмечалось уменьшение величины ЛИИ в 2 раза, лейкоцитоза - на $44,6\pm 7,5\%$, содержания в сыворотке крови СРБ - на $33,5\pm 7,0\%$, фибриногена - на $23,4\pm 6,2\%$, миоглобина – на $39,5\pm 7,2\%$, мочевины - на $41,8\pm 7,0\%$, креатинина – на $22,5\pm 6,1\%$ и концентрации СМП в плазме крови - на $61,7\pm 9,4\%$ по сравнению с аналогичными значениями в I группе больных. При этом у больных II группы отмечалась более отчетливая тенденция к восстановлению метаболической функции печени по сравнению с I группой больных. Так, к 5-м суткам после операции у пациентов II группы концентрация общего билирубина была ниже на $39,8\pm 7,7\%$, содержание в сыворотке крови АЛТ – на $65,5\pm 18,4\%$, АСТ – на $36,6\pm 5,9\%$, тогда как уровень общего белка был выше на $13,2\pm 5,3\%$ и содержание альбуминов – на $12,4\pm 6,5\%$ по сравнению с аналогичными величинами у больных I группы. Послеоперационная летальность составила в I группе 24,7% (умерли 42 пациента), во II группе - 16,9% (умерли 10 больных), то есть меньше на 7,8%. Выводы. Применение ВПИТ с использованием озонированных растворов в комплексном лечении РГП способствует реабилитации функциональной недостаточности печени, существенно уменьшает тяжесть эндотоксикоза и выраженность СВР, что приводит к улучшению результатов хирургического лечения этой категории больных.

Сочетание острого холецистита и холедохолитиаза, по данным литературы, составляет от 5 до 15%, некоторые авторы приводят и другие цифры – до 30% и более. Выявление холедохолитиаза сопряжено с определенными трудностями, особенно в условиях ургентной хирургической помощи. Материалы и методы. В ходе выполнения мультицентрового ретроспективного когортного исследования в 8 стационарах четырех городов Российской Федерации (г. Москва, г. Екатеринбург, г. Волгоград и г. Кисловодск) были проанализированы истории болезни 754 пациентов, оперированных по поводу острого холецистита различной тяжести. Во время предоперационного обследования билирубин крови был определен у 714 (94,7%) больных, трансабдоминальное УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны выполнено 671 (89,0%) пациенту, эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) – 7. Интраоперационную холангиографию (ИОХ) выполнили 195 больным (25,9%).

Результаты. Сочетание острого холецистита и патологии желчных протоков имелось у 107 (14,2%) пациентов. Частота выявленной билирубинемии в различных стационарах была от 16,7 до 36,4%, при этом имелись статистически значимые различия в уровнях общего билирубина в различных стационарах, а также, закономерно, в группах больных с наличием и отсутствием протоковой патологии. При УЗИ расширение общего желчного протока свыше 7 мм было выявлено у 109 пациентов (17,4% больных с описанием этого параметра в протоколах исследования), а признаки холедохолитиаза – у 16 человек (2,6%). ЭУС была выполнена 7 больным с подозрением на патологические изменения желчевыводящих путей, холедохолитиаз ни в одном случае выявлен не был. При выполнении интраоперационной холангиографии признаки холедохолитиаза были выявлены у 45 (23,1%) пациентов. Всего холедохолитиаз был диагностирован у 92 (12,2%) больных, причем частота его выявления варьировала от 1,6 до 20,9% в различных стационарах. Наибольшая частота холедохолитиаза отмечена в стационаре, где рутинно



выполняется ИОХ.

Выводы. Данные, полученные в ходе мультицентрового исследования свидетельствуют о значительных различиях в частоте выявления холедохолитиаза у больных острым холециститом в различных стационарах нашей страны. Столь широкий разброс частоты холангиолитиаза, вероятнее всего, связан не только с различиями в контингентах больных, но и с подходами к диагностическому поиску, разрешающей способностью используемых методов диагностики. По нашему мнению, ввиду отсутствия повсеместной возможности выполнения современной неинвазивной дооперационной диагностики холедохолитиаза (МРТ-холангиографии), целесообразно шире применять интраоперационную холангиографию.

1114. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИСХОДЯЩЕЙ ТОЛСТОЙ, СИГМОВИДНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Борта К. Е.

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет им И. И. Мечникова"

Актуальность. Заболевания дистальных отделов толстой кишки занимают одно из первых мест по частоте встречаемости, уступая лишь сердечно-сосудистым катастрофам, травмам и хроническим гастритам. Несмотря на бурное технологическое развитие оперативные вмешательства в этой области до сих пор остаются весьма травматичными, требующими длительной адаптации в послеоперационном периоде. Послеоперационные осложнения не всегда возникают по причине дефектов работы хирурга, как в последнее время предпочитают считать СМИ, но и из-за травматичности проведения оперативных вмешательств, особенностей кровоснабжения оперируемого органа, несоблюдения режима больными, обменных нарушений, латентно протекающих хронических заболеваний. Целью настоящего исследования явилось изучение итогов лапароскопических вмешательств на дистальных отделах толстой кишки. Материалы и методы. В основу работы лег анализ исходов лапароскопических вмешательств на дистальных отделах толстой кишки, проведенных в ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России в 2014-2016 гг. Всего было прооперировано 36 больных в возрасте от 29 до 84

лет, из них 28 пациентов по поводу раковых опухолей (77,7%), 5 пациентов (13,9%) – дивертикулеза сигмовидной и нисходящей ободочной кишки, 1 пациент (2,8%) – по поводу долихомегаколон, 1 (2,8%) – по поводу инвагинационной кишечной непроходимости и 1 (2,8%) – по поводу постлучевого сигмоидита, вызвавшего острую кишечную непроходимость (лучевая терапия проводилась пациенту с множественными метастазами опухолями мягких тканей подвздошной области и верхней доли левого легкого). Симультанные операции проводились у 3 пациентов: в 2 случаях была выполнена резекция почки открытым доступом по поводу почечно-клеточной карциномы, в 1 случае – экстирпация желудка по поводу перстневидно-клеточного рака тела желудка. Наиболее часто встречающимися сопутствующими патологиями являлись: хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит, желчнокаменная болезнь, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Результаты. Лапароскопическим доступом были выполнены: резекция прямой кишки в 7 случаях (19,4%), экстирпация прямой кишки в 4 случаях (11,2%), резекция сигмовидной кишки – в 18 случаях (50%), левосторонняя гемиколэктомия – в 7 случаях (19,4%). Подавляющее число пациентов – больные онкологического профиля. В 2 случаях (5,5%) операции проводились пациентам с отдаленными метастазами (у 1 пациента – метастаз в печень, у 1 пациентки – метастаз в маточную трубу и канцероматоз брюшины). Пациенты с дивертикулезом оперировались только в случаях резкого снижения качества жизни. За исследуемый период времени было выявлено 6 пациентов (16,7%) с осложнениями в раннем послеоперационном периоде: у 3 пациентов (8,3%) была диагностирована несостоятельность трансверзосигмоанастомоза (1 случай) и колоректального анастомоза (2 случая), у 1 пациента (2,8%) – ранняя спаечная кишечная непроходимость, у 1 пациента (2,8%) – разрыв слизистой оболочки анального канала, у 1 пациента (2,8%) – параколостомический абсцесс. Осложнения проявляли себя на 2-6 сутки после первичного оперативного вмешательства. В связи с этим были выполнены: операция Гартмана – 3 случая, ревизия брюшной полости – 2 случая и ушивание слизистой анального канала. Выписка пациентов без осложнений производилась на 7 ± 1 сутки, с осложнениями – в зависимости от дальнейшего течения послеоперационного периода, на 12 ± 1 сутки. За все время наблюдения летальных случаев зарегистрировано не было.

Выводы. При лапароскопических вмешательствах на нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишке ранние послеоперационные осложнения наблюдались в 16,7% случаев (6 пациентов). Стоит отметить, что даже пациенты с развившимися



ся послеоперационными осложнениями выписывались в довольно ранние сроки. Лапароскопический доступ является одним из перспективных в настоящее время, так как позволяет снизить риск развития смертельных осложнений в связи с его меньшей травматичностью, меньшей вероятностью инфицирования и меньшим воздействием на серозную оболочку кишки.

1115. ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕН-ХИТОЗАНОВОЙ ПЛАСТИНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Чайкин Д.А.(2), Черданцев Д.В.(1), Пирова А.Ш.(1)

Красноярск

1)ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России 2)КГБУЗ «Краевая клиническая больница» Красноярск

Актуальность проблемы: В мире ежегодно выполняется около 20 миллионов операций по поводу грыж, что составляет 10—15% от всего числа общехирургических вмешательств. Исследования последних лет показали, что одна из главных причин развития грыжи – это врожденная дисплазия соединительной ткани, которая заключается в низком количественном соотношении незрелого коллагена I типа и зрелого коллагена III типа. В настоящее время общепризнанной операцией является безнатяжная пластика, разработанная I. Lichtenstein, предполагающая использование различных имплантатов для ликвидации грыжевого дефекта. Учитывая полученные данные о патогенезе грыж, ведется работа над созданием «идеального» протеза, который сможет стимулировать коллагеногенез. Цель: Улучшить результаты хирургического лечения больных паховыми грыжами. Материалы и методы: Проведен анализ хирургического лечения 90 больных. Больным 1 группы (n=30) была выполнена герниопластика по Лихтенштейну, больным 2 группы (n=30) – лапароскопическая герниопластика, больным 3 группы (n=30) – лапароскопическая герниопластика с применением композитного эндопротеза оригинальной конструкции (полипропиленовая сетка и коллаген-хитозановая пластина). Средняя продолжительность операции у больных первой группы составила 44,5±3,4 минуты, второй группы - 24,5±5,7 минуты, третьей – 26,9±4,7 минут. Наименьшая длительность пребывания в стационаре зафиксирована у пациентов 3 группы – 1,2±0,7 дней, в сравнении с 1 группой - 5,7±0,8 дней и 2 группой - 1,4±0,4 дней (p=0,012). При оценке воспалительной реакции

на хирургическое вмешательство в трех группах в первые сутки отмечалось незначительное повышение температуры тела, содержания лейкоцитов в периферической крови и С-реактивного белка вследствие нормальной реакции организма на операцию, на седьмые сутки показатели возвращались к нормальным значениям. На УЗИ у всех пациентов определялся воспалительный инфильтрат, больше всего гематом диагностировано у пациентов 1 группы 11 (36,7%), во 2 группе – 7 (23,3%), в 3 группе – 4 (13,3%). Толщина воспалительного инфильтрата, отражающая реакцию тканей на эндопротез, в первые сутки после операции составила, в среднем, 1,6±0,4 см, при этом не выявлено достоверных различий между группами (p>0,05). На седьмые сутки толщина воспалительного инфильтрата у больных 3 группы была минимальной (0,6±0,3 см), в сравнении с пациентами 1 и 2 группы (1,2±0,4). При этом у больных 3 группы получена наиболее благоприятная динамика, уменьшение толщины инфильтрата, в среднем, на 1,0 см.

1116. ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Рустамов Э.Г., Рустамов Г.А.

Баку

Центральная больница моряков Каспийского Пароходства

Частота поражений поджелудочной железы при желчнокаменной болезни по данным различных авторов колеблется в пределах от 24 до 70% и занимает второе место после острого аппендицита среди экстренно госпитализированных. В развитии билиарного панкреатита главную роль играют протоковая гипертензия и является одной из важнейших проблем экстренной хирургии. Оптимальный способ и время проведения различных вмешательств для лечения пациентов с желчнокаменной болезнью и острым билиарным панкреатитом остается спорным и окончательно нерешенным. Ретроспективный анализ данных 7514 больных оперированных по поводу желчнокаменной болезни (из них 230 больных в сочетании с панкреатитом) позволило нам сделать следующие выводы: - у большинства пациентов отмечаются относительно благополучное течение отечной формы панкреатита, но у 15% -20% больных наблюдаются деструктивные формы заболевания. Тяжелые деструктивные формы панкреатита сопровождались наличием полиорганной недо-



статочности, сохраняющийся в среднем до 48 часов; - разработаны критерии выбора больных для проведения консервативной терапии, время проведения лапароскопической холецистэктомии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХП) и сфинктеротомии, открытые вмешательства с некрэктомией; комбинации всех или некоторых из выше представленных опций. Современные методы для неинвазивной визуализации протоков, такие как эндоскопическое УЗИ (EUS) и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (MRCP) позволяет с высокой точностью выявить внутрипротоковые камни. Чувствительность и специфичность этих методов для обнаружения камней общего желчного протока очень высока. Однако при диагностике камней диаметром менее 5 мм чувствительность MRCP уменьшается до 65%, в то время как чувствительность EUS не меняется в зависимости от размера камня. Это особенно важно, так как мелкие камни являются частой причиной билиарного панкреатита. У большинства больных с билиарными панкреатитами обусловленной холедохолитиазом имеют место спонтанного прохождения камней в двенадцатиперстную кишку, что позволяет избежать выполнения дополнительного, ненужного ЭРХП и тем самым уменьшая возможные осложнения связанные с этим вмешательством. Сроки проведения лапароскопической холецистэктомии у больных с отечными формами билиарного панкреатита считаем целесообразным в ближайшие 48 часов от начала приступа заболеваний. Наши данные демонстрируют, что пневмоперитонеум с использованием углекислого газа создает временный искусственный абдоминальный "ком-партмент-синдром", что способствует уменьшению отека, снижению воспаления поджелудочной железы и ослаблению показателей системного воспалительного ответа на острый процесс. Эти данные коррелируются ультразвуковыми исследованиями, демонстрирующий значительное уменьшение отечности поджелудочной железы после лапароскопической холецистэктомии. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что пневмоперитонеум играет решающую роль в лечении пациентов, перенесшие лапароскопическую холецистэктомию при желчнокаменной болезни сочетанными с билиарными отечными формами острого панкреатита.

1117. К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гучашева И.А., Петров В.Г., Мелехин Е.В.

Тюмень

ГАУЗ ТО «Консультативно-диагностический центр "Эндос"»

Цель: Оценить эффективность применения различных малоинвазивных методик: этаноловая деструкция, лазериндуцированная термотерапия, комбинации этих методик при лечении доброкачественных кистозно – коллоидных узлов щитовидной железы по динамике изменения объёма узловых образований. Методы: За период с 2012–2016 гг. в ГАУЗ ТО «КДЦ «Эндос» пролечено 1026 пациентов с кистозно-коллоидными узлами щитовидной железы. Лазериндуцированная термотерапия выполнена 777 пациентам, этаноловая деструкция–147 пациентам, комбинация этих методик – 102 пациентам. Средний возраст пациентов–54,6±2,3 года. ЛИТТ выполнялась аппаратом "Лахта-милон" 1060/90. Средняя мощность луча составила 2,7±0,4Вт, длина волны–1060нМ. Для автоматизации работы врача-эндокринолога было разработано автоматизированное рабочее место. Автоматизированное рабочее место разработано в среде программирования Borland Delphi 7. В качестве сервера базы данных выбран сервер Firebird2.5, архитектура базы данных разрабатывалась в GUI-оболочке IVExpert. Автоматизированное рабочее место позволяет экспортировать данные в файл формата *.xls для дальнейшей обработки данных в статистическом пакете SPSS for Windows.

Результаты: После расчетов получено, что перенесшие (объем узла до проведения малоинвазивных методики, через 3 и через 6 месяцев) не подчиняются нормальному закону распределения на уровне значимости $p<0,001$). Вероятнее всего, это связано с тем, что основная доля уменьшения объема этих узлов связана с удалением жидкостного компонента при первой процедуры, дальнейшие склеротические процессы имеют малое значение. Тем не менее, увеличение объема узлов в этот период не отмечается. Статистически значимой разницы изменения объема узлов в зависимости от пола и возраста пациентов нами не обнаружено. Выводы: На большом клиническом материале нами показано, что применение миниинвазивных методик при лечении кистозно-коллоидных узловых образований щитовидной железы является



эффективным и позволяет с высокой достоверностью добиться уменьшения их объема.

1118. ТРАНСТУМОРАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В., Симонян О.А., Косаченко М.В., Гавашелашвили Н.О.

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

До сих пор отмечается противоречивость в хирургической тактике на высоте обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТКН). Некоторые исследователи рекомендуют многоэтапные операции с предварительной колостомией, коррекцией гомеостаза и последующей радикальной операцией. Другие авторы рекомендуют применять первично радикальные вмешательства при ОТКН. Тяжесть состояния больных, выраженное растяжение проксимальных отделов кишки объективно вынуждают хирургов выполнять этапные оперативные вмешательства. При этом, приоритетным обстоятельством является устранение ОТКН, а проблемам абластики экстренного оперативного вмешательства, как правило, уделяется недостаточное внимание. Колоректальные, саморасправляющиеся стенты открыли новые возможности лечения ОТКН. Транстуморальное стентирование - это минимально инвазивная процедура, которая снижает потребность в колостомии, улучшает качество жизни больного, и может быть использована в качестве первого этапа подготовки больных к радикальному лечению. Цель исследования: определить роль и место транстуморального стентирования ободочной кишки в этапном лечении острой толстокишечной непроходимости. Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты лечения 154 больных (2011-2016г) от 43 до 92 лет со злокачественными новообразованиями левой половины ободочной кишки II-IV стадий осложненными ОТКН. Средний возраст пациентов составил $63,7 \pm 6,9$ лет. Больных распределили на 4 группы. В I группу включили 40 (25,9%) больных, у которых выполнили условно радикальную операцию (операция типа Гартмана). Во II группу вошли 48 (31,2%) пациентов, которым провели паллиативную операцию - наружную декомпрессию (колостомия, илеостомия) из срединной лапаротомии. III группа объединила 32 (20,8%) пациента, у которых на первом этапе хирургического лече-

ния ОТКН была выполнена наружная декомпрессия из мини доступа. В IV группу вошли 34 (22,1%) больных, у которых ОТКН была разрешена эндоскопической декомпрессией - транстуморальным стентированием. У больных этой группы были использованы саморасширяющиеся сетчатые стенты (self-expanding metallic stents - SEMS), которые вводили в просвет ободочной кишки с помощью эндоскопа под рентгенологическим контролем. Результаты и обсуждение. Как известно, тяжесть состояния при поступлении пострадавших вносит значительный вклад в частоту летальных исходов. Больные относились к категориям средне тяжелых, тяжелых и крайне тяжелых (средняя оценка тяжести состояния по шкале APACHE II $15,8 \pm 7,4$ балла). При левосторонней ОТКН в стадии компенсации и субкомпенсации кишечной непроходимости, при величине APACHE II менее 15 баллов 40 больным (27,3%) I группы выполнена условно-радикальная операция Гартмана. У 46 больных (29,9%) II группы клиническая картина ОТКН была манифестирована тонко-толстокишечной непроходимостью, в результате больные были подвергнуты срединной лапаротомии, колостомии или илеостомии (8 б-х). Опухоль не удаляли из-за распространенности процесса и в связи с тяжестью состояния (APACHE II более 18 и более баллов). Субтотальная колэктомия с первичным тонкотолстокишечным анастомозом выполнена 3 больным при ОТКН в стадии субкомпенсации (APACHE II менее 15 баллов), при резком супрастенотическом расширении кишечной стенки. 32 (20,8%) больным III группы с тяжестью состояния по APACHE II более 15 баллов в стадии суб- и декомпенсации кишечной непроходимости провели наружную декомпрессию из мини доступа - колостомию и илеостомию и у 34 (22,0%) больных IV группы с разной степенью кишечной непроходимости ОТКН была разрешена эндоскопической декомпрессией-транстуморальным стентированием. В результате проведенного анализа выявлены различия в течение послеоперационного периода у больных, у которых был выполнен разный объем хирургического вмешательства для разрешения ОТКН. Пожилой возраст, мультиморбидность пациентов, нарушения обменных процессов, белковая недостаточность, агрессивный операционный доступ у больных I и II групп приводили к декомпенсации сердечно-легочной деятельности, что и обуславливало высокую частоту послеоперационных осложнений и летальности. Восстановительные операции 29 выжившим больным I группы с целью устранения концевой стомы традиционно рекомендованы через 4-6 месяцев. Из 19 выживших больных II группы только 5 после метаболической подготовки были оперированы через 3-4 недели после первой операции. Остальным 15 больным было рекомен-



довано оперативное лечение в условиях специализированных стационаров. Через 2–4 недели в III группе без выписки больных из стационара радикальные операции выполнили у 12 пациентов. Эндоскопическая декомпрессия ободочной кишки – трансмуральное стентирование (без операции, без эндотрахеального наркоза) у больных IV группы способствовала разрешению ОТКН в течение ближайших 3-5 час, а через 6–8 час больные вставали и могли пить и принимать жидкую пищу. Трансмуральное стентирование обеспечивает возможность проведения метаболической подготовки к радикальной операции (через 5-7 дней). Из 34 больных IV группы 16 больным после разрешения ОТКН и подготовки (APACHEII

1119. ВРОСШИЙ НОГОТЬ СТОПЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ХИРУРГА

*Товаченков В.И., Халилов М.А., Шевердин Н.Н.,
Бороин А.А.*

Орел

Орловский государственный университет

Предложено множество методик оперативных вмешательств. Вероятность рецидива при этом достаточно велика, доходит от 10 до 70%. Продолжается совершенствование методик оперативного лечения. Нами разработан способ операции при вросшем ногте первого пальца стопы (патент №2568346). Выполняется резекция ногтевой пластинки, удаление гипергрануляций и ростковой зоны резецируемой части ногтевой пластинки. На околоногтевом валике со стороны поражения иссекается кожно-жировой лоскут в виде трехгранной пирамиды. Первый разрез выполняется параллельно краю ногтевого валика, отступив от него на 5-6 мм. Протяженность разреза от основания ногтевой пластинки до конца валика. Вторым разрезом проводится под углом к первому из верхней точки в дистальном направлении так, что вросший ноготь пальца стопы в большинстве случаев является показанием к операции. В ходе лечения выделяем три стадии в течении заболевания. 1 стадия характеризуется болью в области врастания ногтевой пластинки в кожный валик и его гипертрофию. Для 2 стадии характерно появление гипергрануляций. При 3 стадии присоединяются воспалительные изменения за пределами околоногтевого валика или в глубоко лежащих структурах. Предрасполагающими факторами для врастания ногтевой пластинки являются: деформация пальцев стопы, плоскостопие, травматизация ногтя, грибковое поражение, гипергидроз стоп. Пусковым моментом в развитии заболевания в большинстве

случаев выступает короткое подрезание ногтевой пластинки, особенно в области латерального валика. бы на конце валика расстояние между разрезами составляло 7 мм. Затем в дистальной части ногтевой фаланги выполняется третий разрез, соединяющий нижние точки медиального и латерального разрезов и продолжающийся до ложа ногтевой пластинки. Удаляется кожно-жировой лоскут бокового валика в виде пирамиды. При ушивании узловыми швами боковой раны околоногтевой валик смещается латерально. Тем самым достигается увеличение площади ногтевого ложа и минимизируется возможность рецидива заболевания. Проанализированы результаты лечения 58 пациентов с вросшим ногтем первого пальца стопы, прооперированных в Свердловской ЦРБ Орловской области. У 21 больного выполнена операция Бартлетта, 37 оперированы по собственной методике. В первой группе рецидив заболевания отмечен в 18% случаев, во второй – 6%. Таким образом, разработанный способ операции при вросшем ногте первого пальца стопы улучшает результаты лечения, снижает вероятность рецидива, не требует применения специального оборудования, является патогенетически обоснованным.

1120. ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОФЛОРУ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

*Шин Е.Ф. (1), Елисеенко В.И. (1),
Дуванский В.А. (1,2)*

Москва

1) ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА», 2) РУДН

Цель исследования: изучить влияние фотодинамической терапии (ФДТ) с микрокапсулированной формой фотодитазина, комплексированного с амфифильными полимерами с гидроксипатитом, на микрофлору экспериментальных огнестрельных ран. Материал и методы: проведен эксперимент на 70 нелинейных крысах. Животные были разделены на четыре группы. В контрольной применяли антисептики. В 1-й опытной ФДТ с 0,5% водным раствором фотодитазина. Во 2-й ФДТ с 0,5% фотодитазина, комплексированным с амфифильными полимерами, в форме геля. В 3-й ФДТ с микрокапсулированной формой 0,1% фотодитазина, комплексированного с амфифильными полимерами и гидроксипатитом, в виде геля. Использовали параметры (1 Вт/см², 50 Дж/см²) (аппарат «АКТУС-2», длина волны излучения 661±0,03 нм). Полученные результаты: до лечения отмечали



микробную обсемененность 1×10^9 - 10 КОЕ/1мл раневого отделяемого. В контрольной группе на десятые сутки на уровне 1×10^7 КОЕ/1мл. В 1 группе на 5-е сутки 1×10^6 КОЕ /1 мл, а на десятые сутки - не выше 1×10^5 КОЕ/1 мл. Во 2 и 3 группах, наблюдалось более выраженное снижение микробной обсемененности, так на 3-и сутки - 1×10^6 КОЕ, с четкой тенденцией к снижению уровня на 5 сутки наблюдений до 1×10^5 КОЕ/1 мл и на 10-е сутки составляя не выше 1×10^4 КОЕ/1 мл. Выводы: фотодинамическая терапия с микрокапсулированной формой фотодитазина, комплексированного с амфифильными полимерами и гидроксипатитом оказывает выраженное антимикробное действие, способствует быстрому снижению микробной обсемененности раневой поверхности на 5 сутки лечения до 1×10^5 КОЕ/1 мл, что ниже критического уровня.

1121. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОКСИТОЦИНА В КОМБИНАЦИИ С АНТИБИОТИКАМИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Курлаев П.П.

Оренбург

ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный
медицинский университет" МЗ РФ

Актуальность проблемы гнойной инфекции в хирургии обусловлена снижением эффективности проводимой антибактериальной терапии, изменением этиологической структуры и клинической картины заболеваний, с тенденцией к вялотекущему их течению, что связано с трансформацией биологических свойств возбудителей с одной стороны (приобретение устойчивости к антибиотикам, способность секретировать вещества деградирующие факторы естественной резистентности человека, образовывать биопленки) и снижением защитных механизмов макроорганизма с другой стороны. Регуляция биологических свойств гноеродных патогенов возможна за счет применения различных лекарственных препаратов и физических факторов, которые могут действовать разнонаправлено на эти характеристики бактерий. В проведенных нами ранее исследованиях выявлена способность окситоцина – гормона задней доли гипофиза, потенцировать противомикробный эффект многих антибиотиков в отношении различной микрофлоры, снижать возможность микроорганизмов разрушать защитные барьеры человека: лизоцим, комплемент, интерферон, иммуноглобулины и об-

разовывать биопленки. Целью настоящей работы явилась оценка эффективности местного применения окситоцина в сочетании с антибиотиками при лечении гнойных заболеваний мягких тканей. Для достижения поставленной цели был произведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с гнойными заболеваниями мягких тканей, находившихся на лечении в НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Оренбург» ОАО РЖД в период с 1981 по 2016 г. Лечение пациентов осуществлялось закрытым способом через минимальный разрез-прокол с эвакуацией гноя, ревизией полости зажимом, ее промыванием и введением выбранной комбинации антибиотика с окситоцином или только антибиотика (сравниваемая группа). Промывание полости и введение препаратов осуществлялось ежедневно до прекращения выделения экссудата или уменьшения его количества до 2-3 мл. В качестве критериев эффективности были выбраны следующие показатели: сроки нормализации температуры тела, прекращение высеваемости микрофлоры и выделения экссудата, продолжительность терапии. Разработанный метод лечения применен у 681 пациента с нагноениями после инъекций (сравниваемая группа - 60 человек), у 311 женщин с острым гнойным лактационным абсцедирующим маститом (сравниваемая группа – 18 человек), у 142 больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом – с целью предоперационной санации гнойного очага, при абсцедирующих фурункулах – 49 больных, гидраденитах – 53 человека, лимфаденитах – 42 человека, банальных абсцессах – 112 пациентов. В основной группе больных температура тела нормализовалась в первые 3 дня в 86-90% наблюдений, в тоже время в сравниваемой группе она становилась нормальной только в половине случаев. В эти сроки прекращалось выделение экссудата в 70 и 50%, бактериологические посевы не давали роста микрофлоры в 62-70 и 37-40%, соответственно. Выздоровление наступало в основной группе через 4-7 дней и через 8-10 дней в группе сравнения. После проведенного лечения пациенты не нуждались в этапе поликлинического долечивания. Повторные обращения отмечены в 2-4% наблюдений в основной группе и в 13-14% - в сравниваемой. Таким образом, местное лечение гнойных заболеваний мягких тканей с введением комбинации антибиотика и окситоцина позволяет добиваться выздоровления пациентов в максимально короткие сроки с хорошим косметическим результатом. Разработанный метод лечения не получил должного распространения. Сдерживающим фактором, по-видимому, является неуверенность хирурга в достаточности санации гнойного очага из-за отсутствия визуального контроля. Вероятно, применение ультразвуковой навигации



расширит показания для закрытых методов лечения гнойных процессов и придаст большей уверенности хирургам при переходе в практической деятельности от открытых методов курации к закрытым.

1122. ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТРАДАВШИХ ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

*Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н.,
Прядко А.С., Алиев А.К.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова»

В клинике накоплен опыт обследования и лечения 269 пострадавших с различными вариантами ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЯПЖП), полученными во время операций на органах гастробилиодуоденальной зоны в стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области, которые впоследствии поступили в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова ВМедА, и на ее клиническую базу в хирургическое отделение Ленинградской областной клинической больницы. Появление современных классификационных подходов позволили отобрать 66 пациентов с ЯПЖП, полученными во время холецистэктомии в период с 2005 по 2017 гг., и провести детальный анализ результатов их обследования и лечения. Для характеристики ЯПЖП у пострадавших руководствовались классификацией «АТОМ» (2011,2013). Полученные нами данные свидетельствуют, что формирование билиобилиарного анастомоза (ББА) при ЯПЖП, выявленных во время операции, не оправдано в связи с его полным рубцеванием в послеоперационном периоде, что подтверждается результатами других исследований. Нами установлено, что выполнение наружного дренирования общего желчного протока (ОЖП) как первого этапа лечения при узком диаметре ОЖП, высоком операционно-анестезиологическом риске (ASA-4) исключает риск грозных осложнений и позволяет выполнить успешную реконструктивно-восстановительную операцию через 3,5±1,2 месяца с хорошими отдаленными результатами, что вполне согласуется с результатами других авторов. Анализ результатов хирургического лечения пострадавших с ЯПЖП, выявленными в послеоперационном периоде, свидетельствует, что формирование ББА при ЯПЖП нецелесообраз-

но в связи с его полным рубцеванием в послеоперационном периоде. Выполнение наружного дренирования ОЖП как первого этапа лечения при наличии инфекционно-гнойных осложнений, узком диаметре ОЖП, термическом характере повреждения, высоком операционно-анестезиологическом риске (ASA-4) исключает риск осложнений и позволяет выполнить успешную реконструктивно-восстановительную операцию вторым этапом через 3,5±1,2 месяца с хорошими отдаленными результатами. Реконструктивно-восстановительная операция при отсутствии инфекционно-гнойных осложнений, тяжести соматического состояния пострадавшего ASA I-III, диаметре ОЖП более 6 мм, в виде формирования ГЕА по Ру, является основным методом по устранению полных повреждений ОЖП, об этом свидетельствуют результаты нашего исследования и данные других исследователей. Термический характер повреждения не позволяет интраоперационно оценить распространенность повреждения уровень демаркации. С учетом проведенного нами оригинального исследования, при выполнении реконструктивно-восстановительной операции, при полном термическом повреждении целесообразно выполнять резекцию проксимальной культы ОЖП на 7 мм, а при полном механическом повреждении на – 3 мм от края пересечения. Изучение данных диагностики ЯПЖП, проведенного нами ранее экспериментального исследования морфологических изменений в зависимости от механизма повреждения, а также анализ непосредственных и отдаленных результатов разных вариантов хирургического лечения пострадавших ЯПЖП позволил нам установить ведущие критерии, влияющие на выбор рационального варианта оперативного вмешательства. Таким образом, выбор рационального варианта оперативного вмешательства с учетом современных классификационных позиций, учитывающих интегральную оценку ведущих критериев: общесоматическое состояние пациента, наличие инфекционно-гнойных осложнений, масштаб повреждения, диаметр пересеченного основного желчного протока, механизм повреждения (термический или механический), позволяет обосновать выбор рационального варианта хирургического вмешательства и значительно уменьшить число осложнений, летальности и повысить качество жизни больных ЯПЖП.



1123. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ УСТРАНЕНИИ ГРЫЖ ЖИВОТА

*Чистяков Д.Б. (1,3), Мовчан К.Н. (1,2),
Яценко А.С. (1,3), Дуткинский П.С. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России
- 2) СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»
- 3) СПб ГБУЗ «Городская Клиническая больница № 31»

Актуальность. Грыжи живота (ГЖ) занимают третье место в структуре хирургической патологии брюшной полости. Ежегодно устранение вентральных грыж (ВГ) проводится более чем 20 млн. жителям планеты. Почти в 70% случаев устранение паховых грыж без натяжения осуществляется по Лихтенштейну (I.L.Lichtenstein), в 20-25% - посредством лапароскопического доступа, в 10% наблюдений - с использованием тампона по Руткову (I.M.Rutkow) и до 5% - другими способами. Соотношение плановых и urgentных операций при устранении ГЖ в России составляет 7:1 (в развитых странах мира оно не превышает 15:1). В 70-80% случаев герниопластика осуществляется по поводу паховых и бедренных грыж, а первичные срединные ГЖ устраняются в 15-20% наблюдений. Материалы и методы. Представлены результаты хирургического лечения пациентов с грыжами живота, оперированных в Городском центре современных хирургических технологий с 2011 по 2016 гг. СПб ГБУЗ «ГКБ №31». Всего численность выборки наблюдений, относящихся к разделу «грыжи живота», в стационаре составила 2 179 случаев. Первичные грыжи составили 1804, послеоперационные 316, рецидивные 59. Из общего количества хирургических операций, выполненных за данный период в стационаре, на герниопластику в среднем приходится 26% и имеется тенденция к увеличению с 23% в 2011 и 2012 годах до 32% в 2015 году и 29% в 2016 году. Численность пациентов с паховыми и бедренными грыжами составило – 1162- 53%, со срединными ГЖ составила 599 чел. - 27% (пупочные - 18%, грыжи белой линии - 9%), с послеоперационными 316 чел. - 14%, с диафрагмальными 102 чел. - 5%. Процент выполняемых герниопластик в стационаре вырос с 23% в 2011 и 2012 годах до 32% в 2015 году и 29% в 2016 году. Анализ показателей частоты устранения ГЖ посредством

ЭВХ-методик в анализируемые годы позволяет констатировать их тенденцию к росту с 49 до 72%. В последние годы (2012-2016гг.) эти данные характеризуются стабильными значениями, достигая 68-72%. При грыжах паховой и бедренной локализации ЭВХ-методика герниопластики в ГКБ № 31 выполнялась в 84% случаев, и частота ее применения (с 2011 до 2016 г.) - практически не менялась. Интенсивность применения ЭВХ-методов при устранении срединных (пупочные и белой линии) ГЖ выросла с 6% в 2011 году до 75% в 2016 году, при устранении послеоперационных ВГ возросла с 4,5% в 2011 году до 38% в 2014 году (21% в 2016 г.). С 2012 года (после внедрения в лечебную практику современной технологии ЭВХ - герниопластики) при срединных (пупочных и белой линии) и послеоперационных ГЖ ЭВХ методики герниопластики стали использоваться при устранении всех видов ГЖ независимо от их локализации. В общей структуре использования ЭВХ-методов в 2016 году при паховых и бедренных грыжах стали занимать 66% , при пупочных - 20%, при грыжах белой линии - 6%, при послеоперационных - 5%, а при диафрагмальных - 2%. Особый интерес представляют сведения, отражающие соотношение числа случаев проведения герниопластик с протезированием и реконструкцией грыжевых ворот собственными тканями. Протезирующие технологии герниопластики пациентам с ГЖ в 2011 г. выполнялись в 58% случаев, а в 2016 г. - в 94% наблюдений. В 2011 г. пациентам со срединными грыжами живота в ГКБ № 31 герниопластика в большинстве выполнялась с использованием собственных тканей передней брюшной стенки (БС) в 63% случаев. Однако к 2016 году установка имплантатов при укреплении тканей БС достигла 91%, а применение пластик грыжевых ворот собственными тканями снизилась до 9%. Выводы: Частота применения ЭВХ- методик и современных синтетических материалов при герниопластиках в хирургических стационарах возрастает. Несомненный прогресс в улучшении показателей оказания медицинской помощи больным с ГЖ, госпитализируемым в многопрофильные больницы, обусловлен целенаправленным участием в обследовании и лечении пациентов сотрудниками кафедр медицинских вузов, составляющих ядро кадрового потенциала центров современных хирургических технологий.



1124. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И.,
Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р., Гришина Е.Е.*

Уфа

ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет МЗ РФ Кафедра
факультетской хирургии с курсом
колопроктологии. ГБУЗ РБ ГKB №21

Цель исследования: изучить эффективность компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным контрастированием в диагностике острого панкреатита с внутренним панкреатическим свищем и оценить результаты ретроперитонеоскопических санаций при данном патологическом состоянии. Материалы и методы. 30 больным была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с болюсным контрастированием. Локализацию, глубину некрозов оценивали в сагиттальных, аксиальных и коронарных срезах. Критериями оценки степени поражения забрюшинной клетчатки считали степень отека и инфильтрации забрюшинной клетчатки до апертуры тазового дна по 5 бальной шкале Ischikawa K. Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 15 пациентов с некрозом головки или перешейка поджелудочной железы с жизнеспособной паренхимой тела и хвоста, которым выполнено ретроперитонеоскопическое дренирование забрюшинной клетчатки на 4-5 сутки от начала заболевания. Вторая группа представлена 15 больными с глубокими некрозами тела и хвоста поджелудочной железы и неглубокими некрозами головки и перешейка поджелудочной железы, оперированных только в стадии инфицированного панкреонекроза. Оценку тяжести состояния больных проводили по APACHE II, SAPS, HAPS (harmless acute pancreatitis score). Полиорганную недостаточность оценивали по шкалам MODS, SOFA. С целью определения степени эндотоксинемии применяли количественное определение содержания липополисахарида в плазме крови больных с помощью стандартизованного кинетического хромогенного турбидиметрического метода по конечной точке с использованием реактива — LAL Endosafe ENDOCHROME™ («HyCult biotechnology», Голландия). Результаты. В первой группе длительность пребывания в стационаре составила $45 \pm 5,3$ койко-день. Наружный панкреатический свищ наблюдался в 100%, который закрывался на $4,8 \pm 1,1$ месяц после операции.

Летальных исходов не было. Послеоперационная вентральная грыжа не наблюдалась. Псевдокисты поджелудочной железы сформировались у 3 (20%) пациентов. Средний срок госпитализации во второй группе составил $80 \pm 5,3$ дней. Летальность во второй группе составила 30%. Наружный панкреатический свищ сформировался у 2 (13%) больных, послеоперационная вентральная грыжа - у 3 (20%), псевдокисты поджелудочной железы - у 3 (20%). Заключение. Компьютерная томография с болюсным контрастированием позволяет визуализировать конфигурацию некроза, предрасполагающего появлению внутреннего панкреатического свища. На основании данных КТ которой может применять дифференцированный подход в хирургическом лечении острого панкреатита тяжелой степени. Наружное дренирование парапанкреатической клетчатки является патогенетически обоснованным методом лечения больных с внутренним панкреатическим свищем при остром панкреатите тяжелой степени.

1125. ТЕХНОЛОГИЯ СПЕКТРАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ КАК МЕТОД ОПТИЧЕСКОЙ БИОПСИИ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дуванский В.А., Романчук Н.А., Белков А.В.

Москва

- 1) ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА», 2) РУДН,
- 3) Клиническая больница № 85 ФМБА,
- 4) Научный клинический центр ОАО «РЖД»

Актуальность. Учитывая высокую смертность от колоректального рака, наиболее эффективным методом его диагностики является колоноскопия. Большая часть образований, найденных при исследовании толстой кишки представлены мельчайшими полипами диаметром до 6 мм, вероятность перехода подобных образований в развитой рак мала. Тем не менее столь малые образования могут быть представлены аденомами, изначально которые имеют в своей структуре диспластические явления. По этой причине, вспомогательные системы усиления цвета позволяют детально изучить сосудистый и ямочный рисунок образований, позволяют отличить неопластические от доброкачественных образований. Мы считаем, что технология спектрального цветового выделения (FICE), позволяет решить проблему выборочного лечения полипов толстой кишки. Материалы и методы В эндоскопических отделениях научного клинического центра ОАО «РЖД» и клинической



больницы № 85 ФМБА России, было проведено исследование по диагностике полипов толстой кишки при помощи FICE с возможностью увеличения, эндоскопическими стойками EPX-4400 HD, видеоэндоскопами EC-590 ZW и EC-530 WL, с последующим одномоментным лечением полипов методом полипэктомии или резекции слизистой. Проводили осмотр в пользовательских режимах FICE-0 (световой спектр R 530, G 485, B 505; усиление света R 3, G 4, B 3) и FICE-1 (световой спектр R 550, G 500, B 470; усиление света R 2, G 4, B 4). Микроструктура ямочного и сосудистого рисунка оценивалась по классификациям Kudo и Sano. Обследовано 74 человека, из них мужчин составило 35 человек, женщин 39. Средний возраст на момент осмотра составлял 62 ± 1 года. Диагностировано 158 полиповидных образований. 2 располагались в слепой кишке, 30 в восходящем, 30 в поперечном, 28 в нисходящем, 45 в сигмовидном и 23 в прямом отделе толстой кишки. Полиповидные и неполиповидные неоплазии классифицировались по Парижской классификации неоплазий, так тип Is составил 40 полипов, тип Ip составил 20 полипов, тип Isr составил 16 полипов, тип Ila составил 80 полипов, тип IIb составил 2 полипа. Неоплазии были разделены на 4 группы согласно Венской классификации: 1-я группа включала в себя все виды гистоморфологически подтвержденных инвазивных и неинвазивных карцином; 2-я- аденоматозные образования с диспластическими изменениями 1-3 степени; 3-я- образования с неопределенной дисплазией; 4-я- контрольная, образования негативные по диспластическим изменениям, воспалительного характера. Полученные результаты По данным гистологических исследований типы неоплазий были представлены следующими данными: неинвазивные неоплазии составили 1%, аденомы с диспластическими изменениями (1-3 степени) 39.2%, образования с неопределенной дисплазией, смешанным аденоматозно-гиперпластическим гистологическим строением 15.5%, образования негативные по диспластическим изменениям 44.3%. Диагностическая точность осмотра неоплазий толстой кишки при помощи FICE-79.4%. Предварительное гистологическое заключение в дифференцировке типов аденоматозных полипов было достигнуто в 79.4% случаев. Обсуждение Остается нерешенной проблема дифференцировки ворсинчатых и традиционных зубчатых образований, а также гиперпластических полипов на широком основании и зубчатых аденом. На данном этапе выделить специфические спектральные цветовые маркеры образований не получилось. Окончательное слово безусловно остается за патоморфологической службой. Рекомендации На основании проведенного анализа, мы считаем, что пользовательские режимы, применяемые в

данном научном изыскании, оптимально подходят для оценки ямочного и сосудистого рисунка, помогая различать предраковые образования от образований с минимальным потенциалом малигнизации.

1126. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Абдуллоев Д.А., Билолов М.К., Сайфудинов Ш.Ш.

Душанбе

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективности миниинвазивных вмешательств в лечении перфорации гастродуоденальных язв. Материал и методы исследования. В период с 2013 по 2016 гг. в городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе прооперировано 78 больных по поводу перфоративных пилородуоденальных язв. В 17 случаях в лечении использовались лапароскопические технологии. Больные поступили в сроки от 3 до 8 часов от начала заболевания. В сроки заболевания до 3-6 часов в стационар поступило 11 (64,7%) человек, в 6 случаях больные поступили до 8 часов от начала заболевания. Всем больным независимо от сроков поступления и состояния после консультации кардиолога и по необходимости других специалистов проводили коррекцию гемодинамических и водно-электролитных нарушений. Рентгенологическое исследование брюшной полости с целью обнаружения свободного газа выполнено всем больным. При этом у 6 больных свободный газ отсутствовал, а в остальных наблюдениях обнаружено наличие пневмоперитонеума. С целью определения лечебной тактики и выбора способа операции всем больным проведены эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и лапароскопия. Больным с клинической картиной перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) исследование начинали с ЭГДС перед началом оперативных вмешательств, при отсутствии противопоказаний приступали к лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы. Противопоказаниями к лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы желудка и ДПК являются: размер перфоративного отверстия более 1 см; локализация перфоративного отверстия на задней стенки; сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни и выраженная периульциральная инфильтрация. Ла-



пароскопическое ушивание перфоративного отверстия различными методами было выполнено 13 (76%) пациентам. В 4 наблюдениях прядь большого сальника была подведена к перфоративному отверстию и фиксирована узловым швом к стенке желудка. В послеоперационном периоде больные проводили противовоспалительную и антихеликобактерную терапию. Результаты. При анализе больных после лапароскопического ушивания перфорации пилорoduоденальных язв каких-либо интраоперационных сложностей и послеоперационных осложнений не выявлено. Интраоперационные исследования показали, что в 3 наблюдениях по ходу операций требовалось укрепление линии швов повторным ушиванием в связи с прорезыванием тканей нитью (n=2), и слабым затягиванием (n=1). Динамическое ЭГДС в послеоперационном периоде показало, что лапароскопическое ушивание перфоративных пилорoduоденальных язв не изменяет состояния желудка и ДПК. Выводы: таким образом, эндовидеохирургический метод ушивания перфорации пилорoduоденальных язв при наличии условий и отсутствие местных и общих противопоказаний является операцией выбора, при перфорации язв. Строгое выполнение техники операции дает возможность использовать ее в неотложной хирургии перфоративных язв.

1127. ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТОГО НИКЕЛИД-ТИТАНОВОГО ИМПЛАНТАТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО КАРКАСА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Черепанова Т.В.(1), Карапетян Г.Э.(1),
Винник Ю.С.(2), Пахомова Р.А.(1)*

Красноярск

1)НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст.Красноярск" ОАО "РЖД", 2)ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. В настоящее время отмечается тенденция к повышению эстетических запросов населения, что обуславливает стремление пациентов, в том числе и грыженосителей, иметь естественные контуры и формы тела. Деформация передней брюшной стенки после беременности, рубцовые изменения после оперативных вмешательств, чрезмерное отложение жировой ткани с формированием кожно-жирового «фартука», создающе-

го постоянную статическую нагрузку на апоневроз, влияют на развитие комплекса психоэмоциональной, физической, а также социальной неполноценности. Хирургическое устранение сопутствующих функциональных нарушений со стороны брюшной стенки позволяет рассматривать абдоминопластику как операцию восстановительного характера, а используемые синтетические имплантаты не всегда удовлетворяют своим результатом ввиду развития массивного воспалительного процесса в месте оперативного вмешательства. Материалы и методы. Задачей предлагаемого метода является повышение эффективности герниопластики при абдоминопластике, предупреждение осложнений и рецидива заболеваний путем устранения мышечно-апоневротического дефекта, укрепления передней брюшной стенки с использованием биосовместимого никелид-титанового сетчатого имплантата с последующим выполнением абдоминопластики. Способ хирургической коррекции включает абдоминопластику, замещение изъяна путем дополнительного укрепления дефекта сетчатым имплантатом из никелида титана после ушивания медиального края прямых мышц живота нитью ПДС-2 и устранение грыжевых ворот в области пупочного кольца. Имплантат помещают по наружной поверхности дефекта и фиксируют П-образными швами по периметру к апоневрозу. Результаты. В хирургическом отделении №3 «Дорожной клинической больницы на ст. Красноярск» за последние 3 года выполнено 29 операции по данной методике, возраст пациенток от 28 до 55 лет. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалялись через сутки. Пациентки выписывались из стационара на 2-е сутки в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 1,5 года рецидива заболевания не отмечено, функция органов брюшной полости и передней брюшной стенки не нарушена. Выводы. Благодаря сверхэластичным свойствам материала, биохимической и биомеханической совместимости никелида титана со структурами организма, соединительная ткань со стороны реципиентной зоны прорастает сквозь имплантат, образуя единый с имплантационным материалом соединительнотканый регенерат, что обеспечивает полноценное замещение дефекта тканей передней брюшной стенки. Рекомендации. Применение сетчатого никелид-титанового имплантата в качестве пластического материала для реконструкции передней брюшной стенки обеспечивает по форме, размерам и эластичности прочное и надежное закрытие дефекта с сохранением биомеханических свойств передней брюшной стенки, тем самым предотвращая возможность рецидива заболевания.



1128. РЕПАРАТИВНЫЙ ГИСТОГЕНЕЗ В ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ ЗАМЕЩЕНИЯ НИКЕЛИД-ТИТАНОВЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Черепанова Т.В.(1), Карапетян Г.Э.(1),
Радкевич А.А.(2), Винник Ю.С.(2)

Красноярск

1)НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст.Красноярск" ОАО "РЖД", 2)ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Актуальность. На современном этапе развития медицины проблема хирургического лечения больных с грыжами передней брюшной стенки остается актуальной. До сих пор не решена проблема реконструкции гигантских вентральных грыж в случае недостаточной площади сальника и/или ткани грыжевого мешка для перитонизации имплантата от внутренних органов с возможностью восстановления анатомической целостности передней брюшной стенки, сохраняющие нормальный объем брюшной полости и исключающие рецидивы заболеваний. Материалы и методы. С целью изучения клинической эффективности замещения фасциально-мышечного дефекта сетчатым никелид-титановым имплантатом, особенностей получения регенерата и морфогенеза репаративных процессов проведены экспериментальные исследования на кроликах породы «Шиншилла». На 33 кроликах, разделенных на 3 равные группы, была выполнена серия опытов. В первой части эксперимента животным путем тунелизации межмышечного пространства задней тазовой конечности устанавливали эксплантат, который извлекали на 5, 7, 10-е сутки. Во второй части у животных искусственным путем формировали изъязв переднюю брюшную стенку, затем замещали пророщенным имплантатом в определённые сроки. Для патоморфологического изучения вновь образованную ткань через 3, 5, 7, 10, 14, 21, 28, 42, 56-е сутки забирали и фиксировали в 10% забуферном формалине по Лилли. Для количественно-морфологического исследования использовали обзорные срезы, залитые в целлоидин или парафин, и окрашенные гематоксилином и эозином по Ван-Гизону, коллагеновые волокна окрашенные серебром. Результаты. В первой группе по результатам морфологического исследования происходило постепенное снижение аморфного компонента и лейкоцитов, а, следовательно, и отека межтканевой ткани. Количество же колла-

геновых волокон, напротив, увеличивалось и к 10-м суткам экспозиции имплантата в бедре почти вдвое превышало этот показатель в сравнении с пятью сутками исследования ($P < 0,01$). Во второй группе динамика морфометрических показателей соединительной ткани после пророщивания имплантата в бедре и последующей имплантации в дефекты передней брюшной стенки происходила следующим образом. К 5-м суткам происходит снижение аморфного компонента, уменьшение лейкоцитарной инфильтрации, и начинают появляться эластические волокна. Анализ полученных данных позволил установить, что для повышения эластических и прочных свойств соединительной ткани в зоне формирования регенерата необходимо замещать дефекты ауто соединительной тканью, «пророщенной» в течение 7 суток в задней тазовой конечности животного. Так как при одинаковой выраженности воспалительных изменений, в отдаленные сроки (56-е сутки наблюдения) формируется наиболее функциональная, зрелая соединительная ткань. Выводы. Использование «пророщенного» ауто соединительной тканью сетчатого никелид-титанового имплантата в качестве пластического материала для реконструкции грыжевых изъянов у лиц с большими и гигантскими грыжами, характеризующимися недостаточностью тканей брюшины и большого сальника для интерпозиции органов брюшной полости, позволит обеспечить прочное и надежное закрытие дефекта с сохранением нормального объема брюшной полости.

1129. ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБРЮШИННЫХ ГЕМАТОМ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Колесников В.В. (1,2), Рахимов Б.М. (1,2),
Галкин И.В. (1)

(1) Тольятти(2) Самара

(1) Тольяттинская Городская Клиническая
Больница №5,
(2) Самарский государственный медицинский
университет

Нами проведено лечение 657 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота ($ISS-26,0 \pm 0,4$ балла). Доминирующие повреждения живота были у 45,8%(301) (в соответствии с индексами тяжести «ВПХ-П(МТ)»). Наиболее частой причиной сочетанных доминирующих повреждений живота были ДТП – 140(44,9%) и кататравма - 85(28,2%). До операции информацию о наличии ЗГ удалось



получить с помощью УЗИ (скрининговый метод) и МСКТ (уточняющий). Ведущая роль в решении вопроса о необходимости проведения лапаротомии принадлежала лапароцентезу (лапароскопии при компенсации жизненно важных функций). Забрюшинная гематома (ЗГ) была выявлена у 102(15,5%) от общего числа пострадавших. Она являлась одним из основных признаков повреждения забрюшинных органов (почки, поджелудочная железа, ДПК, ободочная кишка, брюшная часть аорты и нижняя полая вена, и т.д.). разрыва диафрагмы, мышц спины, поясницы и подвздошной области. Клинической особенностью ЗГ являлось наличие перитонеальных явлений. Наиболее частой причиной ЗГ являлись повреждения поджелудочной железы (ППЖ) и почек. В 38%(39) наблюдений причиной ЗГ были ППЖ. Ревизия ЗГ при этом выявила наличие обширных гематом, распространяющихся к двенадцатиперстной кишке, к почкам, по брыжейке тонкой и толстой кишки, малому сальнику. В 24,5%(25) наблюдений причиной ЗГ были разрывы почек. Из них с повреждениями сосудов почечной ножки - у 7, с размождением почки - у 6. В 4,9%(5) причинами ЗГ были разрывы полой вены, в 2,9% (3) - брюшной аорты, и в 4,9%(5) - разрывы 12-перстной кишки. Переломы костей таза были причинами ЗГ в 27% (28) наблюдений. Лечебно-диагностические подходы при ЗГ, обусловленных переломами костей таза отличались от таковых при ЗГ, связанных с повреждениями забрюшинных органов. Повреждение париетальной брюшины отломками костей таза, равно как и вскрытие ЗГ при ее интраоперационной ревизии и дренировании, влекло за собой потерю эффекта биологической тампонады. Это ухудшало прогноз. Интраоперационная ревизия ЗГ при абдоминальной травме, как правило, была оправдана при локализации ее в панкреатодуоденальной зоне, при большой, напряженной, нарастающей, пульсирующей гематоме с кровотечением в брюшную полость (через поврежденный задний листок брюшины) на фоне неустойчивой гемодинамики пострадавшего. В нескольких случаях отказ от ревизии ЗГ при наличии вышеперечисленных признаков был сопряжен с оставленными без внимания хирурга повреждениями, которые явились причиной ухудшения состояния пострадавшего и даже летального исхода в посттравматическом периоде. Ревизию ЗГ выполняли после коррекции поврежденных органов брюшной полости и ее санации. Это позволило нам уменьшить инфицированность ЗГ. Летальность при доминирующей тяжелой сочетанной травме живота составила 18.6%(56).

1130. ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБРЮШИННЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

Колесников В.В. (1,2), Проценко О.Н. (1), Рахимов Б.М. (1,2)

Тольятти(2) самара

(1) Тольяттинская Городская Клиническая Больница №5,(2) Самарский государственный медицинский университет

Нами проведено лечение 657 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота (ISS - $26,0 \pm 0,4$ балла). Среднее значение баллов ISS в группах пострадавших с критическим состоянием составила $35,1 \pm 1,0$ балла. Забрюшинная гематома (ЗГ) была выявлена у 102 (15,5% от общего числа) пострадавших. Пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота и таза было 186 (28,3%). Из них доминирующие повреждения таза были у 67 (36,0%) (в соответствии с индексами тяжести «ВПХ-П(МТ)»). В 27% (28) наблюдений причиной ЗГ были переломы костей таза (ПКТ). До операции информацию о наличии ЗГ удалось получить с помощью УЗИ и МСКТ. Клинической особенностью забрюшинных и тазовых гематом при ПКТ (особенно заднего полукольца) являлось наличие перитонеальных явлений и шока, обусловленного массивным внутритканевым кровотечением. Лечебно-диагностические подходы при ЗГ, обусловленных ПКТ, отличались от таковых при повреждении забрюшинных органов. Приоритетной задачей реанимационного этапа являлась фиксация нестабильных ПКТ по неотложным показаниям (особенно при разрывах крестцово-подвздошного сочленения и вертикальных переломах крестца или подвздошной кости). Основная цель фиксации отломков - противошоковая - создание оптимальных условий для гемостаза и уменьшение внутритазового кровоизлияния. При этом время остановки кровотечения определяло прогноз. Оптимальным порядком оказания хирургического пособия считалось использование этапной лечебной тактики с последовательным выполнением временной иммобилизации переломов (бандаж, С-рама, АНФ) и окончательного остеосинтеза. Ведущая роль в решении вопроса о необходимости проведения лапаротомии при наличии ЗГ принадлежала лапароцентезу (лапароскопии при компенсации жизненно важных функций). Однако у 2 пострадавших обширная ЗГ явилась причиной напрасной лапаротомии вследствие ложноположительного результата лапароцентеза. Гемоперитонеум у них явился следствием просачивания



крови в брюшную полость из надрывов париетальной брюшины. Повреждение париетальной брюшины отломками костей таза, равно как и вскрытие ЗГ при ее интраоперационной ревизии и дренировании, влекло за собой потерю эффекта биологической тампонады. Это ухудшало прогноз. Летальность при тяжелой сочетанной травме таза составила 36%(67).

1131. О ПРИЧИНАХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

*Колесников В.В. (1,2), Рахимов Б.М. (1,2),
Гусельникова М.А. (1)*

Тольятти(2) Самара

(1) Тольяттинская Городская Клиническая Больница №5,(2) Самарский государственный медицинский университет

Нами проанализирован опыт лечения 811 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота ISS - $26,0 \pm 0,4$ («ВПХ-П(МТ)» - $9,9 \pm 0,4$ и «ВПХ-СП» - $37,60,4$) балла. Наиболее частыми причинами сочетанных повреждений живота были ДТП и кататравма. В посттравматическом периоде у 293 пострадавших с помощью системного многофакторного анализа изучена динамика 18 показателей тестов коагулограммы. У 23(2,8%) пострадавших травма с крайне тяжелыми повреждениями («ВПХ-П(МТ)» - $16,3 \pm 0,7$ балла) и острой массивной кровопотерей клинически проявлялась геморрагическим синдромом, а лабораторно - коагулопатией потребления. Нами выявлено, что острый период тяжелой травмы характеризуется уже состоявшейся активацией системы гемостаза. Ведущей причиной ее является трансмембранный гликопротеин - тканевой фактор (тромбопластин). Патологическими причинами геморрагического синдрома были: • недостаточность факторов свертывания крови вследствие диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВСК) с исходом в коагулопатию потребления (в ответ на массивную тромбопластинемию поврежденных тканей), • дилуционная коагулопатия, • снижение синтеза факторов свертывания гепатоцитами вследствие СПОН. Всем пострадавшим выполнены оперативные вмешательства по неотложным показаниям с целью осуществления хирургического гемостаза. Дефицит факторов свертывания крови лабораторно выявляли с помощью количественного определения активности факторов свертывания крови. Сопряженный дефицит факторов общего пути свертывания был

связан с ПВ обратно-пропорциональной зависимостью. Концентрация протромбина в крови при ДВС снижалась (удлинения значений показателя ПВ до - $50,9 \pm 0,4$ сек (норма $13.2 \pm 0,4$ сек). В настоящее время мы располагаем опытом ведения 46 пострадавших с критической травмой, осложненной ДВС-синдромом, в комплексном лечении которых мы успешно использовали патогенетически обоснованную терапию прокоагулянтами концентратом факторов II, VII, IX и X («Off-label»). Она является составляющей «гемостатической реанимации» (haemostatic resuscitation) [HR] в концепции damage control [DC]. При продолжающемся кровотечении интервалы между введениями концентрата протромбинового комплекса человека соотносили с периодами полувыведения факторов протромбинового комплекса (II, VII, IX и X). Применение концентратов факторов II, VII, IX и X у больных высокой группы риска ВТЭО может не только инициировать тромбозы, но и активизировать коагулопатию потребления. Поэтому в программу лечения ДВС включали НМГ в профилактических дозировках (далтепарин - подкожно 5000 МЕ/сут или надропарин - подкожно 38 МЕ/кг/сут) для блокирования фактора X при выраженной тромбопластинемии. Создание и исполнение протокольной диагностики и лечения политравмы на принципах Damage Control & Haemostatic Resuscitation в травмоцентре I уровня ТГКБ №5 позволили улучшить результаты оказания помощи пострадавшим с политравмой – снизить общую летальность с 34,2% до 25,1%. Специфическая терапия прокоагулянтами – новое патогенетически обоснованное и эффективное направление в реанимационной стратегии гемостаза у пострадавших с критической травмой, осложненной коагулопатическими кровотечениями.

1132. ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА (MIDCAB)

*Зотов А.С., Борисов Д.В., Клыпа Т.В.,
Воронин С.В.*

Москва

ФГБУЗ Федеральный Научно-Клинический Центр специализированных видов помощи и медицинских технологий ФМБА России

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из наиболее распространенных причин заболеваемости и смертности среди населения. Изолированное поражение одной из трех



основных венечных артерий встречается примерно в 35% случаев, при этом изолированное поражение передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) диагностируется у 27% пациентов. До настоящего времени не разработано единого алгоритма выбора тактики реваскуляризации миокарда при изолированном поражении ПМЖА (окклюзия или гемодинамически значимый стеноз). Современные методики малоинвазивной реваскуляризации миокарда позволяют снизить риск послеоперационных осложнений и сократить период госпитализации. Одной из таких методик является коронарное шунтирование на работающем сердце из мини-доступа (minimally invasive direct coronary artery bypass – MIDCAB), которое мы начали применять в 2016 году у пациентов с изолированным поражением ПМЖА. Материалы и методы. За период с июня 2016 г. по январь 2017 г. в Федеральном научно-клиническом центре ФМБА России выполнено 25 операций коронарного шунтирования на работающем сердце из минидоступа. Одним из основных показаний к операции было изолированное гемодинамически значимое поражение ПМЖА при невозможности эндоваскулярного лечения. Операция выполнялась через левостороннюю переднюю торакотомию. Левая внутренняя грудная артерия использовалась у всех пациентов и выделялась под прямым зрительным контролем. Основной этап операции выполнялся на работающем сердце с помощью системы стабилизации миокарда «Octopus» (Medtronic, США) без использования аппарата искусственного кровообращения. Результаты. Перехода на срединную стернотомию не потребовалось ни в одном случае. Среднее время выполнения вмешательства составило 140 ± 27 мин. Длина кожного разреза варьировала в пределах 7–10 см. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 153 ± 37 мл, средняя кровопотеря по дренажам через 12 часов после операции – 138 ± 45 мл, гемотрансфузия не потребовалась ни одному пациенту. Время пребывания в отделении реанимации составило $19,4 \pm 4,2$ часа, после чего пациенты переводились в общую палату отделения кардиохирургии. Продолжительность пребывания в стационаре составила $7,7 \pm 1,9$ койко-дней. Инфекционные осложнения со стороны кожи и подкожной клетчатки торакотомной раны отмечены у 1 (4%) пациента. Максимальный срок наблюдения за пациентами после операции составил 6 месяцев. За все время наблюдения не было зафиксировано летальных исходов и случаев развития инфаркта миокарда. Все пациенты в послеоперационном периоде отмечали регрессию клиники стенокардии. Обсуждение. Методика MIDCAB получает всё более широкое распространение в кардиохирургии. Выполнение операции через левостороннюю переднюю торакотомию

позволяет сохранить каркасность грудной клетки, также снижается частота развития послеоперационных осложнений: кровотечений, неврологических нарушений и раневых инфекций. В литературе описывается сокращение сроков пребывания в отделении реанимации и длительности госпитального периода в целом, что совпадает с нашими результатами. Выводы. Малая травматичность и высокая эффективность описанной методики позволяют рассматривать ее в качестве альтернативы традиционному аортокоронарному шунтированию ПМЖА.

1133. ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Колесников В.В. (1,2), Рахимов Б.М. (1,2), Коровин О.А. (1)

(1) Тольятти(2) Самара

(1) Тольяттинская Городская Клиническая Больница №5, (2) Самарский государственный медицинский университет

Нами проведен анализ возникновения гнойно-септических осложнений в зависимости от тяжести механических повреждений у 657 пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой. Выявлены основные особенности пострадавших с тяжелой механической сочетанной травмой: молодой возраст пострадавших – $37,2 \pm 1,3$ лет; преобладание мужского пола – 73,7% (484); преобладание дорожно-транспортных травм – 55% (361) и кататравм – 29,7% (195); тяжелые механические повреждения – 66,7% (438); крайне тяжелое состояние пострадавших – 49% (318); преобладание трех поврежденных анатомических областей – 36,5% (240); большая частота сочетания повреждений живота с повреждениями головы (69,4%), груди (63,6%) и опорно-двигательной системы (51,9%). С целью получения объективных выводов о результатах лечения пострадавших с тяжелыми и крайне тяжелыми повреждениями производили объективную оценку тяжести травмы по двум параметрам: индексу тяжести повреждения («ВПХ-П(МТ)» и индексу тяжести состояния («ВПХ-СП»). Параллельно использовали шкалу ISS (Injury severity score) - методику расчёта тяжести повреждений (Baker S.P. et al., 1974). Применение методов объективной оценки тяжести травм позволило проводить корректный сравнительный анализ исследуемых и контрольных групп пострадавших. Средние значения «ВПХ-П(МТ)» всего массива ($n=657$) составили $9,9 \pm 0,4$ (ISS- $26,0 \pm 0,4$) балла. Средние значения баллов тяжести состояния пострадавших «ВПХ-



СП» всего массива – 37,60,4 балла. У 311(47,3%) в посттравматическом периоде возникло 497 осложнений. Условно, мы их выделили в тромбо-геморрагические - 50(10,1%), гнойно-септические - 380(76,4%), СПОН и РДСВ - 59(11,9%), жировую эмболию - 8(1,6%). Пострадавших с тромбо-геморрагическими осложнениями было 41(6,2%), с гнойно-септическими - 219(33,3%), СПОН и РДСВ - 43(6,6%), и с жировой эмболией - 8(1,2%). При механических повреждениях средней степени тяжести («ВПХ-П(МТ)»

1134. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СО2-ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГО НОГТЯ

Шнейдер В.Э.

Тюмень

ООО «Нео-Клиник»

Выбор оптимального способа хирургического лечения вросшего ногтя остается актуальной проблемой до настоящего времени. Частота данной патологии по данным литературы среди обратившихся составляет от 0,5 до 10%. Частота рецидивов после хирургического лечения не имеет тенденции к уменьшению и сохраняется в пределах 21,1-46,6%. Основная причина большого количества неудовлетворительных результатов хирургического лечения вросшего ногтя – это использование заведомо не радикальных методов хирургической коррекции и сложных пластических методов, таких как операции по Дююитрену, Шмидену и их модификации. С внедрением в хирургическую практику СО2-лазера методика коррекции вросшего ногтя значительно упростилась. Не требуется наложение швов после иссечения патологически измененных тканей, вмешательство не приводит к обезображиванию ногтевой фаланги, а обработка ростковой зоны проходит менее травматично и более эффективно. Цель исследования изучить результаты хирургического лечения пациентов с вросшим ногтем. Для лечения вросшего ногтя мы использовали высокоэнергетический СО2-лазер DEKA SmartXideDot (Италия) и «Ланцет» (Россия). Лазерная коррекция данной патологии внедрена в клинику с 2007 года. Методика лечения заключается в иссечении части бокового валика с грануляциями, части ногтя и вупоризации ростковой зоны под местной анестезией. За период с 2014 по 2016 год пролечено 156 пациентов. Выполнено 210 оперативных вмешательств. Лечение вросшего ногтя нескольких локализаций осуществлено 43 пациентам в один или два этапа. Из пролеченных па-

циентов, 103 (66,0%) обратились после неудачных первичных вмешательств с рецидивом заболевания. В 80,5% случаев им выполнялись экстренные вмешательства на фоне панариция, и объем операции заключался в иссечении только измененной части ногтя. Преобладали пациенты женского пола (57,1%). Средний возраст обратившихся составил $29,6 \pm 1,9$ года, диапазон от 10 до 67 лет. По локализации процесса патология с левой стороны встречалась чаще (46%), чем с правой стороны (40%) и с обеих сторон (14%). Латеральный валик был вовлечен в 67% случаев, медиальный – в 20%, с обеих сторон – в 12,8% наблюдений. Продолжительность вмешательства составила $14,1 \pm 0,51$ минут в среднем. Субъективно пациенты отмечали, что послеоперационный период после традиционно выполненных вмешательств и после лазерной коррекции протекает более комфортно. Значительно меньше болевой синдром и заживление протекает быстрее. Средние сроки временной нетрудоспособности составили $3,3 \pm 0,25$ дня. Осложнения, которые привели к рецидиву заболевания, возникли в 6 случаях (2,9%): формирование спикюлы (1,4%), рост грануляций (0,9%), неправильный рост ногтевой пластины (0,5%). Причем 5 (4,9%) осложнений возникло у 103 пациентов, которым выполнялось лечение рецидивного вросшего ногтя и только 1 (0,9%) осложнение при первичных оперативных вмешательствах. Таким образом, использование высокоэнергетического СО2-лазера при амбулаторном лечении вросшего ногтя позволяет существенно сократить количество неудовлетворительных результатов операций и улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией.

1135. ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕЛЕЗЕНКЕ С ПОМОЩЬЮ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

*Данильченко И.Ю. (1,3), Развозжаев Ю.Б. (1,3),
Алонцев А.В. (1,2), Ахметзянов Р.Г. (3)*

Новокузнецк

1) НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, 2) Медицинский институт им.
Березина Сергея, 3) ГБУЗ КО НГКБ № 1

Актуальность: Проблема оптимизации оперативных доступов существует столько, сколько существует хирургия. Теория и практика хирургических разрезов брюшной стенки исходит из того, что разрез при наименьшей травматичности должен



дать возможность максимального обнажения органов. Травматичность и доступность – два основных фактора, влияющие на выбор операционного доступа. Существует способ оценки качества хирургического доступа на основании критериев, предложенных А. Ю. Созон-Ярошевичем, при котором определяют параметры оперативного доступа при выполнении хирургического доступа в анатомическом эксперименте или при выполнении реального хирургического вмешательства проводят измерение глубины раны, угла операционного действия, угла наклона оси операционного действия. На основании полученных данных проводят количественную оценку условий хирургического доступа к органу-мишени. Возможность оценки параметров операционного доступа при помощи спиральной компьютерной томографии даст возможность планирования операционного доступа, что, в свою очередь, улучшит условия операций на органах брюшной полости. Материалы и методы: Выполнялась СКТ брюшной полости 11 пациентам (9 женщин и 2 мужчин), в возрасте от 26 лет до 81 года, на мультиспиральном компьютерном томографе фирмы Siemens. На полученных изображениях через каждый из выбранных нами доступов на передней брюшной стенке (верхняя поперечная лапаротомия и тотальная срединная лапаротомия) проводили измерение угла операционного действия по длине (УОДД), угла операционного действия по ширине (УОДШ), угла наклона оси операционного действия (УНООД), глубины раны к диафрагмальной поверхности селезенки. Целью настоящего исследования являлась оценка условия операций на селезенке различными операционными доступами с использованием современных методов лучевой диагностики. Для этого необходимо было на серии компьютерных томограмм изучить пространственные характеристики верхней поперечной и тотальной срединной лапаротомий, а также провести сравнительную оценку пространственных условий поперечных лапаротомий и срединных лапаротомий. Результаты: На основании данных спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости 11 пациентов проведён расчёт параметров верхней поперечной лапаротомии и тотальной срединной лапаротомии к диафрагмальной поверхности селезенки. Для верхней поперечной лапаротомии получены следующие данные ($M \pm m$): глубина раны = $18,68 \pm 1,34$ см, УНООД = $54,18 \pm 2,46^\circ$, УОДД = $68,54 \pm 2,67^\circ$, УОДШ = $27,72 \pm 1,88^\circ$. Для тотальной срединной лапаротомии глубина раны составила $21,82 \pm 1,18$ см, УНООД = $42,09 \pm 2,3^\circ$, УОДД = $78,72 \pm 1,91^\circ$, УОДШ = $25,9 \pm 1,42^\circ$. Для сравнения параметров верхней поперечной лапаротомии и тотальной срединной лапаротомии использовался критерий Манна-Уитни: получено

достоверное преимущество у верхней поперечной лапаротомии по величине УНООД (р

1136. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Кащенко В.А. (1, 2), Карачун А.М. (3), Орлова Р.В. (2), Пелипась Ю.В. (3), Солоницын Е.Г. (2), Ткаченко О.Б. (3), Глузман М.И. (1, 2)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л. Г. Соколова ФМБА», Санкт-Петербург
- 2) ФГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, Санкт-Петербург
- 3) ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – это наиболее часто встречающиеся мезенхимальные образования желудочно-кишечного тракта. Ежегодно регистрируется 1-2 новых случаев заболевания на 100000 человек, однако большинство бессимптомных ГИСО остаются клинически нераспознанными в связи низкой распространенностью эндоскопической ультрасонографии в качестве диагностического метода. Хирургический метод является золотым стандартом в лечении локализованных форм ГИСО. Принципы оперативной техники заключаются в выполнении экономных органосохраняющих операций, осуществлении R0-резекций, избегании повреждения псевдокапсулы опухоли, а также отказе от рутинного выполнения лимфодиссекции. В связи с этим в последние годы все больше возрастает интерес к лапароскопическим и эндоскопическим технологиям в лечении ГИСО. Оптимальный выбор конкретной оперативной методики определяется топографо-анатомическими особенностями образования, такими как размер, локализация и характер роста опухоли. В связи с этим необходимо производить полноценное предоперационное обследование, а также обсуждение тактики лечения каждого пациента в рамках мультидисциплинарной команды, включающей хирурга, эндоскописта, лучевого диагноста и онколога. Материал и методы. За период с 2013г. по 2016г. выполнено 60 миниинвазивных вмешательств у пациентов с ГИСО. Средний возраст составил $60,8 \pm 2,9$ лет. У



90% опухоль располагалась в желудке, у 3,3% в двенадцатиперстной кишке, у 6,7% в тонкой кишке. Бессимптомное течение заболевания отмечено у 58,3% больных. Клинические проявления в большинстве случаев представлены желудочно-кишечными кровотечениями, болевым синдромом или диспепсическими расстройствами. Средний размер образований составил $3,9 \pm 0,6$ см. Результаты и обсуждение. У 22 пациентов произведены эндоскопические вмешательства (эндоскопическая диссекция в подслизистом слое, туннельная или полностенная резекция), лапароскопические и лапароскопически ассистированные резекции осуществлены у 38 пациентов. Длительность внутрипросветных операций составила $89,8 \pm 15,5$ минут, лапароскопических – $104,7 \pm 12,7$ минут. Интраоперационная кровопотеря составила $33,3 \pm 11,0$ мл и $63,9 \pm 16,0$ мл соответственно. Эндоскопическим способом были удалены опухоли размерами от 0,4 до 3,5 см, лапароскопически – от 2,5 до 15 см (в том числе с использованием системы ручного доступа – handport). Необходимо отметить, что гематрансфузия не проводилась ни одному пациенту. У всех больных по результатам патоморфологического заключения была выполнена R0-резекция без фрагментации опухоли. Осложнения в раннем послеоперационном периоде, потребовавшие повторного оперативного вмешательства (IIIb типа по классификации Clavien-Dindo), выявлены у 6,7% пациентов, при этом они достоверно чаще диагностированы после эндоскопических манипуляций.

проведения ФДТ использовали светодиодный медицинский аппарат ЛАТУС-Т «Маска» с выходной мощностью 0,2 Вт, время экспозиции 100-120 сек на каждую область. Результаты: При сравнении результатов лечения двух групп больных установлено, что использование ФДТ позволило быстрее купировать признаки эндогенной интоксикации. Анализ осложнений, возникших в процессе лечения больных, показал, что в основной группе они развивались реже и спектр их был существенно меньшим, чем в контрольной группе. Наиболее часто в послеоперационном периоде отмечали нагноение послеоперационной раны – 8,4% в основной группе и 9,5% в контрольной. Летальность у оперированных больных во многом определялась степенью распространения гнойного процесса. Минимальные значения летальности (5,3%) отмечены нами при местном перитоните в основной группе, и в контрольной (8,2%). Такая же динамика отмечена при других формах перитонита: при распространенном – основная группа – 11,4%, контрольная – 19,5%, при разлитом – основная группа – 23,1%, контрольная – 43%. Заключение: Анализ результатов применения разработанного метода нефармакологического потенцирования традиционной санации брюшной полости при различных формах гнойного перитонита лазерной фотодинамической терапией показывает, что предлагаемый метод санации брюшной полости обеспечивает лучшие результаты комплексного лечения данной категории больных.

1137. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Мустафаев Р.Д., Тухов Г. В.

Москва

ФГБУ « ГНЦ Лазерной медицины ФМБА России»

Введение: Лечение острого гнойного перитонита остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии, что подтверждается высокими цифрами летальности, составляющим от 18 до 65 % и требует поиска новых методов санации брюшной полости. Цель исследования. Оценить эффективность применения фотодинамической терапии (ФДТ) при санации брюшной полости. Материалы и методы: Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 143 больных в возрасте от 20 до 80 лет, которых, в зависимости от метода санации брюшной полости, разделили на 2 группы - основную (63), контрольную (80). Для

1138. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Магомедов М.Г., Рамазанов М.Р.,
Магомедов Н.М.*

Махачкала

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный
медицинский университет

Введение. У больных СД в пожилом возрасте поражение нижних конечностей встречается в 60-80 % случаев в виде синдрома диабетической стопы (СДС). Чаще всего ампутации конечности выполняются после неоднократных оперативных вмешательств на сосудах конечностей из-за раннего присоединения атеросклеротического процесса, особенно в её дистальных отделах, где хирургическое восстановление кровотока обречена на неудачу. Цель исследования. Улучшение результатов ком-



плексного лечения больных СДС путём применения механической ревазуляризации ангиогенеза на многопозиционном устройстве. Материалы и методы. Анализированы результаты обследования и лечения 114 больных СДС в клинике общей хирургии ДГМУ 2005-2016 гг. в возрасте от 60 до 86 лет, в среднем $63,5 \pm 1,3$ лет. Из них 46 больных контрольной группы, а 68 – основной группы. У 86% больных СДС сочеталась с атеросклерозом артерий нижних конечностей (ААНК). Больные обследованы клиничко-лабораторно и УЗДГ сосудов нижних конечностей. В лечении больных кроме диетотерапии, сахароснижающих средств, обезболивающих и антибактериальных препаратов, инфузионной терапии, иммунотерапии проводилось механическое стимулирование ангиогенеза по разработанной нами методике. Суть механической ревазуляризации заключалась в проведении с помощью многопозиционного устройства проф. М.Р. Рамазанова путём стимуляции гемодинамики нижних конечностей и органов брюшной полости. Оперативное пособие в объеме: вскрытие гнойных затеков, некрэктомия, проводимое в первые 5 суток после госпитализации. Критерием адекватной некрэктомии являлись морфологические изменения и кровоточивость тканей в ране. Больным I группы проводилось традиционное лечение. Больным II группы в лечении включено: механическое стимулирование ангиогенеза по разработанной нами методике. Группы сопоставимы по полу и возрасту, длительности СДС и сопутствующей патологии. Результаты и их обсуждение. Медиана длительности лечения в группах сравнения достоверно не отличались.

1139. ЗНАЧЕНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПЕРИТОНИТОВ

Михельсон Е.П., Насер Н.Р., Батыршин И.М., Склизов Д.С., Остроумова Ю.С., Двойнов В.Г., Бородина М.А., Шляпников С.А.

Санкт-Петербург

ГБУ "Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Санкт-Петербург

Актуальность. Лечение вторичного перитонита в настоящее время остается одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии. Прогнозирование исхода заболевания на ранних сроках госпитализации с последующей оптимизацией

лечения является приоритетным направлением. Учитывая тот факт, что вторичный перитонит сопровождается системным воспалительным ответом, перспективным научным направлением является изучение возможности использования биомаркеров воспаления в прогнозировании клинического исхода. Прокальцитонин является одним из наиболее значимых маркеров, отражающих тяжесть бактериальной инфекции. Материалы и методы. С 2015 по 2017 год в НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе на базе Городского центра по лечению тяжелого сепсиса проведено проспективное исследование с целью оценки прогностической значимости прокальцитонина в лечении пациентов с вторичными перитонитами. В исследование включено 30 пациентов, которые были разделены на две группы. Контрольная группа – пациенты, которым лечение проводилось «классическим способом» ($n=16$). Основную группу ($n=14$) составляли пациенты, которым в комплексном лечении проводилось исследование уровня прокальцитонина до операции, через 12 и 24 часа послеоперационного периода. Обе группы были статистически сопоставимы по тяжести состояния, которая оценивалась по шкалам SOFA, MPI. В исследование были включены все пациенты с интраоперационно подтвержденным вторичным перитонитом. Результаты. В результате проведенного исследования было установлено: 1. При адекватной санации очага инфекции во время первичной операции отмечалось значимое снижение прокальцитонина в первые сутки послеоперационного периода. 2. При сохранении исходных показателей или повышении уровня прокальцитонина требовалось выполнение повторной релапаротомии и дополнительной санации, что неблагоприятно сказывалось на клиническом исходе. 3. Уровень летальности в основной группе составил 28% ($n=4$), в контрольной – 37,5% ($n=6$).

1140. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА И УРОВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В КРОВИ

Насер Н.Р., Михельсон Е.П., Шляпников С.А.

Санкт-Петербург

ГБУ "Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Санкт-Петербург

Введение. Оценка уровня прокальцитонина в крови является одной из важных величин, характе-



ризующих степень выраженности бактериальной инфекции. В рекомендациях ряда авторитетных международных сообществ предлагается использовать оценку уровня прокальцитонина плазмы для определения показаний к проведению антибактериальной терапии, а также к ее прекращению при достижении уровня меньше 0,5 нг/мл. На начальном этапе лечения возбудитель и его чувствительность к антибиотику, как правило, не известны, антибактериальная терапия носит эмпирический характер. В настоящее время под оптимизацией эмпирической терапии понимается приближение ее к этиотропной, в связи с чем особенно важна ранняя верификация типа возбудителя относительно его грамм принадлежности. Данный подход может обеспечить возможность раннего начала целенаправленного лечения, особенно в тех ситуациях, когда источник не может быть явно определен в короткие сроки. Целью настоящего исследования явилось изучение возможной зависимости уровня прокальцитонина от вида (грам-принадлежности) микроорганизма возбудителя инфекционного процесса при септических реакциях. Материал и методы. Основу настоящей работы составили материалы изучения течения различных форм септических реакций у больных с острой хирургической инфекционно-воспалительной патологией, проходивших лечение в НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе с 2012 по 2016 год. При исследовании выделено 3 группы пациентов: 54 больных с клиникой сепсиса, 132 больных с признаками тяжелого сепсиса и 8 пациентов с септическим шоком, сопровождавшиеся бактериемией. Основными источниками сепсиса являлись: пневмония, интраабдоминальная инфекция, уроинфекция, инфекции мягких тканей и костно-уставного аппарата, инфекции кровотока, инфекции ЦНС. Результаты: При анализе оценки достоверности различий уровня прокальцитонина при выделении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов из крови выявлена высокая достоверность различий – $p = 0,001252$, что наиболее вероятно связано с различиями между грамотрицательными и грамположительными микроорганизмами в стимулировании выделения прокальцитонина в ответ на появление в кровеносном русле их продуктов – эндотоксина грамотрицательных микроорганизмов и экзотоксина грамположительных микроорганизмов. Выводы. Таким образом, исследование зависимости между уровнем прокальцитонина и выделенными возбудителями при бактериемии, сопровождающей различные формы и виды септических реакций, показало достоверную разницу по уровню выделяемого прокальцитонина в ответ на воздействие грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, циркулирующих в кровенос-

ном русле. Полученные результаты исследования позволили провести оптимизацию эмпирически назначенной антибактериальной терапии в ранние сроки госпитализации.

1141. ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

*Цициашвили М.Ш., Моныхов Д.В.,
Шиповский В.Н.*

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность За последнее десятилетие нашей клиникой накоплен большой опыт лечения пациентов с кровотечениями портального генеза с использованием эндоскопических и эндоваскулярных методик. Предлагаем анализ наиболее сложных случаев для лечения: 1. Реинтервенции после TIPS 2. Профилактика энцефалопатии после TIPS у пациентов с кровотечением и асцитом 3. Возможность выполнения трансплантации печени после эндоскопических и эндоваскулярных операций Материал и методы 1. В группу для реинтервенции включено 33 пациента с тромбозом TIPS. Случаи тромбоза произошли в разные сроки после операции: до недели - у 8 больных, от недели до одного месяца - у 9, от одного до трех месяцев - у 6, от трех месяцев до 1 года у 2-х больных и от 1 года до 2 лет у 8 пациентов. Восстановление просвета стента заключалась в следующем: реканализации тромбированного стента; проведении реолитической тромбэктомии (РТЭ) с использованием Angiojet 9000 и корзинкой Dormia; при отсутствии эффекта от тромбэктомии для дальнейшего восстановления просвета выполняли баллонную ангиопластику и/или стентирование "stent in stent"; выполнении параллельного и Y-образного TIPS. 2. С целью выбора оптимального стента для TIPS и оценки печеночной энцефалопатии до- и после операции, нами выполнен анализ обследования и лечения 46 пациентов с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией, ВРВП и резистентным асцитом. Всем пациентам до TIPS была выполнена оценка печеночной энцефалопатии, включая анализ крови на NH₃. Все больные, которым удалось выполнить TIPS (43 пациента из 46), были разделены на 2 группы. В 1-й группе больных для TIPS использовали голометаллические стенты (n=26), во 2-ой группе- стент-графты (n=17). После TIPS все пациенты направлялись на консультацию к трансплантологу. Результаты 1. Реинтервенция



после TIPS. 33 пациентам с тромбозом TIPS была выполнена 51 операция. При этом только 25-ти из 33 пациентов удалось восстановить проходимость TIPS, пяти пациентам выполнен в дальнейшем параллельный TIPS, а 3-м У-образный. Баллонная дилатация стеноза (n=16), стентирование «стент-в-стент» (n=16), тромбэкстракция с помощью «AngioJet» (n=5), корзина Dormia (n=5). Через 1 месяц результаты прослежены у 31 пациента из 33-х; двое больных с циррозом класса С умерли от печеночно-клеточной недостаточности. При УЗДС у всех больных был выявлен магистральный кровоток по стенту. В исследуемой группе не было рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и нарастания асцита. 2. Выбор стента и лечение энцефалопатии Завершить TIPS стентированием удалось у 43 пациентов (технический успех 93,5%). В отдаленные сроки (до 6 мес) в группе с голометаллическим стентом умерло 6 больных (13,9%) от прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности. У 2-х пациентов (4,6%) отмечен рецидив кровотечения из ВРВП. Осложнение ликвидировано путем эндоскопического лигирования вен. Нарастание асцита, потребовавшее лапароцентеза, отмечено у 5-ти больных (11,6%). Тромбоз шунта наблюдался у 7-ми пациентов (16,3%). Увеличение степени печеночной энцефалопатии выявлено у 5-и пациентов (11,6%). Всем пациентам до- и после TIPS был проведен курс консервативной терапии с целью купирования явлений печеночной энцефалопатии. После применения эндоскопических и эндоваскулярных методик в сотрудничестве с трансплантологами было выполнено 44 ортотопических трансплантации печени Выводы 1. Улучшение результатов лечения у больных, перенесших тромбоз TIPS, обусловлено выполнением реинтервенций. 2. Малоинвазивной альтернативой портосистемных анастомозов TIPS. 3. Самым радикальным способом лечения асцита, осложняющего течение цирроза печени, является трансплантация печени. 4. Степень печеночной энцефалопатии после операции имеет тенденцию к временному повышению в течение месяца, однако на фоне консервативной терапии в дальнейшем мало влияет на качество жизни пациента.

1142. ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Багдасаров В.В. Багдасарова Е.А., Ярков С.А., Карчевский Е.В.

Москва

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

Развитие эндоскопических методов гемостаза и интервенционной артериальной эмболизации привели за последнюю четверть века к значительному уменьшению количества неотложных хирургических вмешательств при гастродуоденальных кровотечениях как единственно возможного способа надежного гемостаза. Частота рецидивов после первичного эндоскопического гемостаза составляет 14,1%, а в 15-25% кровотечение не контролируется эндоскопически. У пожилых мультиморбидных больных рецидив кровотечения является плохим прогностическим фактором с уровнем смертности в 44-60%. При хирургическом вмешательстве на высоте кровотечения смертность варьирует в пределах 20–40%. Транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ) рассматривается как альтернатива хирургическому вмешательству, особенно у больных высокого хирургического риска, и стоит в первом ряду лечебных действий при эндоскопически не контролируемых кровотечениях. Цель: улучшить результаты лечения дуоденальных кровотечений при использовании транскатетерной артериальной эмболизации. Материал и методы исследования. За период 2012-2014г. в клинике госпитальной хирургии №2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (клиническая база ГКБ им.С.С. Юдина) наблюдались 242 больных с (ЖКК). По поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений оперировано 35(34,0%) с послеоперационной летальностью (15%). Сопутствующая патология по тяжести клинических проявлений у значительной части больных конкурировала с основным заболеванием. Для стратификации больных по степени риска рецидива кровотечения и летального исхода использовали прогностические шкалы (Rockall и Blatchford,). При использовании ангиографии и эндоваскулярных вмешательств использовали в 52% наблюдениях феморальный, в 38% подмышечный и в 10% радиальный доступ. Для проведения целиакографии использовался 5Fr радиографический катетер и ультрагладкий проводник для суперселективного проведения катетера в желудочно-двенадцатиперстную артерию. После достижения доступа выполняется ангиография для уточнения артериаль-



ной анатомии и поиска экстравазата. В тех случаях, когда не обнаружено признаков кровотечения на ангиограмме, выполняется «слепая эмболизация», направляемая на основе эндоскопического и исследования и компьютерной томографии относительно места кровотечения. Для исключения «слепой» эмболизации, при гастродуоденоскопии метили источник кровотечения клипсами, которые являлись «дорожной картой», что значительно облегчало поиск целевой артерии при отсутствии прямых признаков кровотечения. Ангиографию верхней брыжеечной артерии всегда проводили после эмболизации желудочно-двенадцатиперстной артерии, для предотвращения коллатерального кровотока из ветвей верхней брыжеечной артерии и ее ветвей: - a.pancreaticoduodenalis sup. ant. et post. и a.pancreaticoduodenalis inf. ant. et post. Если на ангиографии определяется коллатеральный кровоток - существует возможность рецидива, поэтому для эмболизации использовали микрокатетер. К прямым и косвенным признакам кровотечения относили: экстравазацию контрастированной крови, тромботическую окклюзию сосудов, регионарный артериальный спазм, аневризмы ветвей чревного ствола, а также признаки локальной гиперваскуляризации и периартериальной диффузии контрастированной крови. С целью эндоваскулярной окклюзии использовали стент-графты MGUARD Prime, микроспиральи Гиантурко, модифицированные спирали из проводников, микросферы (размером от 300 до 500 мкм и 900-1200 мкм), сферические и цилиндрические эмболы «Эмбокс» и «сэндвичи» - спирали Гиантурко с микросферами. Результаты: Источники кровотечения: язва двенадцатиперстной кишки - (65,1%), язва желудка - (34,9%). До 2010г. хирургическая активность при ЖКК была более 40%. С 2011 г при гастродуоденальных кровотечениях использовали разработанный лечебный алгоритм: 1) эндоскопический гемостаза под наркозом с уточнением риска рецидива кровотечения; 2) при неуверенном или при безуспешном эндоскопическом гемостазе, а также при рецидиве кровотечения катетерная артериальная эмболизация (ТАЭ); 3) при отсутствии эффекта от ТАЭ –хирургическое лечение. Эндоскопический гемостаз всегда был первым в линии выбора лечебной тактики у больных с ЖКК. Повторные попытки эндоскопического гемостаза в контрольной группе предпринимали только при очень высоком риске оперативного вмешательства. В контрольной группе хирургическое лечение было вторым методом в линии выбора после эндоскопического гемостаза, что улучшало эффективность лечения у данных пациентов, однако в показателях летальности уменьшения не наблюдали. При первичном эндоскопическом вмешательстве устойчивый гемостаз

наблюдали у 29 (13,7%) пациентов. Повторные эндоскопические вмешательства выполнены у 94 (49,2%) больных. У пациентов обеих групп после эндоскопического гемостаза, терапия высокими в/в дозами ингибиторов протонной помпы (нексиум 160мг болюсно и далее 8мг/ч) существенно снизило частоту рецидивов. У 32 (22,5%) больных основной группы рецидив кровотечения или его высокий риск являлись показанием к проведению КАЭ -в течение 12-36 ч с момента остановки кровотечения. В основной группе, особенно у пожилых пациентов, после эндоскопического лечения гемостаз достигнут у 89,0 %. Диагностированный у больного при остановившемся кровотечении рыхлый тромб, препятствующий осмотру стенок 12 п.к. кишки, является показанием к экстренной эмболизации, так как прогноз вероятности рецидива кровотечения при этом составляет 100%. Изменение хирургической тактики лечения при ЖКК из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (оптимизация эндоскопического гемостаза, широкое внедрение КАЭ и резкое снижение оперативной активности) привело к снижению в 2012-2014 г.общей летальности до 1,6%. Выводы: Неудачная либо неприменимая эндоскопия у гемодинамически нестабильных пациентов, должна предполагать срочную катетерную артериальную эмболизацию, тогда как реэндоскопия должна быть применена в первую очередь у стабильных пациентов. По нашим данным ТАЭ является безопасной альтернативой хирургическому лечению при массивном гастродуоденальном кровотечении, устойчивом к эндоскопическому гемостазу и может быть выполнена с высоким техническим и клиническим успехом. Неоспоримое преимущество ТАЭ по сравнению с традиционным хирургическим подходом состоит в минимальной инвазивности, избегании лапаротомии у критических пациентов, наркоза, уменьшающейся смертности и инфекционных осложнений.

1143. ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПАРАПНЕВМОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ БЕЗ БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА

Слободенюк И. Ф.

Владивосток

ГБУЗ ККБ №2

Актуальность. Количество больных с нагноительными заболеваниями лёгких, в том числе и эмпиемой плевры, не имеет тенденции к уменьше-



нию. У 85-90% больных эмпиема плевры является осложнением острых и хронических заболеваний лёгких. Необходимость изучения данного вопроса обусловлена не только частотой эмпиемы плевры, но и высокой летальностью больных с этой патологией, которая по данным разных авторов составляет от 5 до 25%. Единой тактики ведения данной категории больных до сих пор не разработано. Материал и методы исследования. Был проведён сравнительный анализ использования стандартных растворов для санации полости эмпиемы (0,05% раствор хлоргексидина; 1% раствор бетадина) и растворов гипохлорита натрия и озонированного раствора хлорида натрия у 196 больных с эмпиемой плевры в возрасте от 17 до 81 года, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» (г. Владивосток). У 68 больных (основная группа) полость эмпиемы промывали 0,08% раствором гипохлорита натрия два раза в сутки, добиваясь чистоты последней порции промывных вод. Местное применение озона включало санацию плевральной полости через дренажи озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 3000 мкг/л 2 раза в сутки до очищения полости эмпиемы от гноя и фибрина. Последующая обработка проводилась раствором с концентрацией озона от 600 до 1200 мкг/л. Использовали фракционный или проточный лаваж плевральной полости растворами антисептиков до «чистых» промывных вод, затем дренаж подключали к активной аспирации с использованием одноразовой дренажной системы Drentech emotrance (Redax). В группе сравнения для аспирации использовали водоструйный отсос. Если ежедневное количество извлекаемой из плевральной полости жидкости не превышало 10-15 мл, то аспирацию прекращали, дренаж укорачивали, но оставляли до полного закрытия остаточной полости. Результаты исследования. В результате лечения 49 (72±3,2%) пациентов основной группы выписаны с выздоровлением, 3 (4,4±2,5%) – умерли. У 16 (23,5±3,6%) больных процесс принял хроническое течение. Из 66 больных группы сравнения, где санация плевральной полости проводилась традиционными антисептическими растворами с использованием водоструйного отсоса, были выписаны с улучшением 35 (53±5,6%) пациентов. Летальность составила 10,2±3,7. Хронизация процесса была отмечена в 36±5,9% случаев. Из 32 пациентов, получавших озонотерапию, 27 (84,4%±8,4) выписаны с выздоровлением. Средний койко-день составил 25±1,2 дня. В группе сравнения (30 пациентов) выздоровление наступило в 40±9,1% случаев; средний койко-день составил 43±1,6 дня ($p < 0,05$). Хронизация процесса была отмечена в 1,5 раза реже, чем в группе

сравнения ($p > 0,05$) и была связана с исходной тяжестью и массивным поражением лёгкого, а также формированием плевральных шварт. В группе пациентов, получавших озонотерапию, было выписано с выздоровлением в 2 раза больше, чем в группе сравнения (p

1144. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЫСОКУЮ АМПУТАЦИЮ

*Рязанов А.Н., Сорока В.В., Нохрин С.П.,
Белоусов Е.Ю., Петровский С.В., Магамедов И.Д.*

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Заболевание периферических артерий представляет собой распространенное проявление системного атеросклероза, связанное с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и смертельных исходов и ведущее к существенному ограничению физической активности больных и снижению качества их жизни. Критическая ишемия представляет угрозу не только в отношении потери конечности, но и в целом для всего организма. Возможность разработки индивидуализированного лечебного алгоритма на основании прогнозирования риска развития осложнений, позволит вносить необходимые коррективы в лечебный процесс и улучшить результаты лечения данной категории пациентов. Материалы и методы. За период с 1999 по 2014 гг. в отделении сосудистой хирургии было проведено обследование и лечение 1274 пациентов с критической ишемией нижних конечностей, которым была выполнена высокая ампутация (уровень бедра, голени). Мужчин было 938 человек (73,6%), женщин – 336 (26,4%). Средний возраст пациентов составил 68,1±2,8 лет (от 34 до 91). Причиной, приведшей к развитию терминальной стадии критической ишемии, в преобладающем большинстве случаев явился облитерирующий атеросклероз ($n=953$). Первичная (первая высокая ампутация по поводу данного заболевания, без каких – либо реконструктивных операций) ампутация выполнена 469 больным (36,8%). Вторичная (после предварительно перенесенных операций: прямой или непрямой реваскуляризации и консервативной терапии) – 805 больным (63,2%). Результаты. Изучены и проанализированы признаки системного воспалительного ответа у больных с критической ише-



мией, перенесших высокую ампутацию конечности. На базе отделения сосудистой хирургии НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе разработана унифицированная таблица диагностики системного воспалительного ответа у больных с КИНК с присвоением бальной оценки каждому признаку. Основываясь на концепции развития системного воспалительного ответа, у больных с КИНК был разработан прогностический алгоритм, посредством которого можно с 70% - процентной вероятностью определить клинические исходы у пациентов с КИНК, перенесших высокую ампутацию конечности. Все пациенты, которым была произведена высокая ампутация по поводу КИНК, были разделены на 2 группы: контрольную и основную. Был проведен ретроспективный анализ результатов ампутаций нижних конечностей за период с 1999 по 2006 года. Эта группа пациентов была обозначена как контрольная и составляла 38,3 % (n=488). Им до операции и в послеоперационном периоде назначали традиционное «базисное» лечение. Вторая часть исследования проводилась с 2007 по 2014 года и заключалась в применении того же прогностического алгоритма, как и в контрольной группе, но с применением персонализированного лечебного подхода. Эта группа пациентов составляла 61,7 % (n=786), обозначена основной. В последующем проводилась проспективная оценка связи результатов данного исследования и ранних послеоперационных осложнений и летальности. На основании прогностического алгоритма пациентам основной группы разработан персонализированный лечебный алгоритм. Разработанные нами алгоритмы позволили снизить осложнения и летальность. Выводы. 1. Критическая ишемия нижних конечностей при заболеваниях периферических артерий является актуальной проблемой современного здравоохранения, так как у 14% пациентов требуется выполнение высокой ампутации, что в последующем снижает качество и продолжительность жизни. 2. Применение в клинической практике лечебно-прогностического алгоритма позволило снизить частоту осложнений на 13,6%, из них местных на 16,8%, за счет гнойно-некротических осложнений, общих на 12,1%, а также летальность на 10,2% по сравнению с больными, которые получали стандартную «базисную» терапию. 3. Индивидуальный подход к выбору объема проводимого лечения в послеоперационном периоде сказывается на сроках лечения и на прослеженных отдаленных результатах. После 1 года летальность снизилась на 14,6%, после 2 года – на 12,8 % по сравнению с контрольной группой пациентов.

1145. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К.,
Грошинин В.С., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М.,
Хлиян Х.Е., Меликова С.Г., Галашолян К.М.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Свищи прямой кишки представляют собой одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний, их частота колеблется от 15% до 30%. При этом, свищевые формы парапроктита составляют до 28% среди всех проктологических заболеваний. Кроме того, остается стабильно высоким процент неудовлетворительных исходов оперативного лечения, в первую очередь – рецидивов заболевания. Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов со сложными (в том числе рецидивными) экстрасфинктерными ректальными свищами, предотвращение ранних нагноительных осложнений и рецидивов заболевания. Материалы и методы. Нами был разработан оригинальный способ лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки (патент РФ № 2326604 от 20.06.08). Предлагаемый способ основан на использовании П-образного фасциально-мышечного трансплантата на сосудисто-нервной ножке на основе медиальной порции большой ягодичной мышцы с ягодичной фасцией, погружаемого в остаточную полость операционной раны и фиксируемого к фасциальному футляру прямой кишки в проекции внутреннего отверстия свищевого хода под углом 90° к горизонтальной оси при симфизопетальном типе тазовой топографии и под углом 120° к горизонтальной оси при сакропетальном типе топографии над внутренним отверстием свища, в сочетании иссечения свища с мерами, направленными на ликвидацию остаточной полости, купирование воспаления и реваскуляризацию зоны пластики. Результаты. Отмечено, что по сравнению с традиционными методиками, отмечена более ранняя активизация больных, снижение интенсивности болевого синдрома, что подтверждается уменьшением количества использованных анальгетиков, сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили 6 - 9 суток. Больным проведено контрольное обследование спустя 1, 3 и 6 месяцев после операции. Рецидивов свища не было, электромиография и сфинктерометрия (при отсутствии характерных жа-



лоб) не выявили недостаточности замыкательного аппарата. Заключение. Таким образом, опыт применения на практике разработанной новой хирургической методики лечения больных хроническим парапроктитом, сложными экстрасфинктерными свищами прямой кишки 3 – 4 степени сложности позволил улучшить результаты лечения, избежать ранних послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания, развития недостаточности анального сфинктера и, как следствие, инконтиненции. При этом значительно сокращаются сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре (до 6 – 9 дней) и амбулаторной реабилитации оперированных пациентов.

1146. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН

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

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

Актуальность. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии остаются сложной проблемой в ургентной хирургии. Цель исследования Разработать лечебную тактику при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка и оценить результаты ее применения. Материалы и методы. Алгоритм лечебной тактики основан на анализе лечения 3556 пациентов с портальной гипертензией, из них у 1434 пациентов была выявлена угроза кровотечения из ВРВП и ВРВЖ, а у 302 больных кровотечение в анамнезе. Структура группы больных (n- 302) с кровотечением была следующая: 221 пациент (73.2%) с состоявшимся кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка и 81 пациент (26.8%) с продолжающимся кровотечением из варикозных вен. При этом у 18 больных в качестве экстренного метода гемостаза было выполнено эндоскопическое лигирование (эффективность экстренного эндоскопического гемостаза 83,1%), а 63 больным установлен зонд-обтуратор (эффективность экстренного гемостаза 98.2%). У 2-х больных мы не смогли добиться гемостаза с помощью зонда-обтуратора, в связи с чем им была выполнена операция Пациора. Группе больных (n- 221 пациентов) с состоявшимся кровотечением первым этапом было выполнено эндоскопическое

лигирование в срочном порядке. В дальнейшем после стабилизации состояния и оценки степени печеночно-клеточной недостаточности (Чайлд) 126 из них был выполнен второй этап хирургического лечения- TIPS (трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование). Больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе пациентов для выполнения TIPS использовали самораскрывающиеся голометаллические стенты (n=78), во 2-ю группу вошли больные после стентирования стент-графтом (n-54). После операции TIPS все пациенты повторно госпитализировались в клинику для проведения гепатотропной терапии, дообследования и выполнения (по показаниям) эндоскопического лигирования вен пищевода через 3, 6, 12, 18 мес. Так же после выписки из нашей клиники все пациенты направлялись к трансплантологу для постановки в очередь на трансплантацию печени. Результаты Через 18 мес после операции были получены следующие результаты. В 1-й группе больных (голометаллический стент, n-78) у 16 пациентов (20,5%) диагностировали тромбоз внутривенного стента, который у 13 (16,6%) пациентов привел к возникновению кровотечения из ВРВП; увеличение степени ПЭ зафиксировано у 9 (11,5%). Во 2-й группе (n-54) больных случаев тромбоза стент-графта не было выявлено; кровотечение из ВРВП рецидивировало у 2 (3,7%) больных, увеличение степени ПЭ зафиксировано у 4 (7,4%) пациента. Летальность в группах была: 14 (17,9%) больных в 1-й группе и 5 (9,3%) во 2-й группе. После применения малоинвазивных методов коррекции осложнений портальной гипертензии в сотрудничестве с ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» было выполнено 44 ортотопических трансплантации печени. Выводы: 1. В качестве экстренного метода гемостаза предпочтительнее использовать зонд-обтуратор ввиду эффективности и доступности метода 2. После стабилизации состояния больного и оценки степени печеночно-клеточной недостаточности, первым этапом хирургического лечения необходимо выполнять эндоскопическое лигирование вен пищевода 3. Методом выбора для профилактики рецидива кровотечения у пациентов с циррозом печени класса В и С (Чайлд) является TIPS 4. Применение стент-графтов в сравнении с голометаллическими стентами позволило снизить частоту рецидивов кровотечения из варикозных вен, уменьшить степень ПЭ, уменьшить частоту таких осложнений после TIPS как тромбоз стента. 5. Дальнейшее улучшение результатов лечения данной группы пациентов, на наш взгляд, связано с более широким распространением трансплантации печени в РФ.



1147. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА «НЕУСТАНОВЛЕННОГО ГЕНЕЗА»: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА

*Иванова Е.В.(1,2), Федоров Е.Д.(2,3),
Юдин О.И.(1), Михалева Л.М.(3),
Тихомирова Е.В. (4)*

Москва

1) АО «Клиника К+31» 2) НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России 3) ГБУЗ ГКБ №31 ДЗМ4) Кафедра общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В.Ломоносова

Актуальность. Кровотечения с неясным источником составляют около 5% от всех кровотечений из ЖКТ, как правило – это тонкокишечные кровотечения. Диагностика поражений тонкой кишки сложна и занимает длительное время до момента обнаружения источника кровотечения. Целью исследования явилась оценка возможностей современных методов энтероскопии в диагностике и лечении заболеваний тонкой кишки, осложненных кровотечением, изучение их семиотики и частоты встречаемости. Материалы и методы. В период с 14.02.2007 г. по 18.01.2017 г. в эндоскопических отделениях ГКБ № 31 и Медицинского центра «Клиника К+31» г. Москвы было обследовано 196 пациентов (мужчин - 101 (51,5%), женщин - 95 (48,5%), в возрасте от 18 до 84 лет (ср. возраст 53,0 ± 17,2 лет)) с подозрением на кровотечение из ЖКТ неясной этиологии. Клиническая картина явного кровотечения была у 122 (62,2%) пациентов, скрытого кровотечения - у 74 (37,8%) пациентов. Анемия тяжелой степени тяжести имела место у 77 (39,3%) пациентов, средней степени тяжести - у 67 (34,2%) пациентов, легкой степени - у 42 (21,4%) пациентов, уровень гемоглобина на момент обследования не был изменен у 10 (5,1%) пациентов. Всем пациентам проводилась комплексная диагностика, включающая лабораторные, лучевые и эндоскопические методы исследования. Видеокапсульная энтероскопия была проведена у 160 (81,6%) пациентов, баллонно-ассистированная энтероскопия - у 114 (58,1%) пациентов, у 82 (41,8%) пациентов диагностика выполнялась путем комбинации этих методик. Результаты. Источник кровотечения был верифицирован у 160 (81,7%) из 196 пациентов: в тонкой кишке источник выявили у 141 (88,2%) из 160 пациентов, в верхних/ниж-

них отделах ЖКТ - у 19 (11,8%) пациентов. Источник кровотечения находился в тощей кишке у 68 (48,2%) пациентов, в подвздошной кишке – у 52 (36,8%), на протяжении всей длины тонкой кишки - у 21 (14,9%) пациента. Среди источников кровотечения в тонкой кишке сосудистые мальформации были выявлены у 59 (41,8%) пациентов, опухоли тонкой кишки - в 42 (29,8%) случаях, эрозивное поражение тонкой кишки – в 34 (24,1%) случаях. Дивертикул Меккеля явился причиной кровотечения у 5 (3,5%) пациентов, дефект слизистой оболочки после выполнения полипэктомии – у 1 (0,7%) пациента. Пациентам с выявленными сосудистыми мальформациями в 25 (42,4%) из 59 случаев в ходе БАЭ была выполнена аргоно-плазменная коагуляция и клипирование наиболее крупных ангиоэктазий. Среди опухолей тонкой кишки эпителиальные опухоли были выявлены у 16 (38,1%) пациентов (гамартумы Пейтца-Егерса (6), аденокарцинома (6), недифференцированный рак (2), аденома (2)); неэпителиальные – у 20 (44,4%) пациентов (ГИСО (7), нейроэндокринная опухоль (6), лимфома (2), кавернозная гемангиома (2), лимфангиома (1), ангиофибролипома (1), лейомиома (1)). Оперативное лечение в объеме резекции сегмента тонкой кишки, несущего опухоль, было выполнено у 24 (57,1%) пациентов; эндоскопическое удаление образований - у 7 (16,7%) пациентов, курс ПХТ назначен 2 (4,4%) пациентам с лимфомой тонкой кишки. Пациентам с эрозивно-язвенным поражением тонкой кишки - 34 (24,1%) - рекомендовано консервативное лечение. Оперативное лечение в объеме ре-резекции тонкой кишки с формированием анастомоза «бок-в-бок» выполнено у 6 (60,0%) из 10 оперированных ранее пациентов с верифицированными язвами области энтеро-энтероанастомоза. В случае выявления дивертикула Меккеля у 5 (3,5%) пациентов была выполнена резекция тонкой кишки с формированием анастомоза «бок-в-бок». Источник кровотечения не был выявлен у 36 (18,3%) из 196 больных. Эти пациенты оставлены под наблюдение и направлены на дообследование к гематологу. Заключение. Комплексный подход к диагностике источника кровотечения неясного генеза, включающий современные методики энтероскопии, позволил выявить источник кровотечения у 160 (81,7%) больных. Наиболее частыми источниками тонкокишечных кровотечений являются сосудистые мальформации в 41,8% случаев и опухоли тонкой кишки в 29,8% случаев.



1148. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ

Осипов А.В.(1), Шляпников С.А.(1), Демко А.Е.(1),
Суров Д.А.(2), Святненко А.В.(1),
Батыршин И.М.(1)

Санкт-Петербург

- 1) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
- 2) Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова

Внедрение малоинвазивных технологий во многом изменило хирургическую тактику при лечении острого холангита. Однако, все чаще в литературе встречаются данные, что декомпрессивные вмешательства не всегда ликвидируют холангит. В связи с этим все острее встает вопрос адекватной антибактериальной терапии в комплексном лечении острого холангита. Цель: Определение принципов антибактериальной терапии при остром холангите. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 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 крови в первые 6 часов 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%). 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, рекомендаций Токийских протоколов 2013 г., при поступлении больных с острым холангитом назначали эмпирическую терапию по следующей схеме: легкий холангит – фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин) в сочетании с метронидазолом, холангит средней степени тяжести – цефалоспорины 3 поколения (цефепим, цеф-

тазидин) в сочетании с метронидазолом, холангит тяжелой степени – карбапенемы (имипенем, меропенем, дорипенем). При наличии контактов с системой здравоохранения в срок до 3 месяцев без имплантов и 12 месяцев с наличием имплантов вне зависимости от степени тяжести холангита – карбапенемы или монобактамы в сочетании с метронидазолом. Выводы. Ретроспективный бактериологический анализ с учетом чувствительности к антибиотикам позволил разработать адаптированную схему эмпирической антибактериальной терапии при лечении пациентов с острым холангитом.

1149. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛООПАСНОГО ТРОМБОЗА В ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Луганск, ЛНР

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

Актуальность: Острый варикотромбофлебит вен нижних конечностей является заболеванием, с которым встречается врач любой специальности. Распространённость эмболоопасного тромбоза поверхностных вен нижних конечностей (ЭТПВНК) составляет 10–20% населения, осложнения в 30–55% случаев течение варикозной болезни. Главная опасность этих заболеваний – тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), которая возникает у 25–37% больных. Тактика лечения больных с ЭТПВНК остается актуальным вопросом и на сегодняшний день, несмотря на множество новых методов лечения. Цель: Оценить эффективность лечения больных ЭТПВНК. Материал и методы исследования: В период с 2012 г. по 2015 г. было обследовано 365 пациентов с ЭТПВНК, находившиеся на лечении в отделение трансплантологии и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. У 223 (61,1%) больных варикотромбофлебит исходно локализовался в бассейне большой подкожной вены (БПВ), а в 75 (20,5 %) случаях варикотромбофлебит исходно локализовался в бассейне малой подкожной вены. У 67 (18,4 %) больных флотирующий тромб сформировался в результате восходящего тромбофлебита БПВ с пе-



реходом верхушки тромба на общую бедренную вену (ОБВ). Больные были обследованы согласно стандартам клинических протоколов. Во всех наблюдениях после постановки диагноза в целях профилактики ТЭЛА применяли активную хирургическую тактику. Результаты: Больные с ЭТПВНК оперировались в экстренном порядке — в день поступления. Произведено: верхняя кроссэктомия выполнена в 223 (61,1 %) случаях, нижняя кроссэктомия выполнена у 75 (20,5%) больных, тромбэктомия из БПВ и ОБВ с пликацией БПВ в 67 (18,4 %) случаях. Операции были выполнены под местной анестезией и спинномозговой анестезией. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больных с первых суток, флеботропная, дезагрегантная, компрессионная, антикоагулянтная и анальгезирующая терапия. Все пациенты отмечали положительную динамику лечения после операции. Усиления симптомов нарушения венозного оттока и стойкого сохранения симптомов венозного стаза у пациентов не отмечено. Летальных исходов не отмечено. Выводы: Использование хирургических методов профилактики ТЭЛА является — эффективным, малотравматичным и сравнительно безопасным вмешательством и не вызывает выраженных нарушений регионарной флебогемодинамики в послеоперационном периоде.

1150. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Семенова М.М., Кондратьев Д.Г., Кашаева М.Д.

Великий Новгород

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Институт Медицинского Образования

Актуальность проблемы. Гнойный холангит представляет собой одно из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни возникающего на фоне нарушения оттока желчи. Для данной патологии характерно быстрое распространение восходящей инфекции во внутривенные протоки, развитием холангиогенных абсцессов печени и билиарного сепсиса, что и определяет ее клиническую значимость. В настоящее время, количество больных гнойным холангитом, как и количество оперативных вмешательств, предпринимаемых по поводу данной патологии, увеличивается. Леталь-

ность в послеоперационном периоде продолжает оставаться высокой и составляет от 15 до 60%. Цель исследования: улучшить результаты лечения гнойного холангита на фоне механической желтухи неопухолевой этиологии. Материалы и методы: Проведен сравнительный анализ результатов лечения 370 больного с механической желтухой неопухолевой этиологии, у 147 из них течение заболевания осложнилось гнойным холангитом, что составляет 39,7 %. Все больные с холангитом по длительности механической желтухи разделились на холестаза до 10 дней – 29 больных, до 14 – 71, до 3-6 недель – 47. Пациенты распределены на 3 группы: первая группа – 39 больных, которым проводилась кратковременная антибактериальная предоперационная подготовка. Вторая группа – 32 пациента, с комплексной предоперационной подготовкой, блокадой круглой связки печени с одновременным выполнением ЭЛТ (эндолимфатическая терапия). В этих двух группах в экстренном порядке выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха, у 30%с холедохолитотомией. Третья группа – 75 пациентов, которым с антибактериальной и комплексной консервативной терапией, выполнялась миниинвазивная билиарная декомпрессии и санации желчных путей антисептическими растворами. У 37 пациентов проводилась дополнительная санация озоном по авторской методике. Результаты и обсуждение. При поступлении у всех пациентов отмечалась желтушность кожи и склер, обесцвеченный кал (97%), боли в правом подреберье или в эпигастральной области (98%). Печень плотной консистенции, болезненная (91%), выступала из под реберной дуги от 2 до 12 см. Гиперхолестеринемия и повышенная вязкость крови была особенно ярко выражена при желтухе длительностью 3-6 недель, рН смещался в кислую сторону, что свидетельствует о развитии ацидоза. Все эти показатели свидетельствуют об ухудшении реологических свойств крови. В первой группе летальность составила 32 %, во второй группе – 10%. Третья группа разделена на 3 подгруппы: первая – 13 больных, поступили в печеночной коме с гепатоцеребральной недостаточностью, 6 из них выполнено наружное дренирование грудного протока (НДГП), а через 24 часа эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с назобилиарным дренированием (НБДХ) – 3, лапароскопическая микрохолецистомия (ЛХСТ) – 4. Другим 6 больным выполнили билиодекомпрессию, а затем НДГП. При выполнении НДГП с последующим ЭПСТ с НБДХ (ЛХСТ) летальности не было. При выполнении ЭПСТ (ЛХСТ), а затем НДГП умер 1 из 6. Вторая – 42 больных, выполнялись только билиодекомпрессионные вмешательства: 29 – чрескожное чреспеченочное дренирование желчных



путей (ЧЧДЖП), 10 – ЭПСТ с НБДХ, 3 – ЛХСТ. После ЧЧДЖП умерло 13%, ЭПСТ с НБДХ 14% и 1 из 2 после ЛХСТ. Третья – 22 больных санация желчных путей осуществлялась путем ЭПСТ с НБДХ, вначале санировали антисептиками, затем озоном по авторской методике. Помимо этого лимфотропное введение антибиотиков по Оразбекову. Был наложен лимфовенозный анастомоз, что способствовало купированию гомеостатических нарушений. Летальности в этой подгруппе не было. Заключение. При гнойном холангите на фоне механической желтухи развиваются нарушения гомеостаза, повышается литогенность печени. Ограничиваться применением только антибактериальной терапии в данном случае нецелесообразно. Также должны выполняться мембранотропная, дезагрегантная и детоксикационная терапии. Наилучшие результаты при лечении данной патологии достигнуты при сочетанном применении миниинвазивных методов декомпрессии и санации желчных путей с активным применением ЭЛТ и лимфодренирования.

1151. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПОСТРАДАВШИХ, ПЕРЕВЕДЕННЫХ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ФГКУ «354 ВКГ» МИНОБОРОНЫ РОССИИ

Лобанов А.Н., Полунин С.В., Сандалов Е.Ж.

Екатеринбург

354 ВКГ МО РФ

Выбор тактики лечения у раненых и пострадавших напрямую зависит от качества, полноты, своевременности диагностики повреждений и оценки тяжести травмы. С целью изучения дефектов диагностики и лечения для улучшения организации хирургической помощи раненым и пострадавшим был проведен ретроспективный анализ 63 истории болезни больных, переведенных из лечебно-профилактических учреждений в отделение неотложной хирургии 354 ВКГ за период 1996 – 2010 год. Из лечебных учреждений Минобороны (ВМО МО РФ) переведено 19 пациентов (30,2%), из лечебных учреждений Минздрава России (ЛПУ МЗ) – 44 (69,8%). Пострадавших с торакоабдоминальными, множественными ранениями и сочетанной травмой было 20 пациентов (31,7%), с изолированными травмами 43 пациента (68,3%). На предыдущих этапах лечения не диагностированы повреждения у 22 пациентов (34,9%), отмечены ошибки в диагностике у 13 (20,6%), неверная интерпретация данных обследования у 6 (9,5%), нераспознанные

осложнения у 17 (27%), погрешности в оперативной технике у 25 (39,7%). У 8 пациентов (12,7%) развились осложнения, связанные с поздней диагностикой и погрешностями оперативного пособия на предыдущих этапах. Во всех случаях имелись дефекты документации. Из общего количества переведенных пострадавших оперирован 41 пациент (65,1%). Переведенных из ВМО МО РФ оперировано 73,7%, из ЛПУ МЗ – 61,4%. По первичным показаниям из всех поступивших оперировано 48,8%, повторно – 51,2%. Первичные операции пациентам с повреждениями живота выполнены у 11 (55%), груди – 5 (25%), повторные операции – 13 (62%) и 4 (19%) соответственно, прочие локализации – 8 человек. Не диагностированные на предыдущем этапе повреждения органов брюшной полости преобладали у пострадавших с сочетанными повреждениями (20%) и у этой же группы наблюдались дефекты хирургического лечения (40%), что потребовало выполнения оперативных вмешательств по неотложным показаниям (в 73,3% случаях). В более чем половине случаев повреждений «грудь-живот» ошибки в диагностике и погрешности в оперативной технике были у пациентов с повреждением груди. Так из 21 пострадавшего с повреждением органов груди у 6 (28,5%) повреждения не диагностированы, у 6 (28,5%) пострадавших были дефекты хирургического лечения, что потребовало проведения оперативного вмешательства в первые сутки. Из 39 пострадавших с повреждением органов брюшной полости у 21 (53,8%) пациента выявлены дефекты предыдущих этапов (наиболее часто не диагностировались повреждения селезенки и кишки), потребовавшие оперативного вмешательства по неотложным и срочным показаниям. Таким образом, несоблюдение принципов преемственности диагностики, хирургического лечения, отсутствие должной настороженности приводит к лечебно-диагностическим и тактическим ошибкам, для снижения количества которых необходимы следующие условия: 1. В лечебном учреждении должны быть выделены отделение и врачи, прошедшие подготовку по диагностике и лечению сочетанных повреждений и изолированных травм груди и живота. В состав дежурной бригады должен входить наиболее подготовленный и опытный хирург, способный организовать необходимый комплекс диагностики с привлечением узкопрофильных специалистов и принять тактическое решение. 2. Диагностика должна быть в максимальном объеме с учетом характера травмы для выявления нераспознанных повреждений на предыдущем этапе, т.е. отношение к переводному, как к «первично поступившему». 3. Ранний перевод пострадавших с тяжелой травмой до 48 часов в «терапевтическое окно». 4. В переводных документах должна быть отражена



максимально исчерпывающая информация о пострадавшем.

1152. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ (ФАСТ ТРЭК) У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Майстренко Н.А. (1), Манихас Г.М. (2),
Хрыков Г.Н. (1), Халиков А.Д. (2),
Фридман М.Х. (2), Стенькина Т.М. (1)*

Санкт-Петербург

1) ВМедА им. С.М. Кирова, кафедра(клиника) факультетской хирургии 2) СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

Актуальность: в хирургическую практику активно внедряется программа ускоренного выздоровления (ПУВ). Анализ печатных работ показал, что получены только единичные результаты применения ПУВ при онкопатологии желудка, при этом не учитывается возраст пациентов. Это свидетельствует о необходимости проведения дополнительных клинических исследований эффективности методики и оценки непосредственных результатов внедрения ПУВ в лечение рака желудка больных пожилого и старческого возраста (ПСВ). Материал и методы исследования: проанализированы результаты лечения 143 оперированных больных раком желудка старше 60 лет с 2007 по 2015 г.г. Пациенты были разделены на 2 группы: ретроспективная (контрольная, n=34), лечение которых проводилось без применения ПУВ (традиционно) и проспективная (основная, n=109), у которых периоперационный период осуществлялся в рамках компонентов ПУВ. Для предоперационной оценки применяли: шкалу оценки операционно-анестезиологического риска по классификации ASA, вероятность развития осложнений с учетом тяжести и количества сопутствующей патологии определяли при помощи индекса коморбидности по Charlson. Для оценки хирургических осложнений использовали классификацию Clavien-Dindo. Результаты: Установлено, что более 85% больных обеих групп относились к III или IV группе операционно-анестезиологического риска, при этом в основной группе преобладали пациенты более высокого операционно-анестезиологического риска, что сопровождалось, согласно индексу Charlson, более высокой вероятностью развития послеоперационных осложнений. В проспективной группе применение низкомолекулярных гепаринов приблизилось к 100%. Всем больным осуществлялись продлен-

ная эпидуральная анальгезия (эпидуральный катетер устанавливался 99,1% больным), отказ от рутинной постановки и раннее удаление зондов и дренажей, что позволило начать раннюю активизацию и уменьшить количество легочных осложнений, антибиотикопрофилактика, рестриктивный подход к объему инфузии в периоперационном периоде, профилактика синдрома послеоперационной тошноты и рвоты, раннее удаление мочевого катетера. Абсолютное большинство пациентов начинали энтеральное питание уже на 1 сутки после операции.

1153. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Игнатюк В.Г.

Москва

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

Количество людей, страдающих хроническим панкреатитом(ХП), увеличивается с каждым годом, при этом, практически, все эти пациенты работоспособного возраста, что говорит о выраженном социальном характере заболевания. В России заболеваемость ХП составляет 27,4-50 случаев на 100000 населения в год. Около 20% больных ХП умирает от его осложнений в срок до 10 лет от момента установления диагноза. 20-летняя выживаемость составляет только 45% . Во 2 хирургическом отделении МОНИКИ с апреля 2015 по февраль 2017, выполнено 20 резекционных оперативных вмешательств по поводу осложненного течения ХП. Оперировано 16 мужчин (78,9%) и 4 женщины (21,0%). Возраст составил от 41 до 69 лет. Показаниями к операции явились: болевой синдром некупируемый консервативными мероприятиями, рецидивирующее течение заболевания, увеличение головки поджелудочной железы до 40,0 мм и больше, билиарная гипертензия, панкреатическая гипертензия, портальная гипертензия, вируснолитиаз, наличие псевдокист поджелудочной железы. Нарушение углеводного обмена с виде панкреатогенного сахарного диабета диагностированное у 78,5% пациентов. Выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция головки поджелудочной железы по Фрею в модификации Э.И. Гальперина с продольной панкреатикоеюностомией -9 больным, резекция головки поджелудочной железы по Фрею в мо-



1154. РАНЕВОЕ ПОКРЫТИЕ С НАНОВОЛОКНАМИ ХИТОЗАНА: ОТ ЭКСПЕРИМЕНТА ДО РЕГИСТРАЦИИ

Меламед В.Д.

Гродно

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

дификации Э.И. Гальперина с продольной панкреатикоеюностомией и гепатикоеюностомией (в связи с сопутствующей билиарной гипертензией)- 4 больным, гастропанкреатодуоденальная резекция (в связи с невозможностью исключения рака головки поджелудочной железы в дооперационном периоде)- 3 больным, дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией-2 больным, дистальная резекция поджелудочной железы с гепатикоеюностомией -1 пациенту, экономная резекция головки поджелудочной железы с наружным дренированием кисты поджелудочной железы-1 больному. Гистологическое исследование удаленной ткани поджелудочной железы показало наличие склерозированной ткани с обширными очагами фиброза, с лимфоидно-клеточной воспалительной инфильтрацией, наличие псевдокист, в 2 случаях зафиксированы явления аутоиммунного панкреатита. Непосредственные положительные результаты после выполненных оперативных вмешательств получены у всех пациентов, выражались в первую очередь в виде купирования болевого синдрома, компенсации сахарного диабета, ликвидации возможных опасных осложнений панкреатита (кровотечений и разрывов псевдокист). Летальных исходов не было, осложнения в послеоперационном периоде зафиксированы у 10 больных(50%). Нагноение послеоперационной раны у 1 больного, послеоперационная гипостатическая пневмония- 3 больных, эксудативный плеврит- 2 больных, частичная несостоятельность панкреатикоеюностомии с формированием панкреатической фистулы- 3 больных(ликвидированы в течении 3 недель после операции), парапанкреатит-1 больной. Таким образом резекция головки поджелудочной железы по Фрею- Гальперину, при правильном выполнении и тщательном отборе пациентов позволяет получить удовлетворительные результаты лечения без операционной летальности и с минимальным числом осложнений. Гастропанкреатодуоденальная резекция показана при невозможности дооперационного исключения злокачественного поражения головки поджелудочной железы. При преимущественном поражении хвоста и тела поджелудочной железы, показано выполнение дистальной резекции органа.

Актуальность. Раневые покрытия эффективны при лечении кожных дефектов различного генеза, в связи с чем разработка данных изделий медицинского назначения с новыми характеристиками является актуальной. Цель. Экспериментально-клиническое обоснование эффективности применения раневого покрытия с нановолокнами хитозана «Хитомед - ранозаживляющее» при лечении экспериментальных кожных ран и кожных дефектов различного генеза у пациентов. Материал и методы. Экспериментальная часть работы состояла в моделировании полнослойных кожных дефектов у 72 лабораторных крыс массой 200-250 г. в межлопаточной области. В контрольной группе на кожные раны накладывали повязки с мазью «Левомеколь», в опытных группах использовали раневое покрытие «Хитомед-ранозаживляющее». Проводили морфометрические и гистологические, лабораторные и цитологические исследования. Раневое покрытие «Хитомед-ранозаживляющее» использовали при лечении посттравматических ран, поверхностных ожогов, донорских ран после взятия аутодермотрансплантатов, остаточных ожоговых ранах, трофических язвах варикозного генеза и на почве сахарного диабета, подготовке кожных дефектов различного генеза к пластическому закрытию у 39 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «ГКБ СМП г.Гродно», а также трех клиниках г. Минска, аккредитованных для проведения клинических испытаний изделий медицинского назначения. Результаты и их обсуждение. Результаты макроскопического исследования кожных ран у контрольных животных показали, что на 3-и и 5-е сутки от начала лечения размеры ран у опытных животных становились меньше, чем у контрольных (примерно на 1/3). В дальнейшем эта тенденция сохранялась, что приводило к полному заживлению ран на 14-е сутки у животных опытной группы. На 7-е сутки при гистологическом исследовании в группе опытных животных степень заживления раны выше, и напоминала состояние раны у крыс контрольной группы в более поздние сроки после начала лечения. Признаки воспаления отсутствовали. Эпидермис на поверхности раны являлся полнослойным. На 14-е сутки после



начала лечения у всех животных опытной группы произошла полная эпителизация ран; на границе с нормальной кожей, в отличие от контрольной группы, в грануляционной ткани появлялись волосяные фолликулы. В общем анализе крови в опытной серии наблюдали преобладание лимфоцитарной инфильтрации, а в контроле - сегментоядерных нейтрофилов. Изменения СРБ в опытной серии сопоставимо с течением фазности раневого процесса - постепенный подъём до 12 мг/л на 7 сутки и уменьшением на 14 сутки до 3 мг/л (в серии «контроль» 7 мг/л и 8 мг/л соответственно). Интерпретация мазков-отпечатков обеих групп на 3-и сутки была аналогична. Однако в последующем анализ некоторых показателей (лейкоцитарная инфильтрация, процент фагоцитирующих лейкоцитов, снижение количества детрита) свидетельствовал, что в опытной серии имело место большее снижение обсеменённости. Применение у пациентов раневого покрытия «Хитомед-рано-заживляющее» с нановолокнами хитозана активизировало очищение раневых поверхностей, ускоряло процессы регенерации, обладало выраженным анальгетическим эффектом, тем самым улучшая качество жизни пациентов, удобно для медицинского персонала, что обуславливает его эффективное использование при лечении пациентов с кожными дефектами различного генеза. Противопоказания к применению - гнойное отделяемое, выраженные фибринозно-гнойные наложения, струп на ране, острые паравульварные воспалительные процессы. Выводы. Результатом проведенных экспериментально-клинических исследований явилось получение регистрационно-го удостоверения № ИМ-7.104278 Покрытия раневые с нановолокнами хитозана стерильные, ТУ ВУ 600125053/075-2016, регистрационный номер Мн-7.118864-1510, действительно до 28.07.2021, разрешены к производству, реализации и медицинскому применению на территории Республики Беларусь.

1155. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ К ОТДЕЛЬНЫМ ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ПОМОЩЬЮ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

*Развозжаев Ю.Б. (1), Данильченко И.Ю. (1),
Ахметзянов Р.Г. (1), Алонцев А.В. (1,2)*

Новокузнецк

- 1) НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО "РМАНПО" МЗ РФ,
- 2) Медицинский институт им. Березина Сергея

Актуальность. С развитием современных малоинвазивных технологий (минидоступы, мини-ЛС, ЕЛД) большое значение приобретает изучение пространственных характеристик хирургических вмешательств для преодоления неблагоприятных условий оперирования. Определённый интерес в изучении прижизненных параметров хирургических доступов представляет использование лучевых методов исследования. Цель работы. Провести объективную оценку параметров хирургических доступов к отдельным органам брюшной полости посредством спиральной компьютерной томографии. Задачи. По данным спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости оценить параметры хирургического доступа к шейке желчного пузыря и селезёнке, сравнить их между собой и с результатами анатомического исследования. Материалы и методы. Исследования проводили на спиральных компьютерных томографах фирмы Siemens, толщиной среза 1 мм, на глубоком вдохе, без контрастирования и с болюсным контрастированием, с предварительным приёмом водорастворимого контраста per os. Были проанализированы СКТ 49 пациентов (15 мужчин и 34 женщин) в возрасте от 26 лет до 81 года. В 38 случаях оценивали хирургические доступы к шейке желчного пузыря, в 11 – сравнивали параметры верхней поперечной и тотальной серединой лапаротомии при операциях на селезёнке. Доступы к шейке желчного пузыря были представлены пупочным и эпигастральным доступами в 30 случаях и трансректальным минидоступом – в 8. Проекция пупочного доступа соответствовала центру пупочного рубца, а эпигастральный маркировали на изображениях вдоль срединной линии под мечевидным отростком. Расчётная длина обоих доступов составляла 3 см. В качестве минидоступа к желчному пузырю использовался трансректальный – длиной 5 см, располагавшийся на 2 см ниже рёберной дуги и на 4 см правее срединной линии. Для пупочного и эпигастрального доступов, а также трансректального минидоступа к шейке



желчного пузыря определяли глубину раны и угол наклона оси операционного действия инструмента. При сопоставлении пространственных характеристик верхней поперечной и тотальной срединной лапаротомий измеряли угол наклона оси операционного действия инструмента и глубину раны до диафрагмальной поверхности селезенки. Результаты. Для пупочного доступа к шейке желчного пузыря среднее значение глубины раны составило 13,4 см, угла наклона оси операционного действия инструмента – 37,6 градуса. При анатомическом исследовании (n=98) среднее значение глубины раны было 18,3 см.

1156. АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Топчиев М.А. (1), Паршин Д.С. (1),
Чотчаев М.К. (2), Нурмагомедов А. Г. (1),
Топчиев А. М. (1)*

Астрахань, 2) Ставрополь

1) Астраханский ГМУ, 2) Ставропольский ГМУ

Актуальность. Паховые грыжи составляют до 80 % от всех наружных грыж. Несмотря на многочисленные способы операций рецидив составляет от 1 до 15 %. При сложных грыжах и у лиц возрастной группы рецидив достигает от 8 до 30 %. Скользящие грыжи рецидивируют в 32 % случаях. Цель работы. Изучение результатов герниопластики при рецидивных паховых грыжах. Материалы и методы. Предложенный нами способ включает в себя выделение грыжевого мешка и грыжесечения, а также выделение анатомических структур пахового канала: семенного канатика с его элементами, внутреннюю косую и поперечную мышцу с последующим пересечением их на 2-2,5 см. поперек ходу волокон. После рассечения мышц семенной канатик с его элементами смещаются в верх V – образованной раны при пересечении мышц. После смещения семенного канатика производили сшивания рассеченных мышц узловыми швами. В отдельных случаях в шов входила поперечная фасция. Таким приемом формируется внутреннее кольцо пахового канала. Формирование задней стенки пахового канала производим путем сшивая освобожденные края поперечной и внутренней косой мышц к пупартовой связке узловыми швами. (I группа) (пат. №23769040 от 08.09.2009г.). Способ укрепления задней стенки пахового канала свободным кожным аутоотрансплантатом. После обработки операционного поля двумя окаймляющими разрезами выкраивается кожный лоскут.

Иссекается подкожно-жировая клетчатка. Кожный лоскут растягивается и фиксируется на ровной поверхности. Выполняется дезэпителизация кожного лоскута дерматомом, регулируя толщину срезаемого пласта кожи. Лоскут помещается в раствор содержащий 1 г. цефазолина и 50 мл. оксигенированной воды до начала пластики. Лоскут применялся для пластики задней стенки пахового канала. (II группа). (пат. № 2465837 от 03.08.2011г.). III группу составили больные оперированные по методу Постемпского. Обследовано 107 пациентов оперированных по трем методикам. 45 больных по первой методике, 10 пациентов по второй и 52 оперировано по методике Постемпского. Выбор способа операции определяли в связи с классификацией рецидивных паховых грыж (Островский В. К., Филимончев И. Е., 2011). Результаты исследования. Из 45 пациентов оперированных по первой методике по поводу рецидива I вида операция выполнена у 30 больных. По поводу II вида у 13 пациентов. По поводу IV вида 2 пациента. Из 10 больных оперированных с использованием аутодермального трансплантата все оперированы по поводу рецидива IV вида. Из 52 больных оперированных по методу Постемпского из них 43 оперированы по поводу рецидива IV вида, по поводу II вида 8 пациентов и в 1 случае рецидив был V вид. При анализе непосредственных результатов было отмечено, что из 107 пациентов оперированных по трем методикам ранние послеоперационные осложнения возникли: в 1 случае – нагноение послеоперационной раны, в 8 случаях – серомы и гематомы послеоперационной раны, отек мошонки отмечался у 5 больных. В I группе 3 осложнения (2 серомы и 1 гематома). Во второй группе осложнений не отмечено. Большинство осложнений возникло в III группе их было 11. Отдаленные результаты (от 1 года до 20 лет) анализированы у 97 больных. Характер осложнений представлен невралгией в 4 случаях, атрофия яичка в 1 случае, рецидив грыжи в 1 случае. Все осложнения были после операции по способу Постемпского. Заключение. При лечении рецидивных паховых грыж пластика пахового канала с применением внутренней косой и поперечной мышц или аутодермальным дезэпителизованным трансплантатом дает лучшие результаты в послеоперационном периоде в сравнении с традиционными методами.



1157. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ И ХОЛЕДОХОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Шишкин А.А., Плотников Ю.В., Кяккинен А.И.,
Топузов Э.Э.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Синдром Мириizzi (СМ) является одним из тяжёлых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), встречающееся у 0,2–5,7% больных. Хирургическое лечение при СМ связано со значительно возрастающим риском повреждения желчного протока. Предоперационный диагноз синдрома Мириizzi может быть поставлен в 8–62,5% наблюдений. Частота повреждения общего желчного протока у больных с синдромом Мириizzi без предоперационного установления диагноза может достигать 17%. Стриктуры гепатикохоледоха и резидуальный холедохолитиаз в отдалённом послеоперационном периоде встречаются у 13–14% больных. Даже выполнение высокоинформативных методик бывает недостаточным и окончательный диагноз в 62–74% устанавливается только во время операции. Материал и методы. Результаты работы основаны на данных лечения 70 больных с синдромом Мириizzi, пролеченных с 2002 по 2012 гг. на базе кафедры госпитальной хирургии имени В.А. Опеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова и НУЗ ДКБ «ОАО» РЖД. Результаты. Интраоперационная холангиография (ИОХГ) выполнена 50 (71,4%) больным. Показаниями к ИОХГ и дренированию являлись: расширение гепатикохоледоха – 35 (62,4%); гипербилирубинемия – 15 (26,8%); недостаточная визуализация общего желчного протока (ОЖП) – 3 (5,4%); желтуха в анамнезе – 3 (5,4%). При ИОХГ выявлено: конкремент в общем желчной протоке (ОЖП), расширение ОЖП – 17 (34%); нерасширенный ОЖП без конкрементов – 22 (44%); расширение печеночных протоков без конкрементов в ОЖП – 11 (22%). В 12 (24%) наблюдениях пузырный проток (ПП) не был облитерирован и ИОХГ проводилась или через вскрытый просвет ЖП или непосредственно через просвет пузырного протока. В остальных 38 (76%) наблюдениях исследование выполнялось через отдельное холедохотомическое или непосредственно через свищевое отверстие. Интраоперационная холедохоскопия значительно облегчала определение структуры желчного дерева и способствовала бережному выделению желчного протока в условиях выраженного воспаления. Последняя была выполнена

16 (22,9%) больным с СМ разных типов. В ходе исследования выполнялась ревизия проксимальных и дистальных отделов гепатикохоледоха. При наличии холедохолитиаза производилась литоэкстракция. 10 (62,5%) больным исследование было выполнено посредством лапароскопического доступа, 6 (37,5%) – лапаротомного. В зависимости от интраоперационной находки, а именно, диаметра визуализируемого отдела гепатикохоледоха, наличия свищевой или несвищевой формы СМ, холедохоскопия производилась через отдельное холедохотомическое отверстие в 9 (56,25%) наблюдениях и непосредственно через патологическое соустье – в 7 (43,75%). В 1 (6,25%) наблюдениях холедохоскопия не удалась по техническим причинам и была произведена ИОХГ. У одного больного с СМ III типа при холедохоскопии был выявлен вклиненный конкремент в дистальном отделе ОЖП, который не удалось извлечь интраоперационно, и в послеоперационном периоде была успешно выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией. ИОХГ и интраоперационная холедохоскопия играли значительную роль в установлении локализации и размеров свища, диагностике конкрементов в желчном протоке и их месторасположения, определении степени нарушения целостности стенки желчного протока и выборе необходимого объема оперативного пособия. Выводы. Выполнение интраоперационной холангиографии и/или интраоперационной холедохоскопии до основных этапов операции позволяет конкретизировать диагноз СМ и выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства в зависимости от типа СМ.

1158. РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ РАЗНЫХ СТАДИЙ ОПЕРАЦИЕЙ HAL-RAR В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Юлаев В.Е.

Петропавловск-Камчатский
ООО Медицинский центр «Медитекс»

Актуальность. Геморроидальная болезнь, являясь широко распространённым заболеванием, может считаться социально значимой проблемой медицины. В настоящее время освоение проктологом техники HAL-RAR – залог успешного радикального лечения геморроидальной болезни даже на амбулаторном этапе. В связи с этим особо актуально стоит вопрос широкого внедрения операции HAL-RAR в амбулаторную практику. Материалы и методы. За 4-летний период (с февраля 2013г по февраль 2017г) в МЦ «Медитекс» г. Петропав-



ловск-Камчатский выполнено 168 HAL-RAR пациентам с геморроидальной болезнью II, III и IV стадией. Мужчин – 110 (65,5%), женщин 58 (34,5%). Возраст пациентов - от 23 до 72 лет (средний возраст – 46 лет). Распределение пациентов по стадиям болезни: II стадия -55 (32,7%), III – 98 (58,3%), IV -15 (9%). Стадия определялась по наиболее увеличенному геморроидальному узлу. Однако, у группы пациентов отмечались сочетания геморроидальных узлов на разных стадиях (II-III; III-IV, а так же II-IV стадии). Отличие операции на различных узлах состояло лишь в количестве стежков в процессе лифтинга. У 74 (44%) пациентов имелись наружные геморроидальные узлы. Сочетанная патология: у 10 (5,9%) пациентов в ходе предоперационного обследования диагностированы полипы различных отделов толстой кишки, у 12 (7,1%) – гипертрофированный анальный сосочек, у 6 (3,6%) – острая анальная трещина. Операция HAL-RAR выполнялась в условиях амбулаторной хирургии с последующим наблюдением в послеоперационной палате. С июня 2016г местная анестезия сочетается с внутривенной (Пропофол), что позволило снять проблему дифференцированного подхода к пациентам при использовании только местного обезболивания. Полученные результаты. У 18 (10,7%) пациентов проведены комбинированные операции - HAL-RAR + удаление анального сосочка (12), иссечение наружного геморроидального узла (6). У трёх пациентов выполнена гибридная операция – HAL-RAR + удаление рубцово-изменённого геморроидального узла легированием с прошиванием основания. У 9 (5,4%) пациентов производилось «программируемое» удаление увеличенных наружных геморроидальных узлов. Длительность приёма анальгетиков в среднем составила 4 дня, после чего пациенты могли приступать к трудовой деятельности при условии ограничения физических нагрузок. Осложнения после операции отмечены у 15 (8,9%) пациентов в виде тромбоза наружного геморроидального узла, который носил характер временного нарушения кровообращения в узле (9), острой трещины (3), эпизодов кровотечения (3). Все осложнения носили преходящий характер и купированы консервативно в кратчайшие сроки. Результаты лечения прослежены у 156 пациентов до 3 лет. Хорошие результаты лечения (отсутствие жалоб) и удовлетворительные (эпизодическое выделение крови) отмечены у 144 (92,3%) пациентов (136 и 8 пациентов соответственно). У 12 (7,7%) пациентов отмечен локальный пролапс слизистой (наибольшая частота зафиксирована на этапе освоения методики), что требует повторного лифтинга. Пациенты с наличием наружного геморроя от удаления бахромок воздерживались, ввиду их уменьшения и редкого или бессимптомного проявления. Заключение. Операция HAL-RAR, выпол-

ненная со строгим соблюдением методики, имеет минимальную статистику осложнений, доброкачественный послеоперационный период с ранним возвращением пациента к труду. Все эти достоинства позволяют рассматривать HAL-RAR как стационарзамещающую технологию, доступную в амбулаторных условиях. Отдалённые результаты свидетельствуют о радикальности операции HAL-RAR.

1159. СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ПАРАМЕТРОВ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ЧЕРВЕОБРАЗНОМУ ОТРОСТКУ

*Ахметзянов Р.Г., Развозжаев Ю.Б.,
Данильченко И.Ю., Алонцев А.В.*

Новокузнецк

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО "РМАНПО" МЗ РФ

Введение. Технология единого лапароскопического доступа (ЕЛД) сопровождается изменением условий выполнения лапароскопии и оперативного вмешательства, что требует высокой квалификации хирурга. Объективные условия выполнения ЕЛД требуют изучения, с целью упрощения данной технологии выполнения доступа. Цель. Провести объективную оценку параметров хирургических доступов применительно к технологии ЕЛД к червеобразному отростку методом спиральной компьютерной томографии (СКТ). Материалы и методы. Исследование проводили на спиральном компьютерном томографе фирмы Siemens, с толщиной срезов 1,5 мм, на глубоком вдохе, без внутривенного контрастирования и с последующим внутривенным болюсным контрастированием, с предварительным приёмом водорастворимого контраста per os. На рабочей станции обработки изображений Leonardo строилось изображение передней брюшной стенки и органов брюшной полости в трёх взаимно перпендикулярных плоскостях с дополнительным построением косо-сагиттальных и (или) косо-аксиальных реконструкций. На изображениях в сагиттальной плоскости определялась проекция ЕЛД с заданной длиной 3 см, проводилось измерение толщины передней брюшной стенки (ТПБС) в четырех точках вдоль срединной линии живота: 1 – на уровне пупка, 2 – на 1/3 дистальнее пупка по направлению к лонному симфизу, 3 – на 2/3 дистальнее пупка по направлению к лонному симфизу, 4 – на 3 см выше лонного симфиза. Определялась локализация основания червеобразного отростка. На уровне каж-



дого из четырех доступов на передней брюшной стенке реконструировались косо-аксиальные, косо-сагиттальные срезы, построенные через доступ и основание червеобразного отростка. На полученных срезах производилось измерение параметров доступа путём применения виртуальной линейки и угломера, доступных в программном обеспечении. ТПБС измеряли от поверхности кожи до париетальной брюшины в проекции доступа. Глубину раны (ГР) измеряли от центра доступа до основания червеобразного отростка. Угол операционного действия эндохирургический (УОДЭ) моделировали путем построения векторов в виде угла от середины проекции доступа через внутреннюю апертуру доступа на уровне париетальной брюшины. Угол наклона оси операционного действия (УНООД) получают путём измерения угла между вектором, идущим от середины доступа к основанию червеобразного отростка и горизонтальной плоскостью. Результаты. На основании данных СКТ органов брюшной полости проведён расчёт параметров у 35 пациентов: 11 мужчин и 24 женщин в возрасте от 26 до 81 года, средний возраст составил 49 лет. Показатель ТПБС составил: для доступа «1» 0,3- 3,4 (М-1,3) см; для доступа «2» 0,8-6,2 (М-2,8) см; для доступа «3» 0,9- 7,2 (М- 2,6) см; для доступа «4» 1,4- 8,1 (М-3,5) см. Значение ГР составило: для доступа «1» 9,0 -17,5 (М-13,1) см; для доступа «2» 6,5 - 18,1 (М -12,5) см; для доступа «3» 4,2- 20,1 (М- 12,1) см; для доступа «4» 4,0-21,8 (М- 14,1) см. Величина УОДЭ составила: для доступа «1» 48- 147 (М-98,9) град; для доступа «2» 28-125 (М-68,4) град; для доступа «3» 25 -117 (М-73,3) град; для доступа «4» 21- 86 (М-53,2). Показатель УНООД: для доступа «1» 76-166 (М- 117,7) град; для доступа «2» 55- 154 (М-94,5); для доступа «3» 32- 138 (М- 67,9 град); для доступа «4» 14- 78 (М-42,7) градусов. Выводы. Разработанная методика оценки позволяет изучить объективные характеристики параметров единого лапароскопического доступа к червеобразному отростку при помощи спиральной компьютерной томографии. Предлагаемый способ расширяет арсенал объективных средств хирурга для прогнозирования условий оперативного вмешательства. Использование в клинической практике данного способа обеспечивает возможность точной дооперационной оценки параметров единого лапароскопического доступа к червеобразному отростку.

1160. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Барам Г.И.(1), Анищенко В.В.(2,3), Ким Д.А.(2,3), Морозов В.В.(1), Барам Е.Г.(1), Шмакова Е.А.(3)

Новосибирск

1) ФГБУН Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, 2) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, 3) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО РЖД

Актуальность. Прогнозирование течения острого панкреатита является одним из ведущих факторов, определяющих выбор тактики лечения. Особенно важен прогноз течения острого панкреатита в первые трое суток заболевания, когда реализуется «патологическая программа» острого панкреатита. На данный момент не существует специфических маркеров, способных прогнозировать тяжелое течение этого заболевания на ранних стадиях (при поступлении и в первые сутки). Наиболее перспективным методом ранней диагностики и прогностической оценки больных с ТОП представляется метод определения специфических метаболитов путем обзорной обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Цель работы: определить специфические маркеры тяжелого течения острого панкреатита путем обзорной обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Материалы и методы: Была использована обращенно-фазная ВЭЖХ с УФ-детектором. Выбор методики обусловлен хорошей воспроизводимостью и отсутствием матричных эффектов, которые затрудняют использование масс-спектрометрии для решения подобных задач. За основу была взята аттестованная методика № ФР.1.31.2003.00950 для хроматографа Милихром А-02. Была разработана методика пробоподготовки, основанная на экстракции сыворотки крови этилацетатом которая позволяет проводить до 1000 анализов на одной колонке без проявления памяти колонки. Всего было проанализирована 81 проба сыворотки крови. Выборка состояла из трёх групп: 1 группа - Здоровые доноры (n=17); 2 группа - Больные панкреатитом легкой и средней степени тяжести (n=14); 3 группа - Больные панкреатитом тяжелого течения (n=29). У тяжелых больных забор проб был осуществлен на момент пиковых показателей СРБ и АРАСНЕ II и принятия решения о раннем оперативном вмешательстве, а также перед сана-



ционными ревизиями. На первом этапе каждой хроматограмме присваивался код, соответствующий группе и номеру пробы. Контрольная группа доноров имеет обозначения от Д01 до Д25, группа больных нетяжелым панкреатитом от П16 до П53, группа больных тяжелым панкреатитом от ПТ01 до ПТ29. Вторым этапом выполнялась автоматическая разметка пиков метаболитов на хроматограммах с учетом критериев отбора. Получен банк метаболитов содержащий 814 веществ большинство из которых встречается однократно. Для выявления значимых метаболитов, разделяющих группы был применен метод дискриминантного анализа, относящийся к методам многомерного статистического анализа. В качестве переменных включили: нормальный метаболит, определяли как потенциальный маркер, если он встречался не реже 30% в одной из групп и разница средних концентраций была не менее чем в два раза; и патологический метаболит, если метаболит не встречается у здоровых ни в одной группе. Критерий значимости патологических метаболитов - встречаемость не реже 20% внутри группы. Результаты: Средняя концентрация метаболитов Д01-37, Д02-05, Д01-26 у больных тяжелым панкреатитом выше по сравнению с нетяжелой формой более, чем в два раза, при этом доверительные интервалы не пересекаются. Доверительные интервалы для метаболитов Д01-35 и Д03-31 значительно пересекаются, хотя средние концентрации при этом вырастают в 1,5 раза. Разные концентрации различных метаболитов обусловлены полиморфным течением острого панкреатита, поэтому данные метаболиты можно считать маркерами. Метаболиты Д02-45 и Д03-33 часто встречаются как у больных нетяжелой формой панкреатита, так и у здоровых, но при этом практически отсутствуют у больных с тяжелой формой. При обработке данных была выявлена группа метаболитов, встречающихся только у больных с тяжелой формой не менее чем в 20% проб. Эти метаболиты в полной мере являются маркерами заболевания и их появление, вероятно, свидетельствует о начале некротических процессов. Всего таких метаболитов обнаружено 13. Приводим конкретный пример использования вышеописанной методики к клинической практике. Больной Н., 56 л. поступил с жалобами на боли в эпигастрии и мезогастррии с иррадиацией в поясничную область, тошноту, слабость, повышение температуры тела до 38,4 С, сухость во рту. При поступлении больному проведен комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования. По данным ОАК лейкоцитоз $16,8 \times 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом влево (палочкоядерные нейтрофилы 12%), тромбоцитопения $122 \times 10^9/\text{л}$; по данным биохимического анализа крови: амиллаземия 1343 ед/л, СРБ 234 мг/мл; ПКТ ≥ 0.5 . При

поступлении произведена интегральная оценка тяжести состояния больного: по Ranson 3 балла, по АРАСНЕ II 14 баллов. В условиях реанимационного отделения начата интенсивная терапия, динамический контроль внутрибрюшного давления (ВБД) каждые 4 часа по методике Kron et al. (2004 г), при поступлении ВБД составило 16 мм рт ст. В динамике на 2-е сутки отмечалось отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, нарастание балльных оценок по шкале Ranson до 6 баллов, по шкале АРАСНЕ II до 17 баллов, прогрессирование ВБД до максимальных значений 21 мм рт ст. В связи с неэффективностью проводимого лечения, прогрессированием течения заболевания, установлены показания к оперативному вмешательству. Перед проведением оперативного вмешательства больному провели прогнозирование течения острого панкреатита вышеописанным методом. Время проведения анализа с момента забора крови больного до определения оценки тяжести течения острого панкреатита составляло 50-60 минут. На хроматограмме разместили пики. Определено наличие 4-х патологических пиков №3, №6, №7, №11, в связи с чем сделали прогноз о неблагоприятном течении острого панкреатита. Больному выполнено раннее оперативное вмешательство. В послеоперационном периоде состояние больного постепенно стабилизировалось, регрессировали явления органной недостаточности, уменьшилась балльная оценка по шкале АРАСНЕ II до 11 баллов, стабилизировалось ВБД в пределах 8-12 мм рт ст., снизились показатели СРБ до 180 мг/мл. В последующем потребовалось 4 этапных санационных ревизий и 8 перевязок под наркозом. Перед каждой санационной ревизией проводился анализ сыворотки крови заявляемым способом с получением достоверного результата о тяжелом течении острого панкреатита. Больной выписан на 43 день после операции в удовлетворительном состоянии. Выводы: 1. Метаболическое профилирование сыворотки крови методом ВЭЖХ-УФ дает воспроизводимые статистически значимые результаты.



1161. 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ НАРКОМАНИИ

*Мельников В.В., Бекбаев А.З., Абдулаева З.Ш.,
Астахин В. А.*

Астрахань

ФГБОУ ВО "Астраханский ГМУ" МЗ РФ

Цель работы. Сравнительно оценить результаты применения лимфотропной медикаментозной терапии при комплексном лечении больных с различными видами парентеральной наркоманией с гнойно-септическими осложнениями. Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов комплексного лечения трех групп больных парентеральной наркоманией с гнойно-септическими поражениями мягких тканей нижних конечностей. Первую группу составили 368 больных парентеральной опиоидной наркоманией, у которых антибиотик вводился лимфотропно (221 чел.-век). Вторая группа – больные (127) кодеинзависимой парентеральной наркоманией, в лечении которых применялась региональная антибиотико- и иммунотерапия (79 человек). Третью группу составили 33 пациента, вводивших синтетические наркотики («скорость») внутримышечно, а региональная антибиотико- и иммунотерапия дополнялась введением 0,6 мл фраксипарина (12 человек). Лимфотропное введение антибиотика осуществлялось 1 раз в три дня через стопу: в первый межпальцевый промежуток вводилась половинная суточная доза цефотаксима +32 ЕД лидазы, разведенных в 4 мл 2% лидокаина. Региональная антибиотико- и иммунотерапия включала лимфотропное введение 1,0 цефтриаксона + 32 ЕД лидазы + 4 мл 2% лидокаина в сочетании с подкожной инъекцией 0,006 г полиоксидония, разведенного в 5 мл физиологического раствора с периодичностью 1 раз в трое суток. В группах сравнения аналогичные лекарственные препараты вводились традиционным способом. У всех больных постинъекционные флегмоны и абсцессы вскрывались под общим обезболиванием. Лечение гнойных ран осуществлялось марлевыми повязками, пропитанными мазью «Левомеколь». Явления экзо- и эндотоксикоза ликвидировались путем проведения каскадной схемы методов эффективной терапии в зависимости от степени синдрома эндогенной интоксикации. Для оценки клинической эффективности лечения учитыва-

лись динамика клинических симптомов гнойной раневой инфекции, показателей лабораторных, биохимических и иммунологических исследований. Динамические изменения заживления ран исследовались путем определения числа колониеобразующих единиц в 1г тканей стенки ран, изучением цитогранных раневых мазков-отпечатков и рН-метрией раневого экссудата. Результаты. В I и II исследуемых группах больных к исходу 2-3-х суток от начала лечения удавалось локализовать гнойный процесс в пределах поврежденных тканей, подавить активность раневой микрофлоры. К исходу 5-7 суток в раневых мазках-отпечатках регистрировался регенеративный тип клеточной реакции. К этому времени нормализовались самочувствие больных, значительно снижались показатели маркеров эндотоксемии, клеточно-го и гуморального иммунитета. В группах сравнения аналогичные результаты наблюдались к исходу 9-11 суток от начала лечения. Следует отметить, что в I и II группах больных, из-за длительного употребления суррогатов наркотиков, содержание в крови циркулирующих иммунных комплексов в 2-3,5 раза превышали средний показатель здоровых лиц-доноров, что свидетельствует о наличии хронической полиорганной недостаточности. В III группе больных, употреблявших парентерально растворы нюхательных смесей (достаточно было ввести их внутримышечно от одного до 3-х раз), гнойный процесс характеризовался обширностью поражения мягких тканей конечностей, бурным характером проявления гнойно-некротического процесса, что, на наш взгляд связано с более мощным пагубным их влиянием на регуляторные и эффекторные системы макроорганизма. Эффект от региональной лимфатической терапии был менее выражен. Заключение. Таким образом, лимфотропное введение медикаментозных средств в лечении больных с различными видами парентеральной наркомании патогенетически обоснованно, позволяет улучшить качество проводимого комплексного лечения.

1162. АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Клюйко Д.А., Корик В.Е.

Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность: Среди urgentных хирургических



заболеваний органов брюшной полости острое нарушение мезентериального кровообращения встречается по данным различных авторов в 0,1 – 0,3%, при этом летальность от этого заболевания составляет от 65 до 100%. Недостаточно разработанная ранняя догоспитальная и клиническая диагностика заболевания является одной из наиболее важных причин высокой летальности. До настоящего времени системного подхода к данной проблеме нет, о чем свидетельствуют приведенные в литературе сведения о диагностике и лечении острого нарушения мезентериального кровообращения в виде клинических случаев с фигурированием одного пациента с удачным или неудачным исходом. Как известно, развившийся инфаркт кишки не поддается консервативному лечению и в 100% случаев заканчиваются летальным исходом, при этом лишь своевременная операция сохраняет шансы на спасение. Частые неудачи в распознавании инфаркта кишки и неумение квалифицированно выполнить операцию, связаны с тем, что немало врачей плохо представляют закономерности возникновения и развития острого нарушения мезентериального кровообращения. Материал и методы: На базе учреждения здравоохранения «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска был проанализирован 781 протокол вскрытия умерших в период с 2005 по 2014 год с основным диагнозом «Острое нарушение мезентериального кровообращения» (K55.0). Полученные результаты: За календарный год по всем клиническим больницам города Минска в 10-летний период среднее количество умерших составило $78 \pm 5,5$ случая. Средний возраст умерших составил $76,4 \pm 9,6$ лет, медиана – 78 лет ($Q_u=83$, $Q_l=71$), минимальный возраст развития данного заболевания – 22 года, пациентов в возрасте до 60 лет было 51, что составляет 6,5%. Женщин умерших от мезентериального тромбоза было 485 (62%), мужчин – 296 (38%). Пациенты находились на стационарном лечении до летального исхода в среднем $5,9 \pm 0,32$ суток, медиана составила 2 суток ($Q_u=7$, $Q_l=1$). В первые сутки в клинических условиях погибли 269 пациентов, что составило 34% от общего количества умерших. В заключительном клиническом диагнозе перитонит фигурировал у 390 пациентов, что составляет 50%, в то время как, в патологоанатомическом диагнозе – у 642 пациентов, что составляет 82%. Данный факт свидетельствует о недооценке тяжести состояния пациентов в клинических условиях. Мерцательная аритмия была диагностирована у 340 пациентов, что составляет 43,5% от общего количества умерших. В заключительном клиническом диагнозе пневмония была установлена в 61% случаев, то есть у 478 пациентов, и подтверждена у 180 пациентов при патологоанатомическом исследовании, что составляет

23% от общего количества. Данное обстоятельство свидетельствует о гипердиагностике нарушений дыхательной системы. Инфаркт миокарда был в анамнезе у 319 пациентов что соответствует 41% от общего количества анализируемых случаев. Выводы и рекомендации: Группой риска развития острого нарушения мезентериального кровообращения являются женщины в возрасте свыше 70 лет. Зачастую пациенты обращаются за медицинской помощью поздно, о чем свидетельствует досуточная летальность, которая составляет 34%. Среди диагнозов присутствует как гипо- (недооценка наличия и тяжести перитонита) так и гипердиагностика (переоценка патологии дыхательной системы). Патология сердечно-сосудистой системы, в частности мерцательная аритмия, встречалась у менее чем половины пациентов, что свидетельствует об отсутствии прямой связи данной патологии с развитием мезентериального тромбоза. С целью раннего выявления данного заболевания, пациенты старшей возрастной группы с признаками системного атеросклероза сосудов различной локализации должны быть проинформированы о вероятности развития острого нарушения мезентериального кровообращения. Следует расширить показания к проведению диагностической ангиографии у пациентов с абдоминальным ишемическим синдромом.

1163. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ГЕМОСТАЗ ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА

Брегель А.И. (1,2), Евтушенко В.В. (2), Хантаков А.М. (2), Гавриленко А.А. (2)

Иркутск

1) ИГМУ, 2) ОГАУЗ «ИГКБ №1»

Актуальность. Синдром Маллори-Вейсса (СМВ) является одной из наиболее частых причин острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), при неэффективности комплексного консервативного гемостаза требуется хирургическое вмешательство.

Материал и методы. СМВ в течение 8 лет были выявлен у 736 больных. Мужчин было 552 (75,0%), женщин – 184 (25,0%). По возрасту больные распределились следующим образом. До 30 лет было 131 (17,8%) больной, в возрасте 30 – 39 лет – 134 (18,2%), 40 – 49 лет – 154 (20,9%), 50 – 59 лет – 141 (19,2%), 60 – 69 лет – 82 (11,1%), 70 – 79 лет – 59 (8,0%) и старше 80 лет было 35 (4,8%) больных. Лечебная эндоскопия проведена 316 (42,9%)



больным. У 170 (53,8%) она была направлена на остановку кровотечения и у 146 (46,2%) – на профилактику его рецидива. На исследование 607 (82,5%) больных направлялись с синдромальным диагнозом острого желудочно-кишечного кровотечения. Полученные результаты. У 721 (98,0%) больных разрывы слизистой оболочки локализовались только в нижней трети пищевода и у 15 (2,0%) распространялись на кардию. Размеры разрывов слизистой составили у 25 (3,4%) больных менее 0,5 см, у 201 (27,3%) – 0,5 – 0,9 см, у 291 (39,5%) – 1,0 – 1,4 см, у 146 (19,8%) – 1,5 – 1,9 см, у 56 (7,6%) – 2,0 – 2,4 см, у 8 (1,1%) – 2,5 – 2,9 см и у 5 (0,7%) больных превышал 3 см. В 4 (0,5%) случаях размер разрывов не был определен. У 564 (76,4%) больных разрывы слизистой были одиночными и у 172 (23,6%) – множественными. Разрывы слизистой чаще – у 233 (31,7%) больных располагались на правой стенке пищевода и кардии, у 99 (13,5%) – на левой, у 106 (14,4%) – на передней и у 126 (17,2%) больных – на задней стенке. В 172 (23,4%) случаях при множественных разрывах слизистой они локализовались на разных стенках пищевода и кардии. Мы использовали общепринятую классификацию определения интенсивности кровотечения по Forrest (F). В соответствии с ней кровотечение, продолжающееся в момент осмотра констатировано у 170 (23,1%) больных. У 3 (0,4%) из них оно соответствовало F1a, у 167 (22,7%) – F1b. У 566 (76,9%) больных кровотечение было остановившемся. У 15 (2,0%) больных оно было оценено как F2a, у 372 (50,5%) – как F2b, у 166 (22,6%) – F2c и у 13 (1,8%) больного как F3. Сопутствующая патология ВОПТ была обнаружена у большинства больных. Чаще встречались скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 143 (24,9%) больных, эрозивный эзофагит – у 78 (13,6%), острые эрозии желудка – у 45 (7,8%), рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 45 (7,8%), атрофический гастрит – у 35 (6,1%) и острые язвы желудка – у 34 (5,9%) больных. Для остановки кровотечения и профилактики его рецидива использовались различные методы гемостаза. Чаще (у 148 больных) применялась аргоно-плазменная коагуляция, у 27 больных она сочеталась с инъекцией раствора адреналина и у 1 – с наложением клипс. Первичный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех больных. Рецидив кровотечения возник у 13 больных, в том числе у 10 после эндоскопического гемостаза и у 3 – после профилактики рецидива кровотечения. У 12 из них комплексная гемостатическая терапия, включая повторную лечебную эндоскопию, позволила остановить кровотечение. Оперирован один больной. Летальных исходов не было. Выводы и рекомендации. Неотложная эндоскопия является достоверным методом диагно-

стики СМВ, позволяет определить локализацию разрывов слизистой, их количество и размеры, наличие сопутствующих заболеваний пищевода, желудка и ДПК. Во время эзофагогастроскопии устанавливается интенсивность кровотечения и вероятность его рецидива, что позволяет своевременно определить целесообразность проведения лечебной эндоскопии. Лечебная эндоскопия в сочетании с традиционной консервативной терапией позволила у 100% больных добиться первичного и у 99,9% больных окончательного гемостаза.

1164. ЛИГИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

*Брегель А.И. (1, 2), Хантаков А.М. (2),
Алексеев А.А. (2), Андреев В.В. (2)*

Иркутск

1) ИГМУ, 2) ОГАУЗ «ИГКБ №1»

Актуальность обусловлена нарастающим числом больных с варикозным расширением вен пищевода, осложненным кровотечением и неудовлетворительными результатами их лечения. Варикозное расширение подслизистых вен пищевода и желудка является основной причиной летальных исходов от кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Материал и методы. Проанализированы первые результаты наложения латексных колец на варикозно-расширенные вены пищевода во время эндоскопии для остановки кровотечения и профилактики его рецидива у 34 больных. Мужчин было 19 (55,9%), женщин – 15 (44,1%). Средний возраст пациентов составлял 53,6 года. При поступлении в клинику диагноз кровотечения из варикозно-расширенных вен был выставлен только у 21 (61,8%) больного. У остальных 13 (38,2%) больных предполагался синдромальный диагноз острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. При эндоскопии у всех больных диагностирован магистральный тип расширения подслизистых вен. Диаметр расширенных вен составлял от 0,5 до 1,5 см. У 25 больных расширенные вены локализовались в средней и нижней третях пищевода, у 3 – имело место тотальное поражение пищевода и у 6 больных помимо пищевода расширенные вены были обнаружены в проксимальном отделе желудка. При лигировании вен использовали 10-зарядные картриджи фирмы «COOK». У подавляющего большинства больных было наложено по 10 латексных колец на варикозно-расширенные вены начиная с нижней



трети пищевода в проксимальном направлении. В течение последнего года (17 больных) латексные кольца накладываем у больных с остановившимся кровотечением, или после предварительного гемостаза зондом Блэкмора. Полученные результаты. При первичной эндоскопии продолжающееся кровотечение различной интенсивности констатировано у 25 больных. У 8 больных кровотечение имело профузный характер, у 6 – было расценено как умеренное и у 11 больных – как диффузное. У 15 больных при продолжающемся кровотечении латексные кольца наложены с целью гемостаза. Остановка кровотечения при наложении латексных колец достигнута у всех 15 больных. У 19 больных лечебная манипуляция выполнена при остановившемся кровотечении для снижения вероятности его рецидива, в том числе у 10 больных после предварительного гемостаза зондом Блэкмора. У одного больного при наложении колец возникло профузное кровотечение, которое было остановлено зондом Блэкмора. В последующем ему были наложены латексные кольца на фоне остановившегося кровотечения. Рецидив кровотечения возник у 16 (47,1%) больных, в том числе однократный рецидив кровотечения имел место у 13 больных. У 2 из 3 больных после успешного повторного гемостаза латексными кольцами возник второй рецидив кровотечения. Заключение. Таким образом, наложение латексных колец при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода является эффективным методом временного гемостаза, снижает вероятность, но полностью не предупреждает развития рецидива кровотечения, который возникает почти у половины больных вследствие не устраненной причины развития заболевания. Считаем оправданным наложение латексных колец на варикозно-расширенные вены пищевода при остановившемся кровотечении или предварительно остановленном зондом Блэкмора. Эндоскопический гемостаз является компонентом комплексного лечения больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии.

1165. УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ЭНДОСКОПИИ

*Брегель А.И. (1, 2), Мутин Н.А. (2),
Евтушенко В.В. (2), Алексеев А.А. (2)*

Иркутск

1) ИГМУ, 2) ОГАУЗ «ИГКБ №1»

Актуальность обусловлена сложностью диагностики рентгенонегативных инородных тел (ИТ), трудностью извлечения ИТ при эндоскопии и необходимостью выполнения оперативного вмешательства при невозможности эндоскопического извлечения крупных и острых ИТ, либо при возникновении осложнений. Материал и методы. С подозрением на ИТ верхних отделов пищеварительного тракта в течение 11 лет были направлены 1060 больных. При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) они выявлены у 386 (35,7%) больных. У 8 больных извлечь ИТ было невозможно (трихобезоар, контейнеры с наркотиком, металлическая проволока), они были прооперированы. Мужчин было 160 (42,3%), женщин – 223 (57,7%). ИТ встречались у больных всех возрастных групп (от 18 до 80 лет и старше). У большинства больных с ИТ эндоскопическое исследование было проведено в первые сутки с момента их поступления в клинику. Особенности эндоскопической диагностики инородных тел определяются их характером и локализацией. Выявление крупных инородных тел и безоаров обычно не представляет затруднений. Более сложной является диагностика мелких инородных тел, смешанных с остатками пищевых масс, а также острых предметов, частично внедрившихся в стенку органов. Для обнаружения инородных тел в пищевых массах при эндоскопическом исследовании меняем положение тела больных, производим дробление и размывание пищевых масс с помощью щипцов и катетеров. При наличии острых костей и игл существует опасность повредить стенку органов при их извлечении. Исследование начинаем с тщательной ревизии слизистой пищевода, добиваясь достаточного расправления его просвета. Основное внимание при этом обращаем на область физиологических сужений пищевода и возможных стриктур. Для удаления крупных инородных тел из желудка (медицинского шпателя, медицинских термометров, черенков столовых ложек и других) был использован прием с ассиметричным захватом их полипэктомической петлей и извлечением вслед за аппаратом. Полученные результаты. Большая часть ИТ располагалась в пищеводе (322 или 85,2%),



в желудке ИТ были у 49 (13,0%) больных и в двенадцатиперстной кишке только у 7 (1,8%) больных. Наиболее часто, у 178 (47,1%) больных, ИТ являлись непереваренные комки твердой пищи, располагавшиеся в пищеводе и у 146 (38,6%) - кости животного и растительного происхождения. У 24 (6,3%) больных ИТ являлись металлические предметы (иглы, дрель-боры, черенки ложек, медицинский шпатель, проволока, гвозди, спицы, значки, бритвенные лезвия и др.), у 7 (1,9%) больных - зубные протезы и их фрагменты, у 5 (1,3%) - полиэтиленовые контейнеры с наркотиками, у 1 (0,3%) больного трихобезоар и у 17 (4,5%) больных - прочие ИТ. Лечебное пособие было успешно выполнено у 378 больных: у 294 (77,8%) ИТ были извлечены и у 92 (22,2%) твердые куски пищи, располагавшиеся в пищеводе, были низведены в желудок. Смещение пищевого комка из пищевода в желудок мы считаем адекватным лечебным пособием. У большинства пациентов с ИТ при ЭГДС были диагностированы другие заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе у 56 (14,8%) больных обнаружены стриктуры пищевода, которые несомненно способствовали задержке ИТ в пищеводе, и у 70 (18,5%) больных - эзофагит. У 63 (16,7%) больных имелись повреждения слизистой оболочки в виде ссадин. Летальных исходов в анализируемой группе больных не было. Выводы и рекомендации. ЭГДС является высокоэффективным и относительно безопасным методом диагностики и удаления инородных тел верхних отделов пищеварительного тракта и при подозрении на наличие любых предметов этой локализации должна проводиться по неотложным показаниям. При обнаружении инородных тел необходимо предпринять попытку их извлечения, а при расположении твердых пищевых комков в пищеводе - попытаться низвести их в желудок.

1166. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

*Мельников В.В., Гололобов А.М.,
Абдулаева З.Ш., Пашаев Р.Э., Топчиев А.М.*

Астрахань

ФГБОУ ВО "Астраханский ГМУ" МЗ РФ

У больных сахарным диабетом заживление гнойных ран характеризуется вялым течением раневого процесса, что связано с нарушением всех видов обмена, дефицитом эндогенного оксида

азота - универсального регулятора-мессенджера. Цель исследования: оптимизировать результаты комплексного лечения первичных гнойных ран у больных сахарным диабетом второго типа. Материал и методы: в основу работы положен анализ результатов лечения и обследования 37 больных сахарным диабетом II типа в возрасте от 33 до 60 лет с вторичными гнойными ранами, леченных в фазе воспаления повязками, пропитанными оксигенированными антибактериальными лекарственными препаратами (ОАП), которые создавались «ex tempore»: мазь «Левомеколь» в соотношении 1:1 смешивалась с продуктом «ОксиЭнергия». Перевязки производились 1 раз в сутки; проведением сеансов NO-терапии аппаратом СКВ/NO - 01 «Плазон» в режиме работы «стимулятор-коагулятор»; региональном лимфотропном введении 1,0 цефтриаксона + 32 ЕД лидазы + 4 мл 2% лидокаина в сочетании с подкожной инъекцией 0,006 г полиоксидония, разведенного в 5 мл физиологического раствора с периодичностью 1 раз в трое суток. Группу сравнения составили 32 пациента, сопоставимых по полу, возрасту с идентичными гнойными ранами, леченых традиционным внутримышечным введением аналогичных антибиотиков и полиоксидония, повязками с левомеколем. Результаты и их обсуждение: в исследуемой группе больных общее состояние и температура тела нормализовались на 2-4 сутки ($3,8 \pm 0,2$), гнойный процесс локализовался в пределах поврежденных тканей, лейкоциты крови в среднем составляли $8,2 \pm 0,7$ тыс. в 1 мм^3 , ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу ($1,7 \pm 0,3$). К этому времени удавалось подавить активность раневой микрофлоры и уменьшить уровень контаминации тканей стенки ран на 2-3 порядка, в мазках-отпечатках количество нормальных нейтрофилов увеличивалось в 4 раза, в нейтрофилах в $90,5 \pm 1,62\%$ наблюдался завершённый фагоцитоз, pH раны смещалось в нейтральную сторону, снижался уровень содержания глюкозы крови. На 5-7 сутки от начала лечения раневая поверхность освобождалась от некротического налета и фибрина, начинали появляться островки грануляций. В мазках-отпечатках резко изменялась цитологическая картина раневого процесса: среди мононуклеаров ($30,2 \pm 1,12\%$) преобладали профибробласты ($19,6 \pm 1,30\%$), внеклеточная микрофлора выявлялась в единичных препаратах. В группе сравнения результаты исследования к данным группы исследования приближались к исходу 9-11 суток. Таким образом, на основании проведенного исследования выявлено, что применение NO - терапии, ОАП и региональной лимфотропной иммуно- и антибиотикотерапии в лечении больных сахарным диабетом с гнойными ранами различного генеза уменьшаются сроки нормализации общего состояния боль-



ных, снижается уровень содержания глюкозы крови. При этом сравнительно быстро удается подавить активность раневой микрофлоры и уменьшить микробную колонизацию тканей стенки ран, отмечается повышение местной иммунологической и общей защиты стенки ран и паравульнарных тканей от этио-логического фактора. Все это усиливает регенеративную активность клеточных и био-химических составляющих гнойного раневого процесса и способствует более быстрому переходу заживления ран в фазу регенерации. Стационарное лечение в среднем составило в основной группе - $12,6 \pm 1,2$ в группе сравнения - $17,2 \pm 1,4$ койко-дня. Заключение: в комплексном лечении больных сахарным диабетом и гнойными ранами NO – терапия в сочетании с местным применением повязок, пропитанных оксигениро-ванными антибактериальными препаратами и проведением региональной лимфотропной иммуно- и антибиотикотерапии позволяет сравнительно быстро нормализовать общее состояние, оптимизировать условия для перехода гнойного раневого процесса в фазу регенерации, что в конечном итоге улучшает качество ведения данной группы пациентов и сокращает сроки стационарного лечения в среднем на 4-5 койко-дня.

1167. ПОЛИПЭКТОМИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

*Брегель А.И. (1, 2), Комарова О.С. (2),
Мутин Н.А. (2), Гавриленко А.А. (2)*

Иркутск

1) ИГМУ, 2) ОГАУЗ «ИГКБ №1»

Актуальность обусловлена распространенностью полипов верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) и возможными их осложнениями в виде кровотечения, малигнизации, создания непроходимости пищевода, кардии и привратника. Материал и методы. Полипы верхних отделов пищеварительного тракта при проведении 137979 эндоскопий ВОПТ в течение 10 лет были выявлены у 3316 (2,4%) больных. Удалено 406 полипов у 313 (9,4%) больных. У 28 больных было удалено несколько полипов. Мужчин было 90 (28,8%), женщин – 223 (71,2%). Частота обнаружения полипов увеличивалась с возрастом пациентов. Так, в возрасте 20 – 29 лет полип был удален у 16 (5,1%) больного, 30 – 39 лет – у 16 (5,1%), 40 – 49 лет – у 21 (6,7%), 50 – 59 лет – у 82 (26,2%), 60 – 69 лет – у 81 (25,9%), 70 – 79 лет – у 88 (28,1%) и старше 80 лет - у 9 (2,9%) больных. После эндоскопи-

ческой полипэктомии проводились контрольные эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Полученные результаты. В пищеводе было удалено 22 (5,4%) полипа из 406 полипов, удаленных в анализируемой группе больных, в желудке – 375 (92,4%) полипов и в двенадцатиперстной кишке (ДПК) – 9 (2,2%) полипов. 227 (55,9%) удаленных полипов были 2 типа по принятой классификации. Реже встречались полипы 1 (76 или 18,7%), 3 (77 или 19,0%) и особенно 4 (26 или 6,4%) типа. Размеры удаленных полипов составляли от 0,3 до 4,0 см в диаметре, однако чаще (349 или 86,0%) были 0,5 – 1,4 см. 5 (1,2%) полипов были крупнее 3 см. Практически у всех пациентов с полипами ВОПТ при ЭГДС были диагностированы другие заболевания пищевода, желудка и ДПК. При патоморфологическом исследовании в 92,5% случаев был обнаружен гиперпластический полип и в 7,5% - аденома или тубуло-ворсинчатая аденома. Обсуждение. ПЭ электродиатермической петлей использована при удалении 255 полипов у 193 больных. У 42 больных произведена электродиатермокоагуляция (ЭДК) 52 небольших (до 0,5 см) полипов и у 19 больных удаление полипов осуществлено методом их срезания. При удалении 22 полипов у 8 больных применена как электроэксцизия, так и ЭДК. У 16 больных было удалено 20 полипов методом аргоно-плазменной коагуляции (АПК) после их предварительной биопсии. У 34 больных полипы удалены при их биопсии. У 22 больных в связи с множественностью полипов проводилась многократная ПЭ. У 21 больного при рецидиве полипов выполнена повторная ПЭ. В первые 10 суток после ПЭ на месте удаленного полипа определялся дефект слизистой от 0,4 до 1,0 см в диаметре, дно его было покрыто фибрином. Через 10 – 20 суток отмечалось уменьшение диаметра дефекта слизистой и очищение его от налета фибрина. По прошествии 1 – 3 месяцев у большинства больных наступала эпителизация или рубцевание дефекта слизистой, а у части пациентов место ПЭ переставало дифференцироваться. В более отдаленные сроки повторные ЭГДС проводились с целью выявления рецидивов полипов после ПЭ и вновь образовавшихся полипов. Кровотечение после ПЭ возникло у 7 больных. В 5 случаях оно было остановлено во время исследования с применением АПК. У двух больных при струйном кровотечении потребовалась гастротомия с прошиванием места кровотечения. Выводы и рекомендации. Эндоскопическая ПЭ является методом выбора при лечении полипов ВОПТ. Она показана при одиночных, множественных полипах и полипозе при наличии полипов более 0,5 см в диаметре, полипах, увеличивающихся в размере, осложненных кровотечением, изъязвлением, пролабированием в пищевод и ДПК, при бугристой поверхности, подозрении



на озлокачествление при отрицательном гистологическом заключении. Наличие большого числа полипов, требующих их удаления, не является противопоказанием к эндоскопической ПЭ, но ее следует проводить поэтапно, не допуская одномоментного образования множественных дефектов слизистой оболочки. ПЭ может сопровождаться осложнениями и должна проводиться в больнице, имеющей хирургическое отделение.

1168. ПРИМЕНЕНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

*Белик Б.М. (1), Ковалев А.Н.(1,2),
Хатламаджиян А.Л. (2)*

Ростов-на-Дону

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

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения PRP-терапии в комплексном лечении больных с хронической анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом. Материал и методы. Клинический материал составили 110 пациентов с хронической анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом, находившихся на лечении в стационаре «одного дня» за период с 2012 по 2017 гг. Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет. При этом длительность заболевания колебалась от 4 недель до 2 лет. У всех пациентов выполнялись объективное физикальное обследование и инструментальные исследования (анаскопия, ректороманоскопия, сфинктерометрия). В зависимости от использованных методов лечения больные были разделены на две группы. У 50 больных (I группа) в лечении использовали стандартную консервативную терапию, а также выполняли иссечение анальной трещины аппаратом «сургитрон». При необходимости больным осуществляли дозированную боковую сфинктеротомию. У 60 пациентов (II группа) в лечении дополнительно применяли PRP-терапию. Аутологичную обогащенную тромбоцитами плазму (Platelet Rich Plasma) получали путем забора у пациентов 50-70 мл периферической крови и ее двухэтапного центрифугирования. В такой аутоплазме концентрация тромбоцитов была увеличена в 7-10 раз (приблизительно один миллион клеток в мкл). На первом этапе лечения пациентам II группы в нескольких точках (1, 5, 7 и 12 часов по условному

циферблату) осуществляли введение шприцем аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы во внутренний и наружный сфинктеры. На втором этапе лечения больным производилось иссечение анальной трещины аппаратом «сургитрон». При необходимости PRP-терапия применялась у этих больных и после операции (1-2 процедуры). Проведен сравнительный анализ результатов лечения в обеих группах больных. Результаты. У больных II группы в условиях применения PRP-терапии отсутствие рецидива заболевания через 6 месяцев после лечения отмечено у 58 (96,7%) пациентов. При этом субъективная оценка своего самочувствия пациентами в послеоперационном периоде трактовалась как «хорошая» и «очень хорошая», а их трудоспособность восстановилась на $2,1 \pm 0,4$ сутки после операции. У данных больных полная эпителизация раны анального канала наблюдалась через $29,4 \pm 2,8$ дней после операции. При сфинктерометрии отмечалось снижение исходных значений среднего давления в покое с $98,1 \pm 15,4$ мм рт. ст. до $48,1 \pm 9,8$ мм рт. ст., среднего давления при волевом сокращении - с $134,2 \pm 21,5$ мм рт. ст. до $85,2 \pm 13,6$ мм рт. ст., что свидетельствовало о ликвидации сфинктероспазма. Лишь в 2 (3,3%) наблюдениях имел место рецидив заболевания, который был связан с хроническим запором. В свою очередь, в I группе больных при использовании традиционных методов лечения у 6 (12,0%) пациентов отмечался рецидив анальной трещины. При этом у 40 (80,0%) больных сроки эпителизации раны увеличивались до $60,1 \pm 5,3$ дней. При выполнении сфинктерометрии у этих больных отмечалось сохранение гипертонуса анального сфинктера, что подтверждалось высокими значениями среднего давления в покое ($90,2 \pm 14,7$ мм рт. ст.) и среднего давления при волевом сокращении ($120,1 \pm 18,2$ мм рт. ст.), которые были достоверно выше по сравнению с аналогичными показателями у пациентов II группы. Сроки восстановления трудоспособности в I группе больных составили $9,4 \pm 1,8$ суток, которые в 4,5 раза превышали аналогичные значения по сравнению с пациентами II группы. Выводы. Применение PRP-терапии в комплексном лечении больных с анальной трещиной, способствует ликвидации спазма сфинктера анального канала, в значительной степени уменьшает выраженность болевого синдрома и создает благоприятные условия для репаративных процессов в зоне поврежденных тканей. В свою очередь, это позволяет снизить частоту рецидива заболевания после лечения на 8,7%, существенно уменьшить период заживления раны анального канала и сократить сроки восстановления трудоспособности у этой категории пациентов.



1169. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

*Топчиев М.А., Мельников В.В.,
Казимагомедов А.С., Тарикулиев М.Ш.*

Астрахань

ФГБОУ ВО "Астраханский ГМУ" МЗ РФ

Новые технологии находят все большее распространение, в том числе, и при лечении различных гнойно-воспалительных заболеваний. Разработка новых методов и схем лечения хирургической инфекции является, несомненно, важной и актуальной задачей. Цель и задачи исследования: улучшить результаты комплексного лечения больных с эпителиально-копчиковым ходом (ЭКХ) в стадии абсцедирования путем применения оксигенированных лекарственных препаратов (ОЛП), экзогенного оксида азота (ЭОА) и проведения региональной лимфатической иммунотерапии (РЛИ). Материал и методы исследования. Исследуемую группу составили 29 больных (мужчин – 24, женщин – 5), у которых особенностью лечения, при первом этапе, было использование ОЛП, а после радикального хирургического вмешательства применение экзогенного оксида азота, создаваемого аппаратом «Плазон» СК СВП/ NO-01 в режиме функционирования «коагулятор-стимулятор» и лимфотропной иммуно- и антибиотикотерапии. В послеоперационном периоде проводили РЛИ с 48 часовой периодичностью и 1 раз в сутки послеоперационная рана и паравульнарные ткани в течение 5 минут обрабатывали потоком ЭОА в режиме работы «стимулятор» (№ заявки 2016118314 (028780), приоритетная справка от 11.05.2016 г). В группе сравнения (19 пациентов) при первом этапе лечения в полость абсцесса вводился «Левомеколь» в ½ от объема удаленного гноя. Послеоперационная рана обрабатывалась ультразвуком. Аналогичные антибиотики и иммуномодуляторы вводились традиционным внутримышечным способом. Результаты лечения оценивались клинически, исследованием лабораторных показателей крови при поступлении, 3, 5 и 7 сутки от начала лечения. Бактериологическими исследованиями определялась видовая принадлежность этиологического фактора, чувствительность их к антибиотикам, содержание колониеобразующих единиц (КОЕ) микробов в 1 мл гноя и в отделяемом экссудате и рН-метрией после пункции, через 1, 2 и 3 сутки течения послеоперационного периода. Результаты. В результате усовершенствованного

комплексного подхода лечения в исследуемой группе после операции к исходу 2-х суток нормализовалось общее самочувствие, купировались местные и общие симптомы гнойной инфекции. Вакуум-дренаж на 1,5±0,3 дня быстрее удался. Швы снимались на 6-7 сутки, в группе сравнения на 7-8 сутки после операции, из числа которых у 4-х освобождались серомы. Результаты лабораторных исследований коррелировали с клиническими данными. Клиническая эффективность составляющих комплексного лечения группы сравнения подтверждена бактериологическими исследованиями и рН-метрией раневого отделяемого. У всех больных высевалась mixed-флора, представленная в 100% кишечной палочкой в сочетании с золотистым стафилококком (77,3%), вульгарным протеем (22,6%) и другими видами грамотрицательных микробов. У всех больных КОЕ в 1 мл экссудата, удаленного в день поступления превышал 1x10⁶-7, в день операции: в исследуемой группе.

1170. СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ КАК ПРОБЛЕМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

*Филенко Б.П., Земляной В.П., Котков П.А.,
Сигуа Б.В., Борсак И.И.*

Санкт-Петербург

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечников, кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова

Актуальность. Несмотря на современный прогресс в медицинской науке, проблема послеоперационного спаечного процесса брюшной полости и его клинических проявлений, (спаечной болезни, СБ), остается одной из актуальных в общей хирургии. Число больных продолжает увеличиваться пропорционально количеству оперативных вмешательств. Ввиду этого большое значение приобретает проведение превентивных мероприятий, направленных на предотвращение спайкообразования. По нашему мнению, профилактические меры после хирургических вмешательств на органах живота целесообразно делить на первичные и вторичные. В первом случае речь идет о предотвращении спайкообразования в брюшной полости после первого оперативного вмешательства на органах живота. Наиболее актуально это для группы экстренных хирургических вмешательств. Вторичная профилактика развития СБ должна проводиться, когда оперативное лечение хирургических заболеваний брюшной полости выпол-



няется повторно или многократно, когда имеет место замещение мезотелия брюшины рубцово-соединительной тканью, а следовательно, и необратимая потеря его антиадгезивных свойств. Материалы и методы. Как известно, выраженность спаечного процесса в брюшной полости зависит от повреждающего действия инфекционного агента и интраоперационной травматизации мезотелия. Профилактические меры в данной ситуации направлены на раннюю санацию брюшной полости и стимуляцию репаративной регенерации брюшины. Для выполнения поставленной задачи мы в послеоперационном периоде осуществляем обработку брюшной полости лекарственным аэрозолем (патент на изобретение № 2154505 «Способ обработки брюшной полости у больных острым перитонитом» от 20.08.2000). С целью достижения максимального эффекта брюшная полость обрабатывается с первых суток после экстренного хирургического вмешательства. Использование разработанного метода позволяет обрабатывать практически всю поверхность брюшины, включая труднодоступные отделы. Введение лекарственного аэрозоля позволяет эффективно санировать брюшную полость, приводит к лизису выпавшего фибрина, восстановлению функций мезотелия брюшины, в том числе и фибринолитической, предупреждая спайкообразование. Таким образом, осуществляется первичная профилактика развития СБ. Проведен анализ и прослежены отдаленные результаты лечения 118 больных, оперированных по поводу местного или распространенного перитонита, которым помимо общепринятого лечения в послеоперационном периоде брюшная полость обрабатывалась лекарственным аэрозолем. Группа сравнения составила 240 пациентов, лечившихся по поводу перитонита с использованием общепринятых методик обработки инфицированной брюшной полости. Полученные результаты. Исследование отдаленных результатов лечения на глубину от 2 до 10 лет, показало, что несмотря на проведенные профилактические меры, различные проявления спаечной болезни были диагностированы у 16 пациентов (13,6%). Один пациент был оперирован в связи с развившейся острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). В группе сравнения спаечная болезнь была диагностирована у 65 (27,1%). Из них 9 пациентов оперированы по поводу ОСКН, двое больных хирургическому вмешательству подвергнуты несколько раз. Выводы. Т.о., выявленная статистически достоверная разница.

1171. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Федоров В.Э., Поделякин К.А.

Саратов

Кафедра хирургии и онкологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных колоректальным раком. Материалы и методы. В хирургическом отделении дорожной клинической больницы г. Саратова обследовано 242 пациента с колоректальным раком. Мужчин было 122 (50,5%), женщин – 120 (49,5%). Больных пожилого и старческого возраста было 163 (67,3%). Сопутствующие заболевания были у 239 (98,8%) больных, причем у 154 (63,6%) – они сочетались. Осложненный рак составил 172 (71%). Прорастание опухоли в соседние органы и ткани наблюдалось у 138 (57%) и хроническая толстокишечная непроходимость 37 (15,3%) пациентов. Послеоперационные осложнения составили 19 (7,8%). Абдоминальные осложнения включали: несостоятельность швов (7), внутрибрюшное кровотечение (6), подкожную эвентрацию (1), лигатурный свищ (1), гнойную рану промежности (1) – 16 (6,6%). Помимо этого имелись: декомпенсация сахарного диабета (1), печеночная недостаточность (1), инфаркт миокарда (1), полиорганная недостаточность (2), мезентериальный тромбоз (1), и составили 6 (2,5%) человек. У 3 (1,2%) больных осложнения сочетались. Летальность составила 1,2%. Причинами ее стали острый инфаркт миокарда (1), полиорганная недостаточность (2). Так как нарушения гемокоагуляции у больных колоректальным раком могут быть предикторами послеоперационных осложнений, у больных с послеоперационными осложнениями были оценены показатели гемостаза в периоперационном периоде. Показатели гемокоагуляции исследованы путем: определения международного нормализованного отношения, определения протромбинового индекса (Квик 1970), определения уровня фибриногена по Р.А. Рутберг (1961), активированного частичного тромбопластинового времени (коагулотест), тромбинового времени (тромбин-тест). Статистическая обработка результатов исследований проводилась с помощью пакета прикладных программ MS Excel-10. Выявленные закономерности изучаемых параметров были значимыми при вероятности безошибочного прогноза.



1172. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА

Столяров С.И.(1), Добров А.В.(1),
Арсюттов В.П.(2)

Чебоксары

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

Актуальность. Глоточно-пищеводные дивертикулы (дивертикулы Ценкера - ДЦ) относятся к редким заболеваниям и составляют от 1,3 до 5% всех дивертикулов пищевода. В то же время они являются наиболее частой причиной нарушения функции глоточно-пищеводного перехода. В связи с опасностью развития различных осложнений лечение пациентов с ДЦ оперативное. Золотым стандартом хирургического лечения ДЦ является иссечение патологического выпячивания пищевода через левосторонний шейный доступ. Цель работы. Изучить результаты хирургического лечения пациентов с ДЦ. Материалы и методы. За период с 1984 по 2016 год в БУ «РКБ» пролечено 25 больных с ДЦ с применением открытых операций. Мужчин было 15, женщин – 10. Возраст больных от 34 до 79 лет. Средний возраст $56,3 \pm 1,1$ года (Me 54 года). Средний возраст мужчин $51,1 \pm 0,7$ лет (Me 51 год), женщин – $62,9 \pm 2,3$ года (Me 65 лет). Клиника заболевания характеризовалась следующей симптоматикой: дисфагия наблюдалась у 16(64%); отрыжка в сочетании с регургитацией пищи отмечена у 11(44%); осиплость голоса у 3; неприятный запах изо рта у 8. Стойкий кашель отмечен у 6 пациентов. Дефицит массы тела имелся у 4. Пятеро отмечали ощущение урчания в области шеи. У 7 пациентов на шее слева определялось опухолевидное образование с шумом «плеска» (признак Купера). Длительность клинических проявлений составляла от 5 месяцев до 7 лет. Обследование больных включало обзорную рентгенографию легких, рентгенографию пищевода и фиброэзофагоскопию. Трое имели дивертикулы размером до 3 см, 11(44%) диаметром 3-4 см, 10(40%) – диаметром 4-8 см, 1(4%) – диаметром более 8 см. Все дивертикулы локализовались слева. Фиброэзофагоскопия позволяла оценить локализацию устья дивертикула, состояние слизистой оболочки дивертикула, наличие или отсутствие инородных тел в просвете дивертикула, степень проходимости пищевода ниже устья дивертикула. У 13(52%) наблюдались осложнения: кровотечение – 1; перфорация дивертикула с развитием флегмоны шеи – 1; трахеопищеводный свищ – 1; дивертикулит –

8, стеноз пищевода дистальнее устья дивертикула – 2. Все пациенты оперированы. ДЦ выделялись из шейного доступа по переднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы после введения в пищевод толстого желудочного зонда. Основные этапы операции: полное выделение дивертикула из окружающих тканей с экономной мобилизацией пищевода, исключением травмирования возвратного гортанного нерва. Метод эндоскопического подсвечивания использован в 20 случаях. После экстрамукозной эзофагомиотомии с обязательным пересечением перстне-глоточной части нижнего констриктора глотки выполнялась дивертикулэктомия с последующей пластикой мышечной оболочки. В 20 случаях шейка дивертикула обработана ручным швом, у 4 пациентов применен УС-30, у одного – Echelon Flex-40. В последующем проводилась проверка герметичности шва пищевода. Рана шеи дренировалась по Редону. Устанавливался тонкий назогастральный зонд для питания после завершения основного этапа операции. В одном случае проведена пластика мембранозной части трахеи (при наличии свища между просветом дивертикула и трахеи). Результаты. Средние сроки пребывания пациентов в стационаре составили $10,5 \pm 0,5$ суток. В одном случае в послеоперационном периоде у пациентки сохранялась дисфагия, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Причина – недостаточное пересечение крико-фарингеальной мышцы. Отдаленные результаты прослежены у 17 больных через 5 лет, у всех достигнуто полное клиническое выздоровление, результаты удовлетворительные. Выводы. Так как ДЦ являются пульсионными, они имеют тенденцию к прогрессированию с развитием таких тяжелых осложнений, как кровотечение, перфорация, дисфагия, метаплазия эпителия с развитием малигнизации. Операция при ДЦ показана всегда, если нет противопоказаний. Обязательным элементом дивертикулэктомии является пересечение перстневидно-глоточной мышцы.

1173. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Хлебников В.В.(1), Осокин А.С.(2)

Пермь

- 1) Госпиталь МСЧ МВД России по Пермскому краю
- 2) МУЗ Городская клиническая больница №4

Лечение острого деструктивного панкреатита и его различных осложнений является сложной и



актуальной проблемой. У большинства пациентов, перенесших панкреонекроз, возникает стойкая утрата трудоспособности, что придает проблеме большую социально-экономическую значимость (Eickhoff R.M., 2017). Изучение параметров качества жизни, отдаленных результатов в настоящее время является одним из основных критериев эффективности лечения (Омельянович Д. А., 2016). Целью исследования явилось изучение отдаленных результатов, качества жизни больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 64 больных острым деструктивным панкреатитом. С 2009 года мы используем свою оригинальную анкету, адаптированную для больных, оперированных по поводу острого панкреатита. Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизнедеятельности пациента. Для оценки информативности предлагаемого опросника мы сравнили его с широко используемым вопросником SF-36. Обе шкалы весьма информативно иллюстрируют динамику основных составляющих качества жизни пациентов и их положительную динамику после хирургического лечения. Выраженность болевого синдрома в вопроснике SF-36 оценивается при помощи 2 вопросов. Для оценки интенсивности острой боли мы использовали визуальную аналоговую шкалу. Поэтому, по нашему мнению, имеется возможность относительно объективно оценивать выраженность болевого синдрома у этих больных. Результаты. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения прослежен в сроки от 1 до 7 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 78% оперированных больных. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения требовали продолжения консервативной терапии, а, зачастую, и повторных операций для ликвидации исходов панкреонекроза и последствий хирургических вмешательств. Рецидив острого панкреатита чаще возник у пациентов (40,0%) после открытых операций, чем у пациентов (26,9%) после МИВ. Однако, различия статистически недостоверны ($p > 0,05$). Хроническая псевдокиста ПЖ у пациентов в отдаленном периоде встречается чаще после малоинвазивных вмешательств (МИВ) (22,2%), чем после применения только открытых операций (9,1%). Однако различия статистически недостоверны ($p > 0,05$). После применения открытых операций СД 2 типа выявлен у 2 пациентов (16,7%), После применения хирургических вмешательств в лечении инфицированных осложнений панкреонекроза послеоперационная грыжа различной локализации выявлена у 31,4% пациентов. При этом после МИВ грыжи выявле-

ны у 7,7% больных. Этим пациентам в плановом порядке была выполнена герниопластика сетчатым имплантом. Полученные результаты говорят о том, что качество жизни лучше у больных перенесших малоинвазивные оперативные вмешательства (видеолапароскопическое дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства под УЗ-наведением) (хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 86% больных), чем у больных после операций из открытого доступа (хорошие и удовлетворительные результаты у 62% пациентов). Следовательно, использование представленного опросника качества жизни пациентов, перенесших панкреонекроз, позволяет адекватно оценивать весь спектр психосоматических расстройств, связанных с перенесенным острым деструктивным панкреатитом.

1174. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЛОЖЕНИЯ ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНОГО ОПЫТА ПОДГОТОВКИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ В РОССИИ

Кочубей В.В.

Москва

ФГБОУ ВО МГМСУ

им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Подготовка сертифицированных пластических хирургов в России ведется с 2009 года, когда была утверждена специальность «пластическая хирургия». Первые пластические хирурги готовились в рамках программ профессиональной переподготовки, но, одновременно в медицинских ВУЗах страны шла организация двухгодичной ординатуры. Следует отметить, что с момента вступления в силу приказа Минздрава России №707н от 08.10.2015 года, подготовка пластического хирурга возможна исключительно в ординатуре. Причем, высказывается мнение в пользу увеличения срока подготовки пластических хирургов в ординатуре до 5 лет. То есть, отечественная система подготовки и профессионального развития пластического хирурга все больше стремится к международным эталонам. Нами был изучен и обобщен интернациональный опыт программ подготовки пластических хирургов в странах Западной Европы (Великобритания, республика Ирландия, Дания, Германия) и северной Америки (Канада, США). На наш взгляд к положительным особенностям, которые обеспечивают качество подготовки пластических хирургов и могут быть копированы в отечественной системе, можно отнести: 1) высокие



требования к кандидатам в ординатуру, как в отношении их академической успеваемости, так и научной деятельности. 2) стандартизация программ обучения в ординатуре одной организацией, что обеспечивает одинаковый уровень подготовки. 3) независимость организации, стандартизирующей программы ординатуры от профессионального сообщества, которое стремится усложнить программу подготовки, дабы ограничить доступ к своей специальности, и от образовательных организаций, которые напротив заинтересованы в упрощении программ подготовки. В тоже время независимая организация должна учитывать разумные предложения от всех заинтересованных сторон при разработке требований к программам ординатур. 4) дополнительные программы подготовки по ряду разделов пластической хирургии. 5) востребованность сертификатов профессионального сообщества пластических хирургов помимо обязательной лицензии на медицинскую деятельность. Заметим, что ряд положительных сторон интернациональной системы подготовки могут быть реализованы благодаря утверждению унифицированной примерной программы ординатуры по специальности пластическая хирургия. Типовая программа ординатуры должна разрабатываться с учетом содержания Профессионального стандарта врача-пластического хирурга и при активном привлечении профессионального сообщества. Создание типовой программы ординатуры поможет сформировать качественно новый маршрут подготовки врачей-пластических хирургов и обеспечит единый уровень подготовки пластических хирургов во всех образовательных учреждениях страны.

1175. ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Алексеев А.М., Петрова К.В., Блинова Н.П.

Новокузнецк

НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Актуальность: Среди всех инфекционных осложнений, развивающихся у хирургических пациентов, на долю инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) приходится порядка 40%, две трети из них связаны с областью операционного разреза и одна треть — затрагивает орган или полость. В структуре причин послеоперационной

летальности, ИОХВ составляют до 75% всех случаев. Особенно большое количество гнойных осложнений наблюдается в абдоминальной хирургии. Так частота инфекции после аппендэктомии составляет 13,1% в госпитальном периоде и 23,3% в постгоспитальном периоде. Частота нагноения ран при деструктивном аппендиците и деструктивном холецистите достигает 32,3–62,5 % случаев. На сегодняшний день, одним из самых широко применяемых методов профилактики инфекции в области хирургического вмешательства периоперационное введение антибиотиков. Однако, данный способ не является универсальным и полностью не решает проблему послеоперационных гнойных осложнений. В настоящее время, поиск новых методов профилактики ИОХВ является актуальным направлением в хирургии. Материалы и методы: На базе Новокузнецкой городской больницы №1 в экстренном порядке с абдоминальной патологией в период с сентября 2016 года по январь 2017 года (5 месяцев) прооперированно 181 человек. Количество пациентов с острым аппендицитом составило – 59 (32,6%) человек, с острым холециститом – 46 (25,4%) пациентов. По поводу острого аппендицита проведено 9 (15,3%) операций из доступа Волковича-Дьяконова, 48 (81,4%) вмешательств лапароскопическим доступом и 2 (3,3%) пациента прооперированно из срединного доступа. Средний возраст пациентов – 38,6±11,9 лет. Мужчин – 36 (61%), женщин – 23(39%). Среднее время операции - 59±14,6 мин. Больным с острым холециститом выполнялись оперативные вмешательства из лапароскопического доступа – 26 (56,5%) , из минидоступа – 13 (28,3%) и из классического подреберного доступа – 7 (15,2%). Средний возраст пациентов – 62,4±15,3 года. Мужчин – 15 (32,6%), женщин – 31 (67,4%). Среднее время операции – 99±19,3мин. С целью профилактики ИОХВ на базе НГИУВа— филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России разработаны способы, основанные на местном и локорегиональном применении рекомбинантного интерлейкина – 2 (РИЛ-2). Профилактика ИОХВ разреза заключалась в местном введении разведенного рИЛ-2. Препарат вводится в подкожную клетчатку краев операционной раны до создания инфильтрационного вала из расчета 10 мл раствора на каждые 5 см длины раны с каждой стороны. Метод профилактики ИОХВ органа/полости состоял в установке по разработанной методике полиэтиленовых катетеров к зоне оперативного вмешательства. При остром аппендиците – забрюшинное пространство в правой подвздошной ямки, при остром холецистите – катетер устанавливался в круглую связку печени. Цитокинопрофилактика проводится на 1 и 3 сутки послеоперационного периода. Ампула – 1 мл, содержащая 500 000 МЕ, смешивалась с физио-



логическим раствором до 20 мл и вводился равными порциями в катетер и подкожную клетчатку краев раны. Согласно разработанному алгоритму по профилактики ИОХВ, всем больным, оперированным в неотложном порядке, оценивается прогностический индекс развития ИОХВ - NNIS. При наличии у пациента 2 либо 3 баллов проводилась местная и локорегиональная цитокинопрофилактика рИЛ-2 по разработанной методике. Результаты: При анализе результатов выявлено, что ИОХВ у пациентов, оперированных в неотложном порядке верифицировано в 18 (9,9%) случаев. При остром аппендиците и холецистите (n=105) в 12 (11,4%) случаев. Доля ИОХВ при лапароскопических доступах составила – 4 (3,8%), при минидоступе и доступе Волковича-Дьяконова – 5 (4,8%) и при классических доступах – 3 (2,9%). При этом у 37 (35,2%) пациентов был высокий риск развития ИОХВ согласно прогностическому индексу NNIS и составил 2 либо 3 балла. Профилактика ИОХВ с использованием рИЛ-2 выполнена 18 больным. Другой группе пациентов с высоким риском развития ИОХВ (n= 19) проводилась только антибиотико-профилактика. Инфекция хирургического вмешательства у пациентов, которым проводилась местная и локорегиональная цитокинопрофилактика, верифицирована в 2 случаях. В второй группе пациентов количество ИОХВ составило 7 случаев (р

лечения у этих групп пациентов. Целью настоящего исследования явилась оценка возможности использования обструктивной резекции кишечника у больных с острым мезентериальным тромбозом. Для решения поставленной цели были исследованы истории болезни 34 больных, находившихся на лечении в НГКБ №29 г. Новокузнецка за период 2011 – 2016 гг. Для объективной сравнительной оценки результатов лечения пациентов с острым мезентериальным тромбозом были выделены 2 группы больных. Первую составили 18 пациентов, которым было произведена обструктивная резекция тонкой кишки без наложения первичного анастомоза, группу сравнения – 14 больных, которым выполнялась резекция тонкой кишки с наложением анастомоза. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 90 минут, в группе сравнения - 130 минут. В послеоперационном периоде исследовались такие показатели, как частота несостоятельности кишечных анастомозов, продолжительность синдрома интоксикации, длительность и выраженность пареза кишечника, летальность. После этапного лечения несостоятельность межкишечного анастомоза отмечена у 1 больного(5,67%). У 4 (22,3%) больных потребовалась выполнения ререзекции тонкой кишки в связи с продолженным мезентериальным тромбозом. В группе сравнения несостоятельность кишечного анастомоза отмечена у 8 (57,6%) , причиной которого явился продолженный тромбоз мезентериальных сосудов. Купирование признаков перитонита у больных первой группы наступал на 4 сутки, в группе сравнения на 6 сутки. У большинства больных первой группы интоксикационный синдром сохранялся в среднем 3 суток (в группе контроля – 5 -7 суток), что позволило сократить сроки инфузионной терапии до 4 суток. У большинства пациентов после этапного лечения отмечены проявления пареза 1-2 степени, которые купировались на фоне терапии к 3 суткам послеоперационного периода, в группе сравнения – парез 2-3 степени купировался на 4-5 сутки. Повторные вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде в группе контроля выполнялись в 1% случае, после двухэтапного лечения осложнений не наблюдалось. Летальность в первой группе составила 16,67% (3 больных), в группе сравнения 35,71% (5 больных). Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать обструктивную резекцию тонкой кишки как способ лечения осложнений острого мезентериального тромбоза, достойной альтернативой традиционной хирургической тактики.

1176. ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

*Ярощук С.а. (1), Баранов А.и. (2,3),
Каташева Л.ю. (2), Лещишин Я.м. (2)*

Новокузнецк

- 1) ГБУЗ КО «НГКБ№ 29»,
- 2) ГБУЗ КО «НГКБ№ 1»,
- 3) НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава

России, г.Новокузнецк

Острый мезентериальный тромбоз (МТ) остается самой тяжелой формой сосудистой патологии. Летальность от осложнений острого мезентериального тромбоза удалось несколько снизить путем внедрения в клиническую практику реконструктивных вмешательств на брыжеечных сосудах и др. Зачастую пациенты поступают в стационар в поздние сроки, когда хирургу остается выбирать между резекцией кишечника или признавать случай инкурабельным из-за тяжести состояния пациента. Вместе с тем альтернативным способом лечения может стать использование двух этапного



1177. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Столин А.В., Прудков М.И.

Екатеринбург

ФГБОУ ПО «Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования - показать возможности традиционной холецистэктомии из лапаротомного доступа, лапароскопической и мини-ассистированной холецистэктомии, эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), чрескожно-чреспеченочной пункции и дренирования желчных путей (ЧКЧП) при лечении пациентов с осложнениями желчно-каменной болезни. Материал исследования - отобранные «слепым» методом 274 пациентов с осложнениями холелитиаза оперированные в клинике в 2013- 2016 гг. Результаты – из оперированных 274 пациентов: 207 больных (73,9%) острым калькулезным холециститом (ОКХ); 62 (23,7%) – холангиолитиазом, механической желтухой (МЖ) и 6 (3,4%) - холангиолитиазом, острым гнойным холангитом (ОГХ). Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 127 (63,2%) больных ОКХ. Показаниями считали: наличие признаков острого холецистита; отсутствие признаков холангиолитиаза и срок с начала заболевания менее 48 часов. Во всех остальных случаях операцией выбора являлась холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа, которая была выполнена у 80 (36,8%) пациентов ОКХ. ЭПСТ произведена 41 (60,3%) больным МЖ. Показаниями являлись: отсутствие признаков деструктивных форм ОКХ; размер конкрементов менее 10 мм; наличие анатомических условий для катетеризации большого дуоденального сосочка (БДС). Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа с наружным дренированием желчных протоков выполнена в 19 (36,8%) случаях. Показаниями считали: наличие признаков деструктивных форм ОКХ; крупные размеры (более 10 мм) конкрементов гепатикохоледоха; отсутствие условий для катетеризации БДС (парафатериальный дивертикул, резекция желудка по Бильрот II, гастрэктомия по Ру). ЧКЧП произведена 3 (2,9%) пациентам при отсутствии условий для катетеризации БДС. При лечении больных ОГХ операцией выбора считаем ЭПСТ – выполнена у 4 (67,1%) пациентов ОГХ. Наружное дренирование желчных протоков из мини-лапаротомного доступа выполнено у 2 (42,9%) больных. Традиционная лапаротомия в лечении больных с осложнениями холелитиаза не применялась.

Выводы – малоинвазивное лечение осложненных форм ЖКБ возможно при совместном использовании современных эндохирургических технологий.

1178. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Столин А.В., Прудков М.И.

Екатеринбург

ФГБОУ ПО «Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Цель работы - показать возможности хирургического лечения острого калькулезного холецистита. Материал исследования - отобранные «слепым» методом 400 пациентов с острым калькулезным холециститом из оперированных в клинике в 2014 - 2015 гг. Результаты исследования. Тактика лечения больных с urgentными осложнениями ЖКБ - оперативное лечение в экстренном порядке. Операция выбора – лапароскопическая холецистэктомия или холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа. По результатам операции катаральный холецистит имел место у 96 (24%) пациентов, флегмонозный - у 258 (64,5%), гангренозный – 44 (11%). Диагноз был подтвержден гистологически. В 168 (37%) случаях острый холецистит сопровождался местным перитонитом или инфильтратом. У 37 больных при операции не установлено обтурации на уровне пузырного протока, но данные интраоперационной холеграфии, позволили выявить холедохолитиаз, который и явился причиной биллиарной гипертензии и вторичного необтурационного острого калькулезного холецистита. Операция была дополнена холедохолитотомией, литоэкстракцией, дренированием холедоха по Керу у 23 (61,1%) больных. У 14 (33,3%) больных с патологией холедоха, но диаметром внепеченочных желчных путей менее 6 мм был установлен дренаж Холстеда. Частота послеоперационных осложнений у 400 пациентов составила 4,5% (19 наблюдения), летальность – 0,5% (2 пациента). Заключение – экстренное оперативное вмешательство позволяет в полном объеме оказать неотложную помощь пациентам с острым калькулезным холециститом, в том числе при сопутствующей патологии гепатикохоледоха.



1179. АППЕНДЭКТОМИЯ ИЗ ПОПЕРЕЧНОГО МИНИДОСТУПА

*Батраков И.Г. (1), Чистов А.А. (1),
Логинов В.И. (2), Бабурин А.Б. (2,3)*

Нижний Новгород

- 1) ЧУЗ ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО РЖД,
- 2) ФГКУ «422 военный госпиталь» МО РФ,
- 3) Городская больница № 35

Острый аппендицит является наиболее частым заболеванием среди патологии органов брюшной полости, требующих немедленного хирургического вмешательства. В настоящее время применяется лапароскопическая аппендэктомия, лапароскопически ассистированная аппендэктомия и традиционная открытая аппендэктомия из общеизвестных доступов (Волковича-Дьяконова-Мак Бурнея, Леннандера). Безусловно, перспективным направлением является внедрение эндоскопических операций. Однако, в силу ряда обстоятельств, сдерживающих их широкое применение, этот вид оперативных вмешательств не всегда можно применить на практике. К ним относятся: 1) дорогостоящее оборудование, которое отсутствует во многих клиниках, или недостаточное количество хирургических наборов к нему; 2) наличие высококвалифицированных кадров, владеющих техникой выполнения эндоскопической аппендэктомии; 3) высокий процент осложнений на этапе освоения техники операции и значительное удлинение оперативного пособия и анестезиологического обеспечения. Поэтому основное количество операций при остром аппендиците до сих пор выполняется традиционным открытым способом. Цель исследования – улучшить качество оказания хирургической помощи больным с острым аппендицитом, применяя во время операции минидоступ совместно с интраоперационной профилактикой гнойно-воспалительных осложнений. Материалы и методы. Нами предложен и внедрен в клиническую практику модифицированный минидоступ для аппендэктомии. С 2010 по 2016 год на базе ДКБ выполнено 187 оперативных вмешательств. В основную группу отнесены пациенты, оперированные предложенным способом (n=85). Возраст пациентов составил от 18 до 62 лет (средний возраст – 24,5 лет). Женщины – 57 (67,05%), мужчины – 28 (32,94%). В контрольную группу вошли пациенты, которые были оперированы из общеизвестных доступов (Волковича-Дьяконова-Мак Бурнея, Леннандера) (n=102). В группах не было достоверных отличий, рандомизированы были по возрасту, полу, давности заболевания,

морфологической форме острого аппендицита и сопутствующей патологии. Мы применяли модифицированный поперечный минидоступ при операциях по поводу острого аппендицита в соответствии с принципами: минимальная травматичность и продолжительность операции и, максимальная доступность. Операция выполняется стандартным набором хирургических инструментов с использованием малых крючков Фарабефа. Направление разреза – от точки Мак Бурнея, расположенной между наружной и средней третью линии, соединяющий пупок с правой передней верхней остью подвздошной кости в поперечном направлении к правому латеральному краю прямой мышцы живота. Разрез передней брюшной стенки протяжённостью от 1,5 до 2,0 сантиметров в зависимости от телосложения. Рассекается кожа и подкожная клетчатка. Апоневроз наружной косой мышцы живота рассекается по ходу апоневротических волокон. Разрез апоневроза наружной косой мышцы живота по длине больше кожного разреза на 1,5–2,0 сантиметра. При необходимости расширения доступа мышечные волокна наружной косой мышцы живота раздвигаются тупо, без рассечения. Внутренняя косая мышца живота и поперечная мышца живота тупо раздвигаются на границе перехода мышечных волокон внутренней косой мышцы живота в апоневротические, в непосредственной близости от латерального края влагалища прямой мышцы живота (Спигелевая линия). Мышцы растягиваются крючками по длине кожной раны. При необходимости расширения доступа внутренняя косая мышца рассекается вдоль Спигелевой линии. Брюшина захватывается двумя зажимами, приподнимается в виде конуса и рассекается ножницами на небольшом протяжении. Рана тампонируется марлевыми салфетками, к которым зажимами Микулича фиксируются края брюшины. Обработку культи червеобразного отростка проводим лигатурно-инвагинационным способом. Данная операция по классификации Прудкова М.И. (1993 год) относится к операциям в «стесненных условиях» минилапаротомной раны с использованием обычных инструментов. Во время проведения оперативного лечения всем пациентам проводилась профилактикой гнойно-воспалительных осложнений путём в/в струйного введения 2,0 цефтриаксона, а в случаях гангренозных форм аппендицита с обязательным интраоперационным капельным введением 100,0 метрогила. Показанием для использования минидоступа является типичная клиническая картина острого аппендицита, но при отсутствии признаков распространённого (диффузного) перитонита. Минидоступ применён у 85 больных, которым при поступлении был поставлен диагноз «острый аппендицит». Женщины, при неуверенности в ди-



агнозе, перед операцией были консультированы гинекологом, проводились лабораторные исследования крови и мочи, другие дополнительные исследования проводились при наличии сопутствующих заболеваний. Отграничение брюшной полости от операционной раны проводилась марлевыми салфетками. Для оценки операционной травмы изучали динамику лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) до операции, на 1, 2 и 4 день после операции, динамику лейкоцитоза, температурную реакцию организма. Изучали уровень С-реактивного белка (СРБ) до операции, на 2 и 4 день после операции. Проводили клиническое наблюдение за состоянием больного. Результаты анализировали статистически, с применением критерия Стьюдента, средствами Excel 2010 в среде Microsoft Windows 8.1. Результаты исследования и обсуждение. Диагноз острый аппендицит подтверждён во время операции в 169 (90,37%) случае. В 7 (8,24%) случаях при вмешательстве минидоступом диагностировано гинекологическое заболевание с явлениями внутрибрюшного кровотечения. В 5-ти случаях удалось выполнить резекцию правого яичника и санацию брюшной полости без расширения минидоступа, у 2 больных при внематочной беременности пришлось расширить доступ вниз. В трёх случаях (3,53%) минидоступ был расширен вверх, причиной послужили технические трудности во время операции, обусловленные выраженным спаечным процессом в области купола слепой кишки, ретроперитонеальным и ретроцекальным расположением отростка. Во время операции из минидоступа в 7 (8,24%) случаях аппендэктомия выполнялась ретроградным способом, при традиционном доступе – в 23 (22,6%). Длительность операции аппендэктомии из минидоступа составляла в среднем 19,7 минут, при традиционном доступе – 35,3 минут. Морфологически диагноз острого аппендицита подтверждён во всех случаях, катаральный – 9 (4,81%), флегмонозный – 159 (85,02%), гангренозный – 19 (10,16%). В 17-ти случаях гангренозного аппендицита после санации брюшной полости выполнено её дренирование. В послеоперационном периоде после миниинвазивных операций болевой синдром был незначительным и купировался однократным введением ненаркотического анальгетика. Пациенты уже в течение первых суток значительно активизировались и начинали ходить. Количество лейкоцитов в пределах нормы было у 61% больных на второй день после операции и у 91% - на четвёртый день. ЛИИ в пределах нормы отмечался у 77% на второй день и в 98% на четвёртый. Показатели СРБ были ниже, чем у больных, прооперированных из традиционного доступа. Субфебрильная температура тела после операции отмечалась в среднем 2 дня. Уменьшилось

время нахождения больных в стационаре: средний срок лечения в основной группе составил $5,77 \pm 0,63$ суток, в контрольной $8,71 \pm 0,45$ суток ($p=0,0001$). Больные отмечали удовлетворение от размеров послеоперационного рубца. В основной группе в п/о периоде у троих больных со стороны раны зафиксированы осложнения: у двоих – абсцесс (2,35%) и у одного – гематома (1,17%). Все пациенты оперированы с гангренозными формами аппендицита. В контрольной группе осложнения со стороны п/о раны выявлены в 9-ти случаях: в трёх – абсцесс (2,94%), в двух – серома (1,96%) и в четырёх – гематома (3,92%) ($p=0,0002$). В отличие от ранее предложенных разрезов Волковича-Дьяконова-Мак Бурнея и Леннандера, предлагаемый доступ содержит в себе ряд преимуществ: Уменьшение размеров раны. Отсутствует повреждение нижних надчревных сосудов (a. et v. Epigastrica inferior). Значительное сокращение длительности оперативного вмешательства. Минимальная травматичность тканей передней брюшной стенки с существенным снижением гнойно – воспалительных осложнений со стороны п/о раны и ранней активизацией больных. Сокращение в значительной степени сроков стационарного лечения и временной нетрудоспособности. К недостаткам предлагаемого доступа следует отнести: 1. Технически сложное выполнение этапов операции у тучных больных, что делает нежелательным применение предложенного доступа у этой категории пациентов. 2. Необходимость наличия большого опыта в выполнении аппендэктомий у оперирующего хирурга для частого и успешного применения минидоступа. 3. Невозможность применения при деструктивных формах аппендицита с распространённым (диффузным) перитонитом. Заключение. Выполнение аппендэктомии из предлагаемого минидоступа возможно у больных с нормальной и пониженной массой тела, с типичной клинической картиной острого аппендицита. У тучных пациентов с повышенной массой тела от хирурга требуются определённые навыки и опыт работы, что резко ограничивает применение этого доступа у данной категории пациентов. Описанный минидоступ позволяет выполнить тщательную санацию брюшной полости за исключением разлитых (диффузного) форм перитонита. Минидоступ обладает косметическим эффектом, способствует снижению травматичности операции со снижением осложнений со стороны послеоперационной раны, сокращению сроков лечения больных в стационаре и временной нетрудоспособности, более быстрой реабилитации пациентов, что в целом обеспечивает социально – экономический эффект.



1180. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Попов А.Ю., Петровский А.Н., Лищенко А.Н., Григоров С.П.

Краснодар

НИИ-ККБ №1 им. С.В. Очаповского

Целью хирургического лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита (ХП) является ликвидация болевого синдрома и осложнений: стеноза ДПК, билиарной и портальной гипертензии. Сохранение экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы (ПЖ) – одна из главных задач хирургического лечения, поскольку большинство пациентов с ХП сравнительно молоды и трудоспособны, необходимо учитывать их социальную и профессиональную реабилитацию. Нами проведен ретроспективный анализ собственных результатов лечения 87 пациентов с хроническим панкреатитом, находившихся на лечении в течении прошедший 5-ти лет в нашем отделении. Мужчин было 69, женщин – 18. Возраст больных варьировал от 22 лет до 73 года (средний возраст $42,3 \pm 3,8$ года). Причиной обращения пациентов в клинику явились некупируемый болевой синдром или желтуха: боль была основным клиническим симптомом у большинства пациентов (94,6%); с явлениями механической желтухи в клинику поступили 13,6% больных. Средняя продолжительность болевого синдрома до поступления в клинику составляла 18,6 мес. По данным УЗИ и КТ дилатация общего желчного протока диагностирована у 21 (24,1%) больных (в т.ч. у 12 – с механической желтухой), портальная гипертензия – у 8 (9,19%), компрессия ДПК – у 5 (5,74%), кальциноз паренхимы ПЖ выявлен у 21 (24,13%) больных, вирсунголитиаз – у 25 (28,7%). Всем больным, поступившим с явлениями механической желтухи, в качестве первого этапа было выполнено чрезкожная чрезпеченочная холедохостомия под УЗ – и R-контролем. У 31 пациентов имелись клинические и лабораторно-инструментальные данные обострения хронического панкреатита – в связи с чем пациентам проводилась консервативная терапия и оперативное вмешательство было отложено на 9-12 мес. После проведенного обследования и купирования явлений обострения ХП все больные были прооперированы: операция Puestow проведена 21 пациентом, операция Partington-Rochelle – 24 больному, операция Фрея – 20 больным, Бернский вариант операции Бегера – 16 больным и панкреато-дуоденальная резек-

ция – 6 пациентам. В послеоперационном периоде было отмечено 3 осложнения, которые потребовали повторных хирургических вмешательств: 1 – острая кишечная непроходимость; 1 – послеоперационное кровотечение (на 2-е сутки послеоперационного периода); 1 – несостоятельность швов панкреато-энтероанастомоза. Послеоперационный койко-день составил 8,6 дней (8-18 дней). Летальных исходов отмечено не было. Резекционные методы лечения оправданы у больных с ХП, но показаны не абсолютному большинству пациентов. У больных ХП с преимущественным поражением головки ПЖ резекционные вмешательства обеспечивают хорошие результаты в ликвидации болевого синдрома и устранении осложнений ХП. Так, при наличии выраженного болевого синдрома и дилатации вирсунгова протока нами выполнялась операция Фрея; наличие дополнительно билиарной гипертензии являлось показанием к бернскому варианту операции Бегера, а при компрессии v. portae и при невозможности по данным предоперационного обследования исключить злокачественный характер заболевания – выполняли панкреато-дуоденальную резекцию. Отсутствие инструментальных данных (УЗИ, КТ) за псевдотуморозный панкреатит при наличии болевого синдрома и дилатации вирсунгова протока нивелирует – на наш взгляд – показания к резекционным вмешательствам на головке поджелудочной железы, в связи с чем больным выполнялось наложение панкреато-энтероанастомоза в различных модификациях. Выводы: дифференцированный подход в выборе хирургического пособия при лечении осложненных форм хронического панкреатита позволяет снизить объем хирургической агрессии, уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидив заболевания.

1181. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С АНЕВРИЗМОЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ С НАРУШЕНИЕМ ЕЕ ЦЕЛОСТНОСТИ

Фролов А.А., Красовский В.В., Овакимян В.А., Крайнов А.А., Малюгин А.А., Борисов В.А., Лукьянова Л.В.

Саратов

СГМУ им. В.И. Разумовского. ГУЗ ОКБ.

Несмотря на достижения в диагностике и хирургической технике при таком грозном осложнении аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты, которыми являются расслоение и раз-



рыв, остаётся много нерешённых вопросов. Цель: Оценить результаты лечебных мероприятий у пациентов с расслоением и разрывом аневризмы брюшного отдела аорты. Материал, методы и обсуждения: За период с 2012 по 2016 год в отделениях ОКБ г. Саратова лечилось 22 пациента с расслоением и разрывом аневризмы инфраренального отдела брюшного аорты (мужчин - 21, женщин - 1). У 18 пациентов выявлена аневризма брюшной аорты с разрывом (I группа), у 4 с расслоением (II группа). Возраст больных колебался от 52 до 79 лет (средний возраст 65 + 2.5 года). 19 пациентов страдали ишемической болезнью сердца (ИБС), 18 артериальной гипертензией (АГ) и у всех выявлены признаки атеросклероза аорты и магистральных артерий. Диагноз уточнялся с помощью дуплексного исследования (ДИ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и аортографии. Результаты и обсуждения: В 18 случаях (81.8%) в ходе исследований была выявлена забрюшинная гематома, у 6 больных прорыв в брюшную полость. Время от момента появления симптомов расслоения и разрыва до поступления больных в стационар составило от 12 часов до 10 суток (в среднем 124 + 2.5 часа). Время до операции в стационаре составило от 9 до 25 часов (в среднем 17 + 3.5 часа). В 4 случаях диагноз распознан на аутопсии. Каждый третий больной (35%) поступил в стационар с неправильным направительным диагнозом. Во II группе двое из 4 больных с расслоением аневризмы аорты из-за анатомических особенностей были переведены в федеральные центры, где успешно выполнены хирургические пособия, а оставшимся двоим выполнена резекция и линейное протезирование брюшной аорты. В I группе из 18 больных с разрывом аневризмы удалось прооперировать 9 (5 - резекция и линейное протезирование брюшной аорты, 2 - резекция аневризмы и АББШ, в 2 случаях диагностическая лапаротомия в связи с констатацией неоперабельности). Остальные 9 больных не оперированы из-за крайней тяжести состояния и неустойчивой гемодинамики. Из 11 оперированных пациентов выписаны 5 (45,6%) и пребывания в стационаре составило 13 + 2 дня. Причиной летальных исходов (у 6 оперированных и 9 не оперированных) были геморрагический шок, полиорганная недостаточность, отёк головного мозга. Стандартные методы лечения разорвавшихся аневризм брюшной аорты, применяемые сегодня, часто не дают удовлетворительных клинических результатов. Многие больные из-за высокого риска вообще не подлежат открытому хирургическому вмешательству, в этих ситуациях возможно эндопротезирование будет эффективным методом лечения у некоторых пациентов, что мы в настоящее время активно пытаемся внедрить

в клиническую практику. Выводы: Несмотря на тяжесть общего состояния, поздние сроки поступления, сложность диагностики и оперативного вмешательства у больных с расслоением и разрывом аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты удалось прооперировать 11 больных и в 5 случаях (45.6%) добиться успешных результатов. Ранняя диагностика, незамедлительная транспортировка, своевременное хирургическое вмешательство (открытое или эндоваскулярное), исключение оперативных ошибок - являются главными составляющими успеха при лечении пациентов с расслоением и разрывом аневризмы брюшной аорты. Только благодаря слаженной, быстрой и профессиональной работе всех медицинских звеньев появляется шанс на жизнь и благоприятный исход при лечении пациентов с этой сложной патологией.

1182. ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Топчиев М. А., Паршин Д. С.

Астрахань

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ

Лечение больных с распространенным гнойным перитонитом остается одной из актуальных проблем современной хирургии и требует огромных материальных, технических и интеллектуальных затрат. Целью данной работы являлось улучшения результатов лечения больных распространенным перитонитом осложненным синдромом кишечной недостаточности с применением эндолимфатического и эндопортального введения антибиотиков. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 186 больных. Средний возраст больных составил 42±0,7 лет. Мужчин было 62%, женщин – 48%. В контрольной группе (88 больных) антибактериальные препараты вводились внутривенно, в основной группе (98 больных) внутривенное введение дополнялось эндолимфатическим и эндопортальным введением. Использовалась комбинация цефтриаксон+цирофлоксацин+метронизазол. Для эндопортальной инфузии интраоперационно выполняли катетеризацию правой желудочно-сальниковой вены. После катетеризации выполнялась контрольная субтракционная портография с использованием ангиографической установки Phillips Allure FD 20. Эндопортальная инфузия осуществлялась в половине суточной дозы



ципрофлоксацина. Остальная доза цефтриаксона и ципрофлоксацина в основной группе исследования вводилась внутривенно. Концентрацию цефтриаксона в перитонеальном экссудате определяли микробиологическим методом диффузии в агар. Исследования проводили через 1 ч, 3ч, 6 ч, 9 ч, 12 ч и 24 часа послеоперационного периода. Тяжесть состояния больных оценивалась интегральными системами оценки тяжести состояния больных и степени органной дисфункции: SAPS, MODS и SOFA. Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики с использованием программы STATISTICA 6,0. Результаты. В контрольной группе с лимфососудистой терапией концентрация цефтриаксона через 1 час в экссудате составила 12,4 мкг\мл, через 3 ч отмечается подъем концентрации до 16,8 мкг\мл. Далее через 6 часов отмечено его снижение до 8,3 мкг\мл, а через 9 часов отмечено некоторое повышение концентрации до 9,4 мкг\мл. Через 12 часов в контрольной группе концентрация составила 5,4 мкг\мл, а через 24 часа 4,2 мкг\мл. Следует отметить, что в группе пациентов с эндолимфатическим и эндопортальным введением концентрация антибиотика практически в любой контрольной точке исследования достоверно.

1183. DAMAGE CONTROL-ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Бокарев М.И. (1), Мамыкин А.И. (1),
Мунтяну Е.В.(1), Ковалинин В.В.(1)
Гогичашвили В.В.(2)*

Москва

- 1) 1МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии №1 При участии Фонд содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере.
- 2) ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ г. Москвы

Damage control-тактика (DCt) – многоэтапное лечение травмированных пациентов, находящихся в крайне тяжёлом состоянии. Часть больных острой кишечной непроходимостью, поступает в стационар с клинической картиной катастрофы в животе, глубокой декомпенсации хронических заболеваний и полиорганной недостаточности. Экстренность ситуации не позволяет сразу адекватно подготовить таких больных к полномасштабному оперативному вмешательству и заставляет хирурга использовать DCt. Кафедра госпитальной хирургии №1 1МГМУ им. И.М. Сеченова провела ретроспек-

тивное изучение хирургической тактики лечения, которая была использована у 146 больных острой кишечной непроходимостью, находившихся на лечении в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева в 2016 г. Цель исследования: определить потребность DCt у больных острой кишечной непроходимостью и оценить ее результат. Показанием к DCt, считали полиорганную недостаточность, нежизнеспособный участок кишечной трубки без четких границ некроза и распространенный гнойный перитонит. Углублённое изучение медицинской документации обнаружило, что из 146 оперированных больных показания к применению DCt имели место у 21 (14,4%) пациента. Из них, 8 (38,1%) больных были мужчины, 13 (61,9%) – женщины. Средний возраст был равен $66,6 \pm 9$ лет. Тяжесть состояния, оцененная по шкале SOFA, была равна $4,3 \pm 2$ баллов. Умерло 13 (61,9%) пациентов. Анализ фактической стороны дела обнаружил, что, несмотря на наличие показаний к DCt, она, по разным причинам, была использована не во всех случаях. Для того, что бы оценить фактическое использование DCt и ее результат, пациенты, имевшие показания к многоэтапному лечению, были разделены на две группы, в зависимости от использованной тактики: группа DCt и группа одноэтапного лечения. Группа DCt насчитывала 13 (61,9%) больных. Из них, 6 (46,1%) – мужчины, 7 (53,9%) – женщины. Средний возраст был равен $66,7 \pm 9$ лет. Тяжесть состояния, оцененная по шкале SOFA, была равна $4,6 \pm 2,2$ баллов. Умерло 7 (53,9%) больных. Группа одноэтапного лечения состояла из 8 (38,1%) пациентов. Из них, 2 (25%) – мужчины, 6 (75%) – женщин. Средний возраст был равен $66,4 \pm 7$ лет. Тяжесть состояния, оцененная по шкале SOFA, была равна $3,7 \pm 1,3$ баллов. Умерло 6 (75%) больных. Сравнительный анализ образованных групп обнаружил, что они сопоставимы по количеству наблюдений, полу, возрасту и исходной тяжести состояния, но отличались использованной хирургической тактикой и показателями летальности. Летальность в группе DCt находилась на уровне 53,9%, что было ниже аналогичного показателя в группе одноэтапного лечения, где летальность достигала 75% ($p > 0,05$). Проведенное исследование позволило сделать несколько выводов: 1. реальная потребность в применении DCt имеет место у 14,4% больных острой кишечной непроходимостью; 2. своевременное использование DCt демонстрирует тенденцию к снижению летальности у больных острой кишечной непроходимости; 3. недостаточное количество наблюдений требует дальнейшего продолжения исследовательской работы.



1184. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕМОДИАЛИЗ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Бубнова Н.А.(1,2), Семак М.В.(1,2), Нестяк Т.В.(1), Шатиль М.А. (1), Добрыдин О.Н. (1), Заря Я.В.(3)

Санкт-Петербург

1) СПбГУЗ Городская больница Святого Великомученика Георгия 2) Кафедра общей хирургии медицинского факультета СПбГУЗ «Центр диализа Санкт-Петербург»

В настоящее время заболеваемость сахарным диабетом в мире приобретает характер эпидемии. По данным государственного регистра на 01.01.2015 г в России было зарегистрировано 3 549 203 пациента с таким заболеванием. Согласно докладу ВОЗ к 2030 году сахарный диабет станет седьмой причиной смерти в мире. Около 25% всех этих пациентов страдают синдромом диабетической стопы (СДС). Другим серьезным осложнением заболевания является диабетическая нефропатия. Согласно данным ряда авторов, с развитием терминальной хронической почечной недостаточности (тХПН) риск возникновения СДС увеличивается более чем в пять раз. В больнице Святого Великомученика Георгия помощь таким пациентам оказывается на двух гнойно-септических отделениях на 60 и 45 коек. Всего за 2014 – 2016 г на данных отделениях лечились 904 пациента с СДС, из них с тХПН – 32 человека (11 мужчин и 21 женщина). У этой группы больных резко преобладала нейроишемическая форма СДС. У 100% из сопутствующей патологии имелась артериальная гипертензия, хроническая анемия разной степени тяжести. От момента постановки диагноза сахарный диабет до развития тХПН у 25% прошло менее 10 лет, у 28,1% - от 11 до 20 лет, у 34,4% от 21 до 30 лет, у 12,5% более 30 лет. У подавляющего числа пациентов гнойно-некротические поражения соответствовали 3 и 4 степени по Wagner. Всем выполнялся бактериологический посев из раны с последующим анализом микрофлоры. У большинства высеивался золотистый стафилококк либо в качестве моновозбудителя (34,4%), либо в ассоциации с грамотрицательной флорой (31,2%). В остальных случаях выявлялась изолированная грамотрицательная флора (25%) и сапрофиты (9,4%). Мы придерживались стандартных принципов общего лечения таких больных. Абсолютно все пациенты осматривались сосудистым хирургом. Благодаря наличию центра диализа в зда-

нии больницы, данным больным было возможно проводить сеансы гемодиализа круглосуточно, а также корректировать время их проведения в зависимости от необходимости. Подавляющему числу пациентов выполнялось оперативное лечение. В 59,4% выполнялись экономные ампутации в пределах стопы, в 19% - высокие ампутации, в 13% - вскрытие флегмон и некрэктомии в пределах мягких тканей. Лишь 9,6% получали консервативное лечение. Всем больным выполнялись перевязки с использованием современного перевязочного материала (пленочные, гидрогелевые, гидроколлоидные, атравматические, альгинатные повязки, суперпоглопители, коллаген-содержащие раневые покрытия). Также использовались терапия отрицательным давлением (ВАК-терапия), ультразвуковая кавитация раны, плазменная система PlasmaJet. Для ускорения заживления ран применялись препараты, содержащие фибробласты, коллаген. У 10 пациентов из 32 наступило полное заживление ран. У 14 человек рана очистилась, однако заживление не наступило (сформировалась трофическая язва), из них у 11 человек были выявлены показания к реваскуляризации. У 6 человек были выполнены высокие ампутации. Также 2 случая закончились летальным исходом (прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне интоксикации). К сожалению, существуют некоторые сложности в лечении таких пациентов. В стационаре отсутствует сосудистое отделение, что приводит к необходимости переводить таких пациентов в другие лечебные учреждения, что не всегда выполнимо, так как далеко не во всех стационарах возможно проведение гемодиализа. Однако, несмотря на все сложности, в больнице Святого Великомученика Георгия помощь такого рода пациентам оказывается в полном объеме.

1185. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Белоконев В.И., Титов А.Н., Грицаенко А.И., Антропов И.В., Николаев А.В., Эрдели Ю.И.

Самара

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Цель исследования - улучшить результаты у больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) путем оценки используемой тактики в зависимости от стадии заболевания и развивающихся осложнений. Материалы и методы: проведен ана-



лиз 183 больных с ОДП тяжелого течения. Тактика лечения больных с ОДП зависела от этиологии ОП, времени от начала заболевания и стадии эндогенной недостаточности. При билиарном ОДП, после предоперационной подготовки, начинали с выполнения операции на желчевыводящих путях в объеме холецистэктомии, по показаниям, холедохотомии, холедохолитотомии, дренирования холедоха по Керу. При алиментарном панкреатите (АП) и легкой степени ЭН оперативное лечение не проводили. При АП и ЭН средней степени тяжести оперативные вмешательства были направлены на дренирование панкреатогенных жидкостных образований. При распространении панкреатогенных жидкостных образований забрюшинно по правому и левому боковым каналам их дренировали забрюшинными доступами по Шевкуненко или Чери (поясничная люмбостомия) с дренированием брюшной полости путем вскрытия брюшины из тех же доступов. В ряде наблюдений формирование бурсостомы забрюшинным доступом по Шевкуненко и люмбостомии позволяло сформировать раневой канал между головкой и хвостом поджелудочной железы, через которые по установленным дренажам удаляли некротизированные ткани парапанкреатической клетчатки и секвестры поджелудочной железы. Выполнение лапаротомии после внебрюшинного дренирования жидкостных образований забрюшинным доступом облегчало установку дренажей в области ПЖ. Релапаротомию выполняли по показаниям при прогрессировании панкреатогенного перитонита, ЭН, распространении парапанкреатической флегмоны (ППФ) по правому и левому боковым каналам, на брыжейку мезоколон с развитием в ней некроза. Операцию завершали формированием лапаростомы, то есть временным закрытием брюшной полости. Лапаростому формировали с помощью большого сальника или полиэтиленовой пленки, которыми прикрывали ободочную и петли тонкой кишок. После операции проводили проточное промывание дренажей, по которым эвакуировали панкреатогенный экссудат, панкреатогенный детрит и секвестры. Появление признаков продуктивного воспаления свидетельствовало о восстановлении микроциркуляции в тканях вокруг зоны некроза. На этом фоне появление у больных гектической лихорадки могло быть связано либо с недостаточным дренированием зоны ПЖ, либо с формированием в ней крупного секвестра ПЖ, что требовало ревизии сальниковой сумки через оментобурсостому или релапаротомии для выполнения некрэктомии. Широкоу санационную релапаротомию выполняли при неразрешившемся панкреатогенном перитоните, межпетельных абсцессах, выявленных при УЗИ и КТ. Наиболее сложную проблему представляли

пациенты с распространенными парапанкреатическими флегмонами по правому и левому боковым каналам с развитием мезонекроза. Таким пациентам выполняли субтотальную резекцию ободочной кишки с выведением концевой илеостомы. Результаты и их обсуждение. Описанная тактика лечения ОДП применена у 183 больных, умерло 61 (33,3%). В стадию панкреатогенной токсемии из 64 больных умерло 26 (40,7%); панкреатогенного инфильтрата из 9 больных- 3 (30%); гнойных осложнений из 110- 32 (29,2%). В стадию гнойных осложнений наибольшая летальность была у 33 больных с распространенными парапанкреатическими флегмонами. Среди них при частичной резекции ободочной кишки с выведением проксимальной колостомы из 11 больных умерло 10; из 10 пациентов, которым выполнена субтотальная колэктомия, умерло 6. У 16 пациентов с распространенными ППФ вмешательств на ободочной кишке не было – все больные умерли. Выводы. 1. Оценка тактики лечения больных с острым деструктивным панкреатитом позволила объективно подтвердить ее эффективность. 2. Выполнение субтотальной резекции ободочной кишки с выведением концевой илеостомы при осложнении ОДП забрюшинной ППФ по правому и левому боковым каналам с развитием мезонекроза позволяет улучшить результаты хирургического лечения такого варианта патологии.

1186. ОПЫТ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ ТОРАКАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В ФГКУ "354 ВКГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ

Бирюков Д.П., Полунин С.В., Сандалов Е.Ж.

Екатеринбург

354 ВКГ МО РФ

Сложность диагностики при заболеваниях и травмах груди является причиной диагностических и лечебно-тактических ошибок, которые составляют, по данным различных авторов, от 19,6 до 36,4 %. Внедрение в практику медицинской видеотехники позволило поднять качество диагностики на новый уровень. За период с 2006 по 2016 год в отделении неотложной хирургии находился на лечении 101 пациент со спонтанным пневмотораксом (СП) и осложненными травмами груди (ОТГ) в возрасте от 17 лет до 71 года: с СП 53 пациента (средний возраст 28 лет), с ОТГ 48 пострадавших (средний возраст 32 года). Средний срок поступления от начала заболевания или травмы составил



по 1,5 суток. У 32 человек диагностирован правосторонний пневмоторакс, у 20 – левосторонний и у 1 – двухсторонний пневмоторакс. Причины: у 4 пациентов разрыв спек, у 36 - буллёзные изменения легочной ткани (верхняя доля и язычковые сегменты), у 13 пациентов причина пневмоторакса не выяснена. Трое пациентов переведены из других ЛПУ, все повторно оперированы. Средний койко-день составил 9,4 дня. По характеру травмы груди пострадавшие распределились следующим образом: 3 пациента с огнестрельными ранениями, 12 – с колото-резаными ранениями, 33 – с закрытой травмой груди. Из всех поступивших у 14 пострадавших диагностирован пневмоторакс, у 17 – гемоторакс, у 17 – гемопневмоторакс, у 13 была диагностирована сочетанная травма (у 5 – черепно-мозговая травма, у – 8 повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства). Во всех случаях торакоскопия позволила визуализировать характер повреждений, по показаниям выполнить аэро- и гемостаз, санацию плевральной полости, установку дренажей. Повторных вмешательств и осложнений после торакоскопий по поводу травм не было. Средний койко-день составил 16,5 суток. За указанный период выполнено 56 торакоскопических операций, из них 33 при СП и 23 при ОТГ. Операции выполнялись в положении пациента на спине с поворотом на 450 и в боковом положении на валике, под местной, субплевральной в сочетании с местной анестезией и под эндотрахеальным наркозом. При СП в 10 случаях выполнялась диагностическая торакоскопия, в 9 случаях - диагностическая торакоскопия с плевродезом (опудривание тальком или электрокоагуляция париетальной плевры), в 2 случаях выполнялось прижигание булл, в 12 случаях - торакоскопическая атипичная резекция верхушечных сегментов аппаратом «ENDO GIA UNI-VERSAL ROTICULATOR» фирмы «AUTOSUTURE» (кассетами 40 и 60 мм). Переход на торакотомию с атипичной резекцией верхушечного сегмента выполнен у 1 пациента с некупирующимся рецидивным спонтанным пневмотораксом в связи с наличием большого количества булл и выраженным спаечным процессом в плевральной полости после перенесенных ранее 6 пневмотораксов. Все операции заканчивались дренированием плевральной полости. Дренажи удалялись на 2 – 4 сутки. 5 пациентов с СП были оперированы повторно после торакоскопий на 2 – 10-е сутки. В 3 случаях имелся неполноценный аэрозтаз в связи с образованием бронхоплевральных свищей после коагуляции булл при видеоторакокопии и разрывом нераспознанных во время торакокопии булл. В 2 случаях возникло кровотечение из спаек и по линии резекции. Данные осложнения потребовали выполнение переднебоковой торакотомии,

атипичной резекции верхушечных сегментов со свищами и буллами, прошивание краев линий резекции и коагуляции спаек. Все пациенты активизировались в 1 сутки после торакоскопических операций, обезболивание наркотическими препаратами не требовалось. Таким образом, торакоскопические вмешательства можно рассматривать как альтернативу традиционной торакотомии. Использование видеоторакокопии позволяет, минимизируя интраоперационную травму, уточнить диагноз, определить тактику ведения, устранить морфологическую причину заболеваний (СП), визуализировать объем повреждения и устранить его осложнения (ОТГ), что ведет в конечном итоге к профилактике рецидивов, уменьшению послеоперационных осложнений, снижению койко-дня, быстрейшему восстановлению трудоспособности.

1187. АНАТОМИЯ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ ГОЛЛАНДСКИХ ЖИВОПИСЦЕВ XVII ВЕКА

Логинова С.В., Курячев Д.А.

Нижний Новгород

НижГМА

Без знания анатомии невозможно стать хорошим врачом, это касается всех специальностей, как хирургического, так и терапевтического профиля. Но, практически, до конца 18 века анатомия не являлась базисным предметом при обучении в медицинских школах. Господствовавшая в Европе средних веков христианская религия утверждала, что человеческое тело брэнно и недостойно внимания. Эта установка начала преодолевать, прежде всего, художниками, которые обратились к изображению человеческого тела. Для культуры возрождения характерно большое внимание к человеческому телу, а отсюда – к анатомии. Эта эпоха породила плеяду творцов анатомии, заложивших фундамент правильных и более полных представлений о строении и функциях человеческого организма. Кисти великого Рембрандта принадлежат творения «Анатомия доктора Тульпа» (1632) и «Анатомия доктора Деймана» (около 1656) – групповые портреты голландских врачей, где центральное место занимают голландские анатомы - Николас Тульп (1593 - 1674) и Ян Дейман (? - 1666). Тульп пользовался славой искусного врача. Ему принадлежат слова и символ врачебной деятельности – горящая свеча: «Aliis inserviando consumor». Известны исследования Тульпа по сравнительной анатомии. Он впервые изучил строение человеческой обезьяны, выявил признаки ее сход-



ства с человеком. Обладая задатками художника, учёный тщательным образом иллюстрировал свои описания. Результаты врачебных и анатомических наблюдений были опубликованы Тульпом в его сочинении «Медицинские наблюдения в четырех книгах» в Амстердаме в 1641 г. Картина «Анатомия доктора Тульпа» изображает членов амстердамской гильдии хирургов, присутствующих на лекции своего декана, прочитанной им в конце января 1631г. в зале собраний Хирургической гильдии. Она сопровождается демонстрацией препарированной левой верхней конечности трупа казненного преступника. Тульп демонстрирует тщательно отпрепарированные мышцы передней группы левого предплечья. Инструментом в своей правой руке он оттянул у трупа поверхностный сгибатель пальцев, а движением пальцев своей левой кисти показывает, как данная мышца работает на живом. Картина с изумительным мастерством освещает жажду научного познания и атмосферу увлекательного исследования, а также поражает обстоятельством отображением телесной структуры человека. Другой групповой портрет «Анатомия доктора Деймана», на котором изображен Ян Дейман. В 1723 г. холст попал при пожаре в огонь, сохранился только фрагмент. На картине учитель демонстрирует строение головного мозга. До нас дошла только средняя нижняя часть картины – анатомируемый труп и ассистент, который держит снятую крышку черепной коробки. Мертвец лежит на столе ногами к зрителю, в ракурсе, повторяющем знаменитую фигуру мертвого Христа из «Оплакивания» Андреа Монтеи. По зияющей впадине под ребрами ясно, что внутренности удалены; живот прикрыт лёгкой тонкой белой тканью. Обнажены полушария головного мозга, по бокам головы свисает снятая кожа. От фигуры Деймана остались только руки которые осторожно касаются оболочек головного мозга трупа. В сокровищнице изобразительного искусства имеются работы, связанные с именем знаменитого голландского анатома Фредерика Рюиша, который в 1666 г. после смерти Деймана был приглашён в Амстердам на должность прелектора (демонстратора) анатомии хирургической гильдии, и одновременно ему было предложено проводить занятия в акушерской школе. В 1685 г. Рюиш стал профессором анатомии и ботаники. Рюиш является автором многих научных сочинений. Свои труды он опубликовал под названиями: «Письма» («Epistolae»), «Архив анатомии» («Thesaurus anatomicus») и «Архив живых существ» («Thesaurus animalium»), представляющие собой каталоги его анатомических и зоологических лекций, и «Патологоанатомические наблюдения». К концу жизни Рюиша все они были собраны А.Е. Гарродом и напечатаны в пяти книгах под общим названием «Полное собрание сочинений» («Opera

omnia) (Койманс Л., 2008). Многочисленные рисунки в этих произведениях принадлежат Яну Ванделару и дочери Рюиша - Рахиль. Из своих препаратов Рюиш основал в Амстердаме широко известный анатомический музей, который его современники называли «восьмым чудом света». Этим самым голландский учёный как никто другой содействовал популяризации анатомии и естественных наук. Сам Рюиш изображен на двух полотнах: «Лекция по анатомии профессора Ф. Рюиша» Андриана Баккера и «Анатомия доктора Ф. Рюиша» Иоанна ван Некка. Оба произведения носят явный отпечаток Рембрандтовской школы, но во многом уступают мастерству знаменитого голландского живописца. Уроки анатомии запечатлели и другие голландские художники того времени, и этому есть свое объяснение. В XVII в. лекции по анатомии, сопровождались демонстрацией трупа, были редким и потому важным событием. Чтобы закрепить память о нём, участники иногда заказывали картину – групповой портрет во время лекции. Многочисленные групповые и индивидуальные портреты учёных писали как великие мастера – Гольбейн, Рембрандт, Эль Греко, Давид и др., - так и менее известные живописцы и просто любители, отдавая тем самым дань уважения науке и подчеркивая признательность ее скромным труженикам. Таким образом, труды основателей анатомии, как фундаментальной науки, и их последователей в 17 веке дали простор небывалому до того времени развитию анатомии и хирургии. Одновременно развитие этих наук своеобразно повлияло на тематику изобразительного искусства.

1188. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В 19 ВЕКЕ

Логинова С.В., Садыков И.Р., Курячев Д.А.

Нижний Новгород

НижГМА

Одним из важнейших методов диагностики и лечения различных заболеваний является эндоскопия. Прежде чем достичь современного состояния, эндоскопия прошла длительный путь развития, связанный с совершенствованием эндоскопической аппаратуры и подсобного инструментария. Первые, не особенно успешные попытки эндоскопии относятся к началу 19 века. Первый камень в основание цистоскопического метода исследования положили работы врача из Франкфурта-на-Майне Филиппа Боццини (1773–1809г.), которые заложили основу современной эндоскопии. Он назвал



свой инструмент, созданный в 1805 г. для исследования каналов и полостей человеческого тела, светопроводником, Цистоскоп состоял из полой трубки, которую вводили в мочевой пузырь, а в качестве источника света использовали свечу. Однако, сконструированный им аппарат не нашел практического применения и никогда не использовался для исследования на людях. Последователем Боццини в этом направлении в 1825 г. явился Пьер Сегалас из Страсбурга, который предложил своё специальное зеркало для осмотра уретры. Данное уретро-пузырное зеркало, состояло из длинной серебряной трубки, у внешнего конца которой помещалось коническое зеркало, и, короткой серебряной трубки, которая проходила через центр круглого зеркала, выполняющего роль окуляра. Источником света служили две свечи, которые помещались между круглым и коническим зеркалами. После него в 30-е годы этим вопросом занимались Авери и Фишер, но истинным отцом уретро- и цистоскопии является французский хирург Дезормо, который в 1853 г. продемонстрировал свой эндоскоп в Парижской академии наук. С этого времени эндоскоп был признан как диагностический инструмент. Предложенный Дезормо инструмент совмещал в себе систему зеркал и линз. В качестве источника света в предложенном эндоскопе использовалась газовая лампа, а свет при этом отражался серебряным зеркалом. В последующие годы эндоскоп был усовершенствован Крусом (1865), Эндрюсом (1867), Стейном (1874). В 1874 году Груэнфельд, взявший за основу эндоскоп Дезормо, и, усовершенствовав способ освещения с использованием проводников и лобного зеркала, предложенный в 1872 г. Августом Хакенем, предложил целую систему уретроскопических трубок с наличием рабочего канала позволявшего проводить инструмент. Но, несмотря на это, использование отражённого света, в виду малой площади освещаемого пространства, не позволяло в достаточной мере проводить осмотр некоторых отделов уретры и большей части мочевого пузыря. Предложенный в 1876 г. и продемонстрированный в 1879 году Максом Нитце новый цистоскоп с источником света, который вводился непосредственно в полость мочевого пузыря, окончательно определил роль эндоскопического исследования в клинической практике. Спустя 7 лет после изобретения Эдисоном лампы накаливания, в 1887 году Нитце предложил использовать цистоскоп с системой линз и лампой накаливания. И уже в 1889 году Буассо де Рошер разделил оптическую систему цистоскопа на систему наблюдения и освещения, а источник света вывел из полости мочевого пузыря. Принцип работы цистоскопов Нитце и Рошера положен в основу современного эндоскопического инструментария.

1189. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УРОЛОГИИ

Ергалиев А.Е., Сартаев Е.Е., Курмангалиев М.С.

Актобе, Казахстан

Медицинский Центр Западно-Казахстанского
Государственного медицинского университета
имени Марата Оспанова

Актуальность. В мировой медицинской практике все большее внимание уделяется развитию малоинвазивных и малотравматичных методов лечения. Это диктует необходимость внедрения альтернативных видов хирургического доступа. К ним относятся лапароскопические и эндоскопические операции. Они лишены таких недостатков открытых операции, как широкий и травматичный доступ, длительная госпитализация и реабилитация пациентов.

Цель работы. Оценить эффективность применения лапароскопических операции в урологической практике.

Материалы и методы. В период с 2014-2016гг в отделении общей хирургии медицинского центра Западно-казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова выполнено 43 эндовидеохирургических вмешательства. Из них: 14 иссечения кист почек, 5 нефрэктомий, 4 уретеролитотомии, 2 пластики гидронефроза, 1 фистулопластика при пузырно-влагалищном свище, 17 Иванисевича слева. Результаты. Простые кисты являются наиболее частым видом кистозного поражения почек и составляют около 3% урологических заболеваний. Лапароскопическое иссечение кист почек нами выполнено у 14 пациентов. Расположение кист было в 6-х случаях парапельвикальное, 4-х в верхнем сегменте и 4 в нижнем сегменте. Клинически кисты у обоих пациентов проявлялись в виде болевого синдрома и артериальной гипертензии. Положение больных на операционном столе было на спине с боковым наклоном в здоровую сторону, что облегчало задачу ретракции органов брюшной полости от зоны вмешательства. Три троакара располагались по передней подмышечной и среднеключичной линии. После мобилизации кисты и эвакуации ее содержимого, стенки кисты иссекались. Ложе обрабатывалось раствором бетадина. В рану устанавливали контрольный дренаж на 1 день. Продолжительность операции колебалась от 45 до 120 минут. Кровопотеря составила от 50 до 150 мл. Послеоперационный койко-день не превысил 7. Показаниями к нефрэктомии в нашей клинике были



4 случая терминального гидронефроза, и один случай вторично сморщенная и гипоплазированная почка. Три троакара располагались по передней подмышечной и среднеключичной линиям. Удаленная почка извлекалась из раны целиком через продолженный разрез одного из портов. В рану устанавливали контрольный дренаж на 1-2 дня. Продолжительность операции колебалась от 90 до 180 минут. Кровопотеря составила от 150 до 400 мл. Во всех случаях пациенты были выписаны из стационара не позднее 9 суток после операции. Лапароскопическая уретеролитотомия произведена 4 пациентам. Конкременты располагались в верхней (1) и средней трети (3) мочеточников, были вклиненными. Размеры камней достигали до 1,8 см. Мочеточник антеградно стентировали. Для восстановления дефекта мочеточника использовали узловые швы викрил 4-0. Продолжительность операции 45- 120 минут. Кровопотеря колебалась от 30 до 80 мл. По поводу стриктур пиелоуретерального сегмента пластика выполнена 2 больным. Продолжительность операции 90- 180 минут. Кровопотеря колебалась от 100 до 300 мл. Послеоперационный койко-день 7-8 дней. Лапароскопическая фистулопластика была выполнена одной женщине. Проводился адгезиолиз в брюшной полости, в малом тазу, разобщение мочевого пузыря от стенок влагалища. Дефект ушит непрерывным викриловым швом, с оставлением ПВХ дренажа на 5 суток. Уретральный катетер Foley устанавливали на 7 суток. Объем кровопотери 100-300 мл.

Заключение: Таким образом, наш опыт использования лапароскопической техники в урологии демонстрирует высокую эффективность данного метода лечения, отсутствие серьезных осложнений, минимальную травматичность операций, существенное сокращение времени пребывания больных в стационаре и как следствие значительно более быстрое по сравнению с аналогичными открытыми операциями восстановление их трудоспособности.

1190. ЧРЕСКОЖНАЯ – ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Курмангалиев М.С., Сартаев Е.Е., Ишкеев К.К.,
Ергалиев А.Е.*

Актобе, Казахстан

Медицинский Центр Западно-Казахстанского
Государственного медицинского университета
имени Марата Оспанова

Актуальность. Мочекаменная болезнь является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний, проблема которого приобретает большую актуальность. Самой тяжелой формой проявления мочекаменной болезни является коралловидный нефролитиаз, который проявляется более тяжелым клиническим течением и чаще осложняется почечной недостаточностью. Современная урология характеризуется широким внедрением эндоскопических операций, которое в сочетании с успехами в анестезиологии и реанимации, применением эффективных антибактериальных препаратов дает возможность по удалению коралловидного камня. В настоящее время существуют следующие возможности удаления коралловидного камня: открытые оперативные вмешательства (пиелолитотомия, нефролитотомия, нефрэктомия), перкутанная хирургия (чрескожная перкутанная нефролитотрипсия - ЧПНЛ), дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) и трансуретральная нефролитотрипсия. Разнообразие оперативных методов лечения нефролитиаза доказывает неоднозначность решения данного вопроса. Цель работы. Оценить эффективность применения чрескожных перкутанных нефролитотрипсии при коралловидном нефролитиазе.

Материалы и методы. В период с 2013-2016 гг в отделении урологии медицинского центра Западно-казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова выполнено 23 ЧПНЛ, в том числе 2-м пациентам с 2-сторонними камнями почек операции были произведены с двух сторон поочередно. Все пациенты обследованы по единой методике, включавшей физикальные и лабораторные методы исследований (клинический и биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, бактериологический анализ мочи), инструментальные методы обследования (обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, мочевого пузыря, МСКТ органов мочевой системы). Результаты. Возраст пациентов колебался от 37 до 62 лет, мужчин было 12 (52,1%), женщин 11 (47,8 %). Большинство больных были с коралловидными камнями, выполняющими одну группу чашечек



или лоханку. В зависимости от степени ретенционных изменений ЧЛС пациенты распределились следующим образом: расширения не было у 6 (26,0 %), расширение отдельных групп чашечек у 10 (43,4 %), расширение всех групп чашечек - у 6 (26,0 %) больных. Показания к проведению ЧПНЛ: 1. крупные (более 15мм) камни лоханки почки 2. неполные коралловидные камни (К1, К2, К3) 3. крупные камни лоханочно-мочеточникового сегмента. Пункционный доступ к почке осуществляли под ультразвуковым и рентгеновским наведением. Для разрушения камней использовали ультразвуковой (преимущественно) и пневматический литотриптеры. Для введения нефроскопа использовали кожух Amplatz. У 7 пациентов операцию проводили в два этапа, а 4 больным для удаления крупных резидуальных камней проводили повторную нефролитотрипсию. При 2-этапной операции вначале создавали доступ к почке с установлением нефростомического дренажа, а непосредственно нефролитотрипсию осуществляли спустя 4-5 дней после первого этапа. Полное освобождение от камней одновременно было достигнуто у 17 больных, в остальных случаях резидуальные чашечковые камни удаляли применяя в последующем ДЛТ. Для обезболивания пациентов применяли перидуральную анестезию. Осложнения возникли у 5 больных: 1. «потеря» свищевого хода –1 2. острый пиелонефрит –2 3. кровотечение -2, (купированы консервативно) Заключение. Таким образом, наш опыт проведения эндоурологических операций позволяет сделать вывод о необходимости внедрения этих видов оперативного лечения в практику работы отделения с дальнейшим совершенствованием техники проведения операции.

исследования явилось выявление ассоциаций между наличием МС и выбором варианта реконструкции у лиц, страдающих PAD. Материалы и методы: В основу работы легли наблюдения над 73 пациентами с PAD на фоне МС, которым осуществлялась реваскуляризация, преимущественно по поводу критической ишемии (CLI). Основную группу составили 48 пациента, перенесших эндоваскулярные вмешательства (ЭВ), в основном на инфраингвинальном сегменте. В контрольную группу вошли 25 человек, которым выполнялись традиционные шунтирующие (открытые) операции (ОО). Анализировались длительность госпитализации, продолжительность операции, объем кровопотери, динамика оксигенации тканей в результате вмешательства, осложнения, сохранение конечности в 30-дневный срок после оперативного воздействия. МС диагностировался по критериям ATP III. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10». Результаты: Среди пациентов с МС немалую долю оставляют лица с высоким периоперационным риском и тяжелыми коморбидными состояниями (гипертоническая болезнь 2-3 стадии, высокая вариабельность уровня сахара и пр.). При этом сохраняется возможность реваскуляризации (в т. ч. на фоне CLI) посредством ЭВ с учетом характеристик атеросклеротического поражения по TASC II. Гендерные особенности PAD определяли преобладание женщин в эндоваскулярной группе. Переносимость ЭВ ассоциируется с минимальной кровопотерей и незначительной продолжительностью указанных воздействий в сравнении с ОО у больных МС (85±49 мин v/s 211±103мин.

1191. ВЫБОР МЕТОДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Иванов М. А.(1), Артемова А. С.(1), Липин А. Н.(2)

Санкт-Петербург

- 1 Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова»
- 2 «Центр спасения конечностей» Городской больницы №14

Метаболический синдром (МС) нередко является фактором, определяющим исходы реконструктивных вмешательств при периферической артериальной болезни (PAD). Целью настоящего

1192. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю.,
Помазков А.А., Сулима В.И.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Применение сетчатых имплантов в лечении вентральных грыж уменьшило количество рецидивов, но привело к увеличению частоты послеоперационных раневых осложнений до внушительных цифр – 20,9–49,2%. При технической



невозможности адекватной дифференцировки слоев передней брюшной стенки во время операции единственным возможным решением становится применение надапоневротической пластики (onlay), которая характеризуется наиболее высокой частотой развития послеоперационных раневых осложнений.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с вентральными грыжами путем разработки способа профилактики послеоперационных раневых осложнений надапоневротической герниопластики в эксперименте. Материалы и методы. Исследование выполнялось на кроликах массой 1800 – 2200 г, разделенных на 2 группы. В основной группе животных по срединной линии живота рассекались кожа и подкожная клетчатка, белая линия живота и передняя стенка влагалища прямых мышц освобождалась путем отсепаровки кожно-жировых лоскутов в стороны от срединного разреза на расстояние 2,5 см. В созданное пространство помещался сетчатый имплант PROLENE размером 3 x 2 см и фиксировался к апоневрозу прямых мышц нитью PROLENE 2/0, на поверхность импланта равномерным слоем наносился порошок PerClot, после чего слой препарата орошался физиологическим раствором до образования гелеобразного покрытия. Полисахаридная система PerClot состоит из частиц рассасывающегося модифицированного полимера, произведенного из очищенного растительного крахмала. Частицы полимера имеют молекулярную структуру, которая позволяет им быстро поглощать жидкую составляющую крови, что приводит к формированию матрикса, который выполняет барьерную функцию, процесс дегидратации также приводит к повышению концентрации тромбоцитов, эритроцитов и белковых компонентов крови в зоне применения. В контрольной группе животных PerClot не использовался. Результаты. Гистологические исследования показали, что через 14 суток в брюшной стенке животных вдоль сетчатого импланта формируются серомы. В основной группе серомы имеют меньший размер и протяженность, в отличие от сером, формирующихся в контрольной группе животных, у которых жидкостные полости более вариабельны, больше по размеру и протяженности, сочетаются с выраженными отеками мышечной ткани и сетчатого слоя дермы с формированием в ней жидкостных полостей, иногда с признаками их самодренирования в область операционной раны кожи живота. Через 21 сутки серомы в основной группе животных не определяются или имеют целевидную форму, занимая в поперечнике 1/4 диаметра поля зрения малого увеличения микроскопа, что не нарушает плотность контакта организованного импланта с апоневрозом и дермой. Структура импланта сохранена, прорастание его

соединительной тканью завершено и в этой новообразованной соединительной ткани определяются фибробласты, коллагеновые волокна и функционирующие тонкостенные сосуды, тогда как в контрольной группе исследований во всех случаях определяются серомы чаще овальной формы, размером 1-1,5 диаметра поля зрения малого увеличения микроскопа, а также жидкостные полости (затеки) в сетчатом слое дермы. В зоне сохранившихся сером площадь организации сетчатого импланта остается меньшей, чем в основной группе, что уменьшает прочность его контакта с дермой. Выводы. Проведенное исследование показало, что при имплантации полипропиленовой сетки в переднюю брюшную стенку основной группы животных, обработка импланта препаратом PerClot по сравнению с контрольной группой: 1. уменьшает выраженность ликвореи, экссудации и отека, что снижает риск возникновения, частоту образования и размер сером; 2. перифокально стимулирует увеличение количества фибробластов, что ускоряет организацию импланта и сером. Таким образом, проведенное экспериментальное исследование доказывает возможность клинического применения препарата PerClot с целью снижения частоты имплант-ассоциированных послеоперационных раневых осложнений герниопластики.

1193. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

*Дурлештер В.М.1,2, Кузнецов Ю.С.1,2,
Андреев А.В.2, Габриэль С.А.1,2*

Краснодар

1)КГМУ 2)ГБУЗ ККБ №2 КМЛДО

Острый панкреатит является одним из сложнейших заболеваний в хирургической гастроэнтерологии. Высокие показатели летальности при остром панкреатите тяжелой степени, остаются стабильно высокими (70%) и связано это, в первую очередь, с развитием гнойно-септических осложнений. Цель исследования Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени на основе широкого внедрения малоинвазивных хирургических вмешательств.

Материал и методы В основу исследования положен анализ результатов лечения 482 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени тяжести, госпитализированных в ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 Краснодарского края с 2007 по 2016 гг. Среди больных преобладали больные мужско-



го пола 66% (318). Возраст больных колебался от 27 до 72 лет. Среди пациентов у 58% (280) был стерильный панкреонекроз (СП), а у 42% (202) – инфицированный панкреонекроз (ИП), из них 30% (144) приходится на субтотальный, тотальный, а 70% (382) – на очаговый панкреонекроз. Были выявлены 188 жидкостных образований (сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки, брюшной полости) от 5 до 10 см в диаметре и 123 образования размерами больше 10 см (инфильтрат, флегмона забрюшинной клетчатки). В нашей клинике в лечении гнойных осложнений деструктивного панкреатита мы используем малоинвазивные технологии в качестве основного и окончательного метода лечения: ЭПТ (эндоскопическая папиллотомия), чрескожные пункции жидкостных скоплений, дренирование ограниченных гнойных полостей и забрюшинных флегмон, чресфистульную видеоскопическую некрсеквестрэктомию. Результаты и обсуждение Средний балл тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II составил 9 баллов, по системе Ranson – 5 баллов. Около 21% (112) пациентов с острым панкреатитом поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с развившейся клиникой панкреатогенного шока. Значения по системе APACHE II у этих больных составляли от 10 до 16 баллов, а летальность достигала 25%. Все больные с острым деструктивным панкреатитом поступали в реанимационное отделение. Проводилась интенсивная терапия: коррекция волемиических нарушений, расстройств микроциркуляции, кислотно-основного состояния, восполнение энергетических затрат, дезинтоксикационная терапия, купирование болевого синдрома и рвоты, антибактериальная профилактика и терапия инфекционных осложнений с учетом факторов риска инфицирования резистентными возбудителями; парентеральное и раннее энтеральное питание, угнетение внешней секреции поджелудочной железы, экстракорпоральные методы дезинтоксикации (гемосорбция, плазмаферез, пролонгированная гемофильтрация, гемодиализация). Выполнено 1112 чрескожных вмешательств под контролем лучевых и видеоскопических методов: дренирование по Сельдингеру – 778 (70%), одномоментное дренирование – 333 (30%). 42 пациентам выполнена чрескожная декомпрессия желчных путей. 74 пациентам выполнены чрескожные чресфистульные вмешательства, 30 (40%) из 74 пациентов острым панкреатитом были с распространенными гнойно-некротическими осложнениями. 31 пациентам вмешательства выполнены однократно. 29 пациентам потребовалось выполнение повторной некрсеквестрэктомии и санации. 14 пациентам было выполнено более двух чрескожных чресфистульных видеоскопических вмешательств. Средняя продолжительность

чрескожного дренирования составила $57 \pm 11,2$ суток. Лечение гнойно-некротических ретроперитонеальных флегмон сочетанными малоинвазивными методами было эффективным у 89% (178) пациентов. Осложнения, связанные с применением малоинвазивных методов лечения, развились в 2,6% (21) случаев, и только восьмерым пациентам потребовалось выполнение лапаротомии. Выводы Лечение пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени с применением малоинвазивных хирургических вмешательств позволяет снизить летальность до 15%.

1194. ВЫБОР ВАРИАНТА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Иванов М. А.(1), Артемова А. С.(1),
Липин Н. А.(2), Ал-Банна Р. С. Х.(3)*

Санкт-Петербург

1 Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова»

2 Центр спасения конечностей «Городская больница №14» 3 Гор

Оптимальный способ реконструкции у больных периферической артериальной болезнью (PAD) на фоне сахарного диабета 2-го типа (СД-2) регулярно обсуждается общественностью. Целью настоящего исследования явилась оценка итогов реконструктивных вмешательств по поводу PAD у лиц, страдающих СД-2. Материалы и методы: В основу работы легли наблюдения над 67 пациентами с СД-2, которым осуществлялась реконструкция артериального русла в связи с PAD. Основную группу составили 52 пациента, которым выполнялись эндоваскулярные вмешательства (ангиопластика/стентирование). В контрольную группу вошли 15 пациентов с традиционными (открытыми) шунтирующими вмешательствами (ОО). Оценивались наличие коморбидной патологии, длительность госпитализации, продолжительность оперативного вмешательства, парциальное давление кислорода в тканях до и после операции, наличие осложнений, летальность. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10», различие считалось достоверным при.



**1195. МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ
ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ ТРАХЕИ
И ПИЩЕВОДА**

Шибаяев Е.Ю., Погодина А.Н., Николаева Е.Б.

Москва

НИИ сп им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Дефекты трахеи и пищевода являются серьезной проблемой современной хирургии. Хирурги, специализирующиеся в закрытии дефектов трахеи и пищевода нередко сталкиваются с проблемами несовершенства создаваемых тканевых конструкций, их нестабильности по причине резорбции, инфекции, миграции компонентов. Материал и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за последние 15 лет было пролечено 48 пациентов с дефектами трахеи и пищевода. Преобладали больные с окончатými дефектами (44 пациента): 22 больных с дефектами трахеи, 12 – с дефектами пищевода, 10 – с трахеопищеводными свищами. С сегментарными дефектами пищевода было 4 пациента. Возраст больных составил от 19 до 70 лет. В диагностике применен комплекс методов, включающий клинический, ультразвуковой, рентгенологический (в т.ч. компьютерно-томографический), эндоскопический, лабораторный методы. Результаты и обсуждение. Причинами возникновения дефектов пищевода были: ранения пищевода (4), интраоперационные повреждения при операциях на шейном отделе позвоночника (8), инструментальные разрывы пищевода (2), тяжелый гнойно-некротический медиастинит (2). Дефекты трахеи возникли вследствие разрыва трахеи при интубации (8), ранении (1), некрозе ее стенки при тяжелом течении гнойного медиастинита (2). Одиннадцати пациентам окончатые дефекты трахеи сформированы хирургически в качестве этапной операции при стенозе трахеи (трахеофиссура). Причиной возникновения трахеопищеводных свищей (10 больных) было механическое воздействие на стенки трахеи и пищевода интубационной или трахеостомической трубки. У 4 пациентов сегментарные дефекты пищевода явились следствием ранее выполненных хирургических вмешательств по поводу онкологических заболеваний шейного отдела пищевода, гортани и глотки. При выполнении реконструктивных операций у больных с дефектами стенок пищевода и трахеи были применены различные виды аутоотканей: кожно-мышечный лоскут широчайшей мышцы спины на сосудистой ножке, кожно-мышечный лоскут большой грудной мышцы, межреберный

мышечно-надкостничный аутооттрансплантат на сосудистой ножке, префабрикованный мышечно-хрящевой трансплантат большой грудной мышцы на сосудистой ножке с предварительно имплантированными фрагментами рёберных хрящей, свободный реваскуляризованный мышечный лоскут широчайшей мышцы спины, свободный фрагмент тонкой кишки на сосудистых анастомозах. Также применены различные сочетания лоскутов. У 33 пациентов выполнена одномоментная операция с целью устранения дефекта стенки полого органа (трахеи, пищевода). У 11 пациентов, первично оперированных по поводу стеноза трахеи при сформированной трахеофиссуры и большим дефиците стенки трахеи, для воссоздания её хрящевого каркаса использовали префабрикованный мышечно-хрящевой лоскут большой грудной мышцы на сосудистой ножке с предварительно имплантированными фрагментами рёберных хрящей. Сегментарная пластика шейного отдела пищевода произведена трем больным для замещения циркулярного дефекта шейного отдела пищевода (микрохирургическая аутооттрансплантация фрагмента тонкой кишки на сосудистых анастомозах). Одному пациенту сформирован сегмент пищевода из кожной трубки. Большинство операций выполнено, как правило, при наличии активной раневой инфекции. Закрытие дефектов трахеи и пищевода достигнуто путём пересадки хорошо кровоснабжаемых лоскутов на осевом кровотоке с целью санации очага инфекции, его ограничения и купирования. Умерли двое пациентов с тяжелой сочетанной травмой и инструментальным разрывом грудного отдела трахеи в раннем периоде от гнойной интоксикации (1) и аррозионного кровотечения (1). Заключение. Наиболее перспективным и обоснованным с точки зрения надежности методом закрытия дефектов функциональных структур шеи мы считаем аутопластический метод с использованием хорошо кровоснабжаемых лоскутов на осевом кровотоке.

1196. ОСЛОЖНЕНИЯ РАНЕНИЙ ЛЕГКОГО

Погодина А.Н., Николаева Е.Б., Радченко Ю.А., Татарина Е.В.

Москва

НИИСП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Проблема лечения проникающих ранений груди не теряет своей актуальности в связи с тяжестью повреждений, большим количеством осложнений и высокой летальностью. Ча-



стога ранений легких при проникающих ранениях груди составляет 75-80%, диагностические и тактические ошибки встречаются в 20-25% наблюдений. Внедрение видеоторакоскопии способствовало улучшению диагностики ранений легкого и снижению частоты посттравматических и послеоперационных осложнений. Материал и методы. За последние 22 года в НИИСП им. Н.В. Склифосовского находилось на лечении 2265 пострадавших с ранениями легких. В экстренном и экстренно-отсроченном порядке 97% больных была выполнена торакотомия, 3% – видеоторакоскопия, при которых и осуществлена оценка состояния легочной ткани. В диагностике послеоперационных осложнений применен комплекс методов диагностики, включающий клинический, ультразвуковой, рентгенологический (в т.ч. компьютерно-томографический), эндоскопический, лабораторный методы. Результаты и обсуждение. Пострадавшим с поверхностными ранами легкого выполнено их ушивание или коагуляция. При наличии глубоких раневых каналов в легком, направлении их в сторону корня легкого и значительном повреждении паренхимы у 181 пациента вмешательство на легком заключалось в хирургической обработке раны легкого: рассечении раневого канала, гемостазе, аэростазе и послойном ушивании дефекта паренхимы. Необходимость выполнения резекции легкого или пневмонэктомии возникла у 2,3% пострадавших. Повторные операции у пациентов с ранением легкого выполнены 46 пациентам, перенесшим первоначально торакотомию (27), расширенную хирургическую обработку раны груди (19). Доступами повторных вмешательств были: реторакотомия (26), торакотомия (11), стернотомия (1), дренирующие операции (8). Вторичное кровотечение возникло у 33 пациентов; рецидивирующее кровотечение в трахеобронхиальное дерево средней степени интенсивности при наличии внутрилегочно расположенных инородных тел (пули) явилось показанием к операции у 2 пациентов с огнестрельными ранениями легкого. Резекционные вмешательства произведены 11 пациентам: краевая резекция легкого (5), сегментэктомия (2), лобэктомия (4). У 8 пациентов отмечено увеличение в размерах внутрилегочной гематомы, им произведено дренирование гематомы и эндоскопическое пособие: санационные фибробронхоскопии. В этой группе больных при интенсивном легочном кровотечении у 1 пациента наступила смерть от гемоаспирации. Недиагностированное ранение бронха стало причиной некупирующегося напряженного пневмоторакса и нарастающей эмфиземы средостения (4), потребовало выполнения экстренной реторакотомии, при которой произведено ушивание раны бронха (1) и лобэктомия (3). В позднем послеоперационном перио-

де по поводу абсцесса легкого и эмпиемы плевры 2 пациентам выполнена реторакотомия, плеврэктомия, декортикация, санация и дренирование плевральной полости. Один больной после пневмонэктомии повторно оперирован спустя 16 месяцев. В связи с несостоятельностью культи бронха и формированием бронхоплевроторакального свища произведена трансстерральная резекция культи бронха, иссечение свищевого хода, торакопластика, миопластика. Свернувшийся гемоторакс явился причиной повторной операции в 4 случаях (в т.ч. у 2 после реторакотомии по поводу кровотечения в плевральную полость). От повторного кровотечения погибли 4 больных: из раны легкого в плевральную полость – 2, из раны легкого в трахеобронхиальное дерево с возникновением аспирации – 1, из грудной стенки в плевральную полость – 1. Пяти пациентам с нагноением внутрилегочной гематомы с помощью методов УЗИ и КТ после визуализации патологической зоны в легком произведено дренирование внутрилегочной гематомы путем ее пункции, заведения проводника и дренажной трубки. Выводы. Применение дифференцированной хирургической тактики у пострадавших с ранениями легкого, ревизия глубоких раневых каналов позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 62 до 11,6% и летальность с 11,2 до 3,1%.

1197. РОЛЬ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДСЛИЗИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

Дыленок А.А., Кашин С.В., Груздев Н.Б., Ахапкин Н.В., Бобров А.А., Гончаров В.И.

Ярославль

Ярославская областная клиническая онкологическая больница

Актуальность. Подслизистые опухоли составляют до 3-4 % опухолевой патологии желудка. Наиболее опасными среди этой группы являются гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО), распространенность которых достигает в России 2500 случаев в год. Выявление подслизистых опухолей на ранней стадии затруднено, часто заболевание манифестирует клиникой осложнения, что затрудняет выбор оптимальной тактики ведения больного. Ведущим фактором в выборе тактики ведения пациента с подслизистым новообразованием является гистологическая характеристика опухоли. Методы получения материала для подтверждения морфологической структуры подслизистых но-



вообразований (послойная биопсия, пункционная биопсия) часто не эффективны и дорогостоящи. Мы считаем, что возможности лапароскопической хирургии, позволяют решить эти вопросы. Цели исследования: определить роль, показания и противопоказания к видеоэндоскопическим вмешательствам при подслизистых новообразованиях желудка, определить удельный вес ГИСО среди подслизистых опухолей, улучшить качество медицинской помощи пациентам с подслизистыми новообразованиями желудка. Материалы и методы. За период с 2007 по 2016 годы в ЯОКОБ обратилось 28 пациента с диагнозом подслизистое новообразование желудка. Средний возраст составил $62,6 \pm 11,1$ года. Всем пациентам было произведено обследование в объеме: повторные ФГДС с ЭУС, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости с в/в контрастированием и раздуванием просвета желудка газом. Показания к операции в каждом случае определялись индивидуально: подслизистые опухоли желудка с ростом и изменением структуры опухоли по ЭУС-признакам – 17 случаев; осложненные подслизистые опухоли желудка (кровотечение, изъязвление) – 10 случаев; опухоль стенки желудка неясного гистогенеза с экзоорганным ростом – 1 случай. В 2 случаях опухоль располагалась в субкардии, в 1 – в дне желудка, в 17 – в теле желудка, 8 – антральном отделе. Размер опухоли составил $4,24 \pm 0,5$ см. Лапароскопические клиновидные резекции желудка выполнены всем пациентам. При локализации опухоли на задней стенке и в дне желудка использовались эндоскопические сшивающие аппараты. В остальных случаях, после удаления опухоли дефект стенки желудка ушивался интракорпоральным однорядным швом материалом «Vicril» 3-0. Результаты. У 1 пациента выполнена конверсия при причине отказа видеосистемы и клиновидная резекция желудка была завершена лапаротомным доступом. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: кровотечение внутрибрюшное из сосудов пересеченного малого сальника – 1 (лапаротомия, остановка кровотечения); стрессовая язва желудка – 1 (консервативная терапия). Гистологически получены следующие результаты: в 17 – ГИСО (60%); невринома – 3, лейомиома – 5, шваннома – 1, липома – 1, олеогранулема – 1. Все пациенты были выписаны на 10-13 сутки после операции. С учетом результатов иммуногистохимического исследования в 3 случаях определены показания к адьювантной терапии препаратом «Гливек». У одной пациентки через 5 лет возник рецидив шванномы желудка, потребовавший субтотальной резекции желудка. У остальных пациентов при диспансерном наблюдении, признаков рецидива заболевания не выявлено. Выводы. По нашим данным в 60% под маской подслизистых

опухолей скрывались ГИСО. Клинические проявления заболевания отмечались только у 28% пациентов и манифестировало желудочным кровотечением. Видеоэндоскопические вмешательства для диагностики и лечения подслизистых опухолей желудка могут широко использоваться в специализированных учреждениях. В случае установления диагноза ГИСО имеется возможность своевременного проведения адьювантной таргетной терапии. При доброкачественном процессе отпадает необходимость длительного наблюдения пациента.

1198. ОПЕРАТИВНАЯ ГИБКАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНЫМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ ЦЕНКЕРА

*Судовых И. Е.1, Дробязгин Е. А. 1, 2,
Чикинев Ю. В.1,2*

Новосибирск

1- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» 2- ФГБОУ ВО «Новосибирский Государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность: широкое внедрение эндоскопических технологий в диагностику и лечение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы. За 6 месяцев с начала внедрения в нашей клинике внутрисветных эндоскопических вмешательств у пациентов с глоточно-пищеводными дивертикулами Ценкера прооперировано 7 пациентов. Мы использовали гастроскоп с торцевой оптикой высокого разрешения диаметром 9,8 мм. Возраст прооперированных пациентов – от 38 до 69 лет (медиана 57 лет), из них 6 женщин, в том числе одна пациентка с ревматоидным полиартритом, выраженными деформациями и значительным ограничением объема движений суставов и позвоночника. Все пациенты предъявляли жалобы на затруднение глотания, ощущение длительной задержки пищи и таблетированных медикаментов в пищеводе в проекции шеи, гиперсаливацию, эпизоды регургитации пищи. Длительность симптомов на момент обращения в стационар составила от 1 до 3 лет. Все пациенты указывали на ограничение рациона питания, в двух случаях – вплоть до полужидких блюд, и связанное с этим значительное снижение качества жизни и социальной активности. Кроме того, одной пациентке в другом лечебном учреждении был озвучен диагноз рака пищевода, что, безусловно, сказалось на ее состоянии.



Размеры дивертикулов по данным рентгеноскопии варьировали от 15 до 40мм (медиана 30 мм). Обращает на себя внимание, что между выраженностью характерных симптомов и размерами дивертикула не прослеживается обязательной прямой зависимости, и пациенты с небольшими дивертикулами могут предъявлять значительные жалобы. Техника операции состояла в установке гибкого дивертикулоскопа по проведенному в пищевод эндоскопу и выполнении септотомии с миотомией перстневидно-глоточной мышцы (*m. cricopharyngeus*) с учетом индивидуальной анатомической ситуации у каждого из пациентов. Использование гибкого дивертикулоскопа (у 71% пациентов) обеспечивало безопасную стабилизацию и хорошую обзорность зоны вмешательства за счет позиционирования его на «перегородке» между просветом пищевода и полостью дивертикула. У 2 пациентов вмешательство осуществлялось с использованием стандартного прямого полупрозрачного колпачка для диссекции на дистальном конце эндоскопа при проведенном через пищевод назогастральном зонде, что было связано с невозможностью установки гибкого дивертикулоскопа вследствие малых размеров дивертикулов. Для послойного рассечения тканей мы использовали эндоскопический нож игольчатого типа. Основным рабочим режим инструмента при выполнении септотомии соответствовал настройкам «blend cut» электрохирургического блока. У одного пациента технически более удобным оказалось применение режима «spray coagulation». Коагуляционный гемостаз осуществляли гемостатическими щипцами в режиме «soft coagulation». По завершении вмешательства у 5 пациентов центрально на рану после септотомии накладывалась стандартная эндоскопическая гемостатическая клипса. У 2 пациентов с дивертикулами малых размеров (15 мм) при отсутствии целесообразности и возможности наложения клипсы в просвете пищевода на ближайший послеоперационный период был оставлен назогастральный зонд. При контрольной эзофагограмме с водорастворимым контрастом, выполняемой через сутки после вмешательства, случаев экстраорганного распространения контраста не зарегистрировано. Иных послеоперационных осложнений также не отмечено. Результаты. Эффективность данного метода эндоскопического лечения дивертикулов Ценкера прослежена в срок от 2 до 6 месяцев. Пациенты проходят интервьюирование по телефону и при личной явке на прием, также им выполняется контрольная эзофагограмма. Все пациенты возобновили обычное полноценное пероральное питание и удовлетворены результатами эндоскопической операции. При рентгеноскопии у всех пациентов подтверждено беспрепятственное

попадание контраста в пищевод и его дальнейшее прохождение в желудок. В зависимости от исходных характеристик дивертикулов и выполненного объема септотомии область оперативного вмешательства может не дифференцироваться, или определяется небольшое контрастирование по контуру дна дивертикула в форме полумесяца толщиной около 5мм с незатрудненной эвакуацией из него в пищевод. Выводы. Внутривидимые оперативные вмешательства с использованием гибкого эндоскопа являются перспективным вариантом лечения при выборе тактики вмешательства у пациентов с дивертикулами Ценкера.

1199. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-36

Шнейдер В.Э., Махнев А.В., Сидоренко К.А.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский государственный
медицинский университет

Хирургическое лечение травмы поджелудочной железы (ПЖ) является наиболее сложным при абдоминальных повреждениях. Очень высок процент послеоперационных осложнений, который обусловлен не только внутрибрюшным кровотечением, травматическим шоком, но и развитием специфических осложнений, таких как панкреатит, формирование жидкостных скоплений, свищей и гнойных осложнений. Послеоперационная летальность остается в пределах 13,8-39,4%. На качество жизни в отдаленном периоде оказывает серьезное влияние развитие у пациентов хронического посттравматического панкреатита более чем в 30% случаев. Изучение отдаленных результатов и показателей качества жизни пациентов позволяет определить оптимальную хирургическую тактику, а также влияние степени тяжести повреждения ПЖ и других факторов. Проводится много исследований качества жизни после хирургического лечения доброкачественной и злокачественной патологии ПЖ, но при травме ПЖ этот вопрос до сих пор изучен очень поверхностно. Цель исследования: изучить качество жизни у пациентов после хирургического лечения травмы ПЖ. Материалы и методы: Проведен опрос и обследование 18 пациентов, перенесших травму поджелудочной железы и находившихся на лечении во ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени с 2010 по 2014 год. Критериями включения в исследование были: на-



личие травмы поджелудочной железы, хирургическое лечение, письменное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам после получения добровольного согласия на участие в исследовании, проводилось клиническое обследование: исследования биохимических показателей крови и мочи, ультразвуковое исследование ПЖ. КЖ оценивали через три месяца и через год после хирургического вмешательства с помощью опросника SF-36. Пациенты были разделены на 2 группы по степени тяжести повреждения ПЖ. Первую группу составили 8 больных с нарушением целостности главного панкреатического протока (тяжелые повреждения), во вторую группу вошло 10 человек с легкими повреждениями ПЖ. Результаты исследования. Через 3 месяца и через год после травмы средние показатели по шкалам опросника SF-36 оказались выше у пациентов с меньшей тяжестью повреждения ПЖ (вторая группа). Средние значения по шкале GH (общее здоровье) через 3 месяца в первой группе составили $49,3 \pm 4,8$, а во второй – $65,1 \pm 4,1$ балла ($p=0,028$); по шкале PF (физическое функционирование) $56,9 \pm 8,7$ и $73,8 \pm 8,3$ соответственно ($p=0,095$), по шкале RP (ролевое функционирование) – $25 \pm 13,4$ и $80 \pm 8,2$ ($p=0,018$), по шкале RE (эмоциональное функционирование) – $33,3 \pm 12,6$ и $86,7 \pm 5,4$ ($p=0,005$), по шкале SF (социальное функционирование) – $48,4 \pm 6,9$ и $80,0 \pm 9,7$ ($p=0,032$), по шкале BP (Интенсивность боли) – $43,9 \pm 5,0$ и $78,8 \pm 9,2$ ($p=0,02$), по шкале VT (жизненная активность) – $41,9 \pm 3,8$ и $70,0 \pm 6,1$ ($p=0,017$), по шкале MH (психологическое здоровье) – $54,5 \pm 4,5$ и $71,2 \pm 6,2$ ($p=0,036$). Средние значения по шкале GH через год в первой группе составили $61,3 \pm 6,6$, а во второй – $65,6 \pm 4,3$ балла ($p=0,263$); по шкале PF $78,8 \pm 4,8$ и $91,0 \pm 3,6$ соответственно ($p=0,04$), по шкале RP – $59,4 \pm 11,5$ и $95 \pm 5,0$ ($p=0,02$), по шкале RE – $66,7 \pm 10,9$ и $96,7 \pm 3,3$ ($p=0,04$), по шкале SF – $75,0 \pm 7,8$ и $86,3 \pm 5,7$ ($p=0,38$), по шкале BP – $59,5 \pm 9,8$ и $79,7 \pm 10,5$ ($p=0,17$), по шкале VT – $57,5 \pm 7,3$ и $71,0 \pm 3,6$ ($p=0,22$), по шкале MH – $61,0 \pm 5,4$ и $71,2 \pm 4,0$ балла ($p=0,78$). Через год после хирургического лечения качество жизни становится выше, чем через 3 месяца и в первой, и во второй группе исследования. Но во второй группе 80% пациентов считают себя практически здоровыми, а в первой группе только 25% опрошенных ($p=0,02$). Таким образом, тяжесть повреждения ПЖ статистически значимо влияет на качество жизни пациентов в отдаленном периоде. С течением времени качество жизни больных улучшается, но остается статистически значимо хуже при тяжелой травме ПЖ.

1200. ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Левченко Н.В. (1,2), Хрячков В.В. (1),
Шавалиев Р.Р. (1,2)*

Ханты-Мансийск, 2) Нягань

- 1) Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии,
- 2) БУХМАО ЮГРЫ "Няганская окружная больница"

Введение. К настоящему времени одной из самых распространенных операций на большом дуоденальном сосочке является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). При ЭПСТ не редко встречаются осложнения в виде кровотечений, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, острых панкреатитов. Наличие парапапиллярных дивертикулов значительно затрудняет проведение, а иногда делает невозможным проведение ЭПСТ. Целью нашего исследования стали разработка и внедрение нового способа папиллотомии путём антеградного рассечения большого дуоденального сосочка высокоэнергетическим излучением гольмиевого лазера. Материалы и методы. В своей работе мы использовали лазерную установку, оснащенную YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических комплекса, фиброхоледохоскоп. Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или стенки холедоха в холедох заводится фиброхоледохоскоп. Проводится ревизия холедоха. При наличии стеноза БДС, по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводится гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, используя высокоэнергетическое излучение YAG:Ho лазера, производится рассечение большого дуоденального сосочка. Процедура выполняется в избранном режиме. После проведения папиллотомии, холедохоскоп беспрепятственно проникает в просвет двенадцатиперстной кишки. После удаления холедохоскопа, при необходимости устанавливается дренаж в просвет холедоха. Результаты. С 2010 года, описанным выше способом (патент РФ № 2449757), нами прооперировано 36 больных, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и находятся под наблюдением. Данным пациентам выпол-



нялась контрольная дуоденоскопия. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено. Обсуждение. Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет, при наличии холецистохоледохолитиаза, одновременно выполнять холецистэктомия и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование импульсного высокоэнергетического лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту. Считаем, что данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

устанавливали в параумбиликальный доступ. Данный способ позволил выполнять операцию через два доступа - параумбиликальный и субкисфоидальный. В апреле 2005г впервые нам удалось успешно выполнить операцию из одного параумбиликального доступа. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субкисфоидального троакара также в параумбиликальный разрез. Мы выполняем дугообразный кожный разрез сразу над пупком. Выпуклая сторона разреза обращена кверху. После обнажения апоневроза устанавливаются три троакара. Два из них по белой линии живота и один справа. Расположение трёх троакаров в небольшой кожной ране порождало ряд технических неудобств. В связи с этим зажим для тракции жёлчного пузыря мы стали вводить без троакара. При этом не отмечалось газотока и сохранялась подвижность манипулятора. В последующем аналогично вводили лапароскоп. Таким образом, в ране размещаются один троакар, лапароскоп и зажим для тракции жёлчного пузыря. По заявке №2006121887 установлен приоритет изобретения 19.06.2006г и нами получен патент РФ на изобретение №2324451 «Способ лапароскопической холецистэктомии». Результаты. С 2005г описанным способом нами выполнено 476 лапароскопических холецистэктомий из единого доступа. В исследуемой группе 402 женщины и 74 мужчины. В плановом порядке оперировано 366 пациентов, с острыми формами холецистита 110 больных. Среди острых форм холецистита катаральный встретился у 58, флегмонозный у 35 и гангренозный у 17 больных. Среди оперированных было 188 пациентов с ожирением 2 степени и выше. У всех пациентов операция заканчивалась без установки дренажа в брюшную полость. Обсуждение. На этапах внедрения способа, при отборе больных для выполнения операции данным способом, учитывали возраст и массу тела. С 2008г, используя описанный способ, операции выполнялись также больным с острыми формами холецистита и высокой степенью ожирения. Подавляющее количество 352 операций выполнено в интервале от 30 до 60 минут. Обращает на себя внимание тот факт, что в послеоперационном периоде почти все больные активизировались в первые сутки после операции. В подавляющем большинстве больные отказывались от обезболивания до окончания первых суток с момента операции. Все больные выписаны с выздоровлением. Время наблюдения за больными составляет более 10 лет. Каких-либо осложнений мы не выявили. Выводы. Выполнение лапароскопической холецистэктомии через один доступ приводит к уменьшению интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Сокращаются сроки активизации и реабилитации больных.

1201. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ЧЕРЕЗ ЕДИНЫЙ ДОСТУП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ

Левченко Н.В. (1,2), Хрячков В.В. (1)

Ханты-Мансийск, 2) Нягань

1) Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, 2) БУХМАО ЮГРЫ "Няганская окружная больница"

Введение. Одной из важнейших задач хирургов всегда было уменьшение страданий больного. Это объясняет их закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции. При проведении некоторых оперативных вмешательств доступ приносит больному больше страданий, чем основной этап. Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных жёлчнокаменной болезнью путём разработки и внедрения в практику способа лапароскопической холецистэктомии через один доступ. Материалы и методы исследования. Накопленный опыт позволил нам в 2000г начать выполнять данную операцию с использованием трёх доступов, не применяя один из зажимов, предназначенных для тракции жёлчного пузыря. Троакары устанавливали над пупком, субкисфоидально и в правом подреберье. С 2003г троакар для тракции жёлчного пузыря дополнительно



Очевиден косметический эффект. Считаю способ лапароскопической холецистэктомии через один доступ перспективным.

1202. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С МОЧЕВЫМИ КОНКРЕМЕНТАМИ В КОНТЕКСТЕ ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛИТИАЗА

Сергийко С.В., Rogozin Д.С.

Челябинск

ЮУГМУ, кафедра общей хирургии

Актуальность. Своевременная хирургическая операция – единственный радикальный метод лечения первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ). Эффективность хирургического лечения составляет 92-98%, а частота осложнений не превышает 1-2%. После операции нормализуются концентрации кальция и паратгормона (ПТГ) крови, а также наблюдается снижение клинических проявлений ПГПТ. Одним из наиболее распространённых проявлений гиперпаратиреоза являются мочевые конкременты. Хирургическое лечение ПГПТ позволяет снизить риск их формирования. Частота гиперпаратиреоза, как причины уролитиаза составляет 2-8%. При этом некоторые авторы ставят под сомнение роль гиперпаратиреоза в камнеобразовании и существование изолированной почечной формы ПГПТ, утверждая, что она является сочетанием бессимптомного гиперпаратиреоза с самостоятельной почечной патологией. Материал и методы. В исследование вошли 108 больных ПГПТ, оперированных в 2013-2015 гг. В зависимости от наличия уролитиаза больные разделены на 2 группы сравнения. Оценивали динамику лабораторных (кальций крови и суточной мочи, ПТГ крови) и клинических проявлений в результате проведенной операции. Наблюдение осуществляли в сроки от 1 до 3 лет. Для оценки выраженности клинической симптоматики ПГПТ применяли модифицированный 12-бальный опросник с разделением симптомов на общесоматические, висцеральные и психологические. Результаты. У всех больных до операции уровень общего кальция крови и ПТГ были существенно повышены и составили 2,72 ммоль/л, 206пг/мл соответственно. Суточная экскреция кальция с мочой у больных с уролитиазом составила 11,4 ммоль/сут. После операции гиперкальциемия исчезла у всех больных (уровень кальция снизился до 2,3 ммоль/л).

1203. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТРИПСИЯ ГОЛЬМИЕВЫМ ЛАЗЕРОМ

Левченко Н.В.(1,2), Хрячков В.В.(1)

Ханты-Мансийск, 2) Нягань
1) Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, 2) БУ ХМАО-Югры
"Няганская окружная больница"

Введение. В настоящее время большинство хирургов отдает предпочтение двухэтапному методу лечения холецистохоледохолитиаза. Выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия с различными видами литотрипсии и извлечения конкрементов холедоха и лапароскопическая холецистэктомия. Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом путем разработки и внедрения контактной лазерной литотрипсии. Материалы и методы. В своей работе мы использовали лазерную установку, оснащенную YAG:Но лазером, два эндовидеохирургических комплекса, фиброхоледохоскоп. Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. После выделения элементов шейки желчного пузыря, клипировается и пересекается пузырная артерия. Также клипировается дистальный отдел пузырного протока. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока в холедох заводится фиброхоледохоскоп. При невозможности введения холедохоскопа через пузырный проток, выполняется холедохотомия. По рабочему каналу холедохоскопа к конкременту холедоха подводится гибкий лазерный световод. С применением YAG:Но лазера выполняется контактная литотрипсия. Фрагменты конкремента мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости. Когда конкремент или его фрагменты свободно перемещаются в просвете холедоха, через рабочий канал холедохоскопа, подводят устройство для прицельной лазерной контактной литотрипсии. Конкремент захватывают корзинкой, фиксируют и подводят лазерный гибкий световод, соединённый с источником лазерного излучения. Выполняют прицельную контактную лазерную литотрипсию с помощью YAG:Но лазера с длиной волны 2,09мкм. Литотрипсию проводят в импульсном режиме с частотой 5–10Гц и энергией 0,5–1,0Дж. Процедуру литотрипсии повторяют до тех пор, пока все фрагменты не мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости. При необходимости холедох дрениру-



ют через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие. Дренажную трубку выводят наружу через один из троакаров передней брюшной стенки. Если холедох не дренируют, то культю пузырного протока клипируют, а холедохотомическое отверстие ушивают. Жёлчный пузырь выделяют из ложа и извлекают из брюшной полости через разрез над пупком. Результаты и обсуждение. С сентября 2003г, описанным выше способом (патент РФ № 2334486), нами прооперировано 86 больных холецистохоледохолитиазом. Во всех случаях отмечалась механическая желтуха. У 46 больных конкременты были вколоченными и располагались в терминальном отделе холедоха. В 40 случаях конкременты свободно размещались в просвете холедоха. Для фиксации подвижных конкрементов при проведении прицельной литотрипсии использовалось устройство для удаления камней из трубчатых органов (патент РФ № 57584). В 61 случаях имели место деструктивные формы холецистита. Гнойный холангит отмечался в 30 случаях. Холедох дренировали во всех случаях, когда выявляли признаки холангита или была выполнена холедохотомия. У 2-х больных операция закончилась лапаротомией, в связи с затруднениями манипуляций в холедохе из-за выраженных явлений холангита и отёка головки поджелудочной железы, которые повлекли за собой резкое сужение просвета холедоха. Все больные выписаны с выздоровлением. Заключение: Применение указанного метода позволяет одновременно выполнить холецистэктомию и лазерную контактную холедохолитотрипсию, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию сфинктера Одди, провести полноценную визуальную ревизию холедоха, осуществлять процесс литотрипсии под визуальным контролем в режиме реального времени и др. Считаем, что интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией является перспективным методом лечения холедохолитиаза.

1204. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ

Абдуллоев Д.А., Шарипов М.А., Набиев М.Х.

Душанбе

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения и методов профилактики стрессовых язв же-

лудочно-кишечного тракта. Материалы и методы: Произведено анализы, клиническое наблюдение и лабораторно-инструментальное исследование у 72 больных в возрасте от 23 до 74 лет с обширными ожогами находившихся на лечение в Республиканском ожоговом центре г. Душанбе при ГКБ№3 2005-2016 гг. Из них мужчин было 31 (43,06%), женщин 41 (56,94%) средний возраст для мужчин составил 34 года при средней площади ожогового поражения 38,4% поверхности тела. Средний возраст для женщин был 42 года, средняя площадь ожогового поражения составило 47,2% поверхности тела. Причина ожоговой травмы у подавляющего числа больных 50 из 72-х- (69,4%) являлось пламенем, у 11 (15,3%)- ожог кипятком, у 3 (4,2%) электротравма, у 8 (11,1%) ожог вспышкой вольтовой дуги. Все больные поступили в состоянии ожогового шока различной степени тяжести. Оперативное вмешательство проводилось в различные сроки после шокового периода. Результаты: Всем больным при поступлении проводились клинико-лабораторные и эндоскопические исследования желудка и ДПК. Эндоскопические исследования осуществлялись фиброгастродуоденоскопом GIF-20 фирмы «Olimpus». Язвенный анамнез был у 17 пациентов: у 8 из них имелась язвенная болезнь желудка, у 9 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Гастродуоденальные осложнения ожоговой болезни наблюдалось у 12 больных, в том числе образование эрозий у 3, образование язв желудка и двенадцатиперстной кишки у 4, очаговая эритематозная гастропатия отмечена в 8 случаях. Кровотечение возникло у 2 пациентов в периоде ожогового шока, когда появились множественные язвы желудка. Из 55 больных, не имевших в анамнезе язвенной болезни, у 23 пациентов не отмечалось поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. У 13 пациентов диагностирована эритематозная гастропатия, у 10 – эрозии, из них в 6 случаях – множественные, у 3 – язвы желудка, у 4 – язва двенадцатиперстной кишки, у 1- сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и еще в одном случае – 3 язвы желудка и множественные эрозии. Кровотечные из язв и эрозий зарегистрировано у 6 обожженных. Отсутствие яркой клинической симптоматики является особенностью патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Так из 55 пациентов с этой патологией тошнота отмечалась у 26, рвота – у 10, болевой синдром- у 8, изжога- у 5, мелена- у 4 и отрыжка- у 2 пациентов. Манифестация патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки отмечалась в период ожогового шока – у 9 пострадавших; острой токсемии – у 13; септикотоксемии – 42. В 46 случаях площадь ожогового поражения превышала 45% поверхности тела, в 18 случаях эта площадь составила от 23% до 34% поверхности



тела. Профилактика острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки имеет целью прежде всего, подавление патологической активности пептического фактора и стимуляция антиоксидантной защиты слизистой гастродуоденальной зоны. Этому требованию отвечает препарат омепразол, который 40 мг препарата вводили с помощью микродозного струйного насоса в течение 2-х часов два раза в сутки и 5,0 препарат мексидол в физиологическом раствором внутривенно. Эти препараты назначались в зависимости от тяжести состояния пациента, наличия в анамнезе гастродуоденальной патологии, выраженности и стадии ожоговой болезни. Среди 23 пациентов, получавших омепразол в периодах ожогового шока и острой ожоговой токсемии, образования язв и эрозий верхнего отдела желудочно-кишечного тракта нами отмечено не было. У 3 обожжённых, которым препарат назначался по поводу язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, образовался красный рубец на 7-9 сутки. Необходимо подчеркнуть, что в результате принятой в центре схемы профилактики гастродуоденальных осложнений, в изученном периоде не зарегистрировано ни одного случая перфорации язвы и летального исхода вследствие кровотечения из желудочно-кишечного тракта, несмотря на то, что это осложнение выявлено у 7 пострадавших. Выводы: Таким образом, пациенты с гастродуоденальной патологией довольно часто встречаются среди больных с ожоговой болезнью, что свидетельствует о необходимости своевременной профилактики этих тяжелых осложнений и адекватной методике лечения.

1205. ТРАНСГАСТРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПСЕВДОКИСТ, СВЯЗАННЫХ С ГЛАВНЫМ ПАНКРЕАТИЧЕСКИМ ПРОТОКОМ, ПОД СОНОГРАФИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИЕЙ

*Миллер А.А., Давыдкин В.И., Голубев А.Г.,
Дьячкова И.М.*

Саранск

МГУ им. Н.П. Огарёва

Актуальность. Псевдокисты поджелудочной железы, как исход панкреонекроза являются причиной возникновения компрессионного синдрома, осложненного хронической дуоденальной непроходимостью, механической желтухой, синдромом портальной гипертензии и панкреатическими свищами. Одним из наиболее перспективных направлений хирургического лечения осложненных форм кистозного панкреатита является применение

малоинвазивных и малотравматичных методов. Цель исследования: изучение результатов и эффективности трансгастрального дренирования псевдокист поджелудочной железы. Материалы и методы. Трансорганное наружно-внутреннее дренирование (ТОД) панкреатогенных псевдокист под сонографической навигацией произведено 25 больным, страдающим хроническим панкреатитом. Из них 23 больных мужского пола в возрасте от 31 до 42 лет и 2 женщины в возрасте 39 и 45 лет. ТОД панкреатогенных псевдокист выполняли натошак, с предварительной установкой назогастрального зонда. При УЗИ выбирали оптимальную зону с наличием акустического окна для прохождения стилет-катетера и отсутствием варикозно расширенных вен сальника при наличии портальной гипертензии. При этом отчетливо визуализировались обе стенки желудка и полость псевдокисты. Для дренирования использовали дренажи типа «Pig tail» на игле фирмы «Cook». Манипуляцию начинали с обработки операционного поля и обезболивания передней брюшной стенки местным анестетиком. Весь путь стилет-катетера контролировался сонографически. После того, как рабочий конец катетера оказывался в полости кисты, производилась эвакуация содержимого до полного спадания её полости по данным УЗИ контроля. В постоперационном периоде проводили контрольные гастроскопии и фистулографию проводили на 13-е сутки, удаление дренажа осуществляли, как правило, на 12-14-е сутки. Результаты и их обсуждение. Во всех 25 случаях процедуру ТОД панкреатогенных псевдокист пациенты перенесли удовлетворительно. Хирургических осложнений от манипуляций не отмечено. Также во всех случаях установлена связь полости кисты с главным панкреатическим протоком по количеству и характеру отделяемого из полости кисты и по содержанию амилазы в отделяемом. Уже через 24 часа после декомпрессии псевдокист у пациентов с механической желтухой, обусловленной сдавлением холедоха псевдокистой головки отмечалось значительное снижение уровня холемии. Это подтверждалось как субъективно (уменьшение иктеричности кожных покровов и склер), так и объективно (снижение уровня билирубина крови в контрольном биохимическом анализе, уменьшение диаметров просветов внутрипеченочных протоков меньше 4 мм и общего печеночного протока меньше 8 мм). У пациентов со сдавлением дистальной части двенадцатиперстной кишки отмечено улучшение эвакуации, прекращение рвоты и ретенции желудочного содержимого. Всем больным через 1,3 и 6 месяцев после выписки из стационара проводили контрольные исследования клиничко-биохимических анализов, УЗИ. При опросе, жалоб пациенты не предъявляли. По ре-



зультатам анализов отклонений от референсных значений не выявлено, по данным УЗИ рецидива кисты и отрицательной динамики со стороны поджелудочной железы не выявлено. Выводы: ТОД панкреатогенных псевдокист под УЗ навигацией является малоинвазивным вмешательством и хорошо переносится пациентами, исключает риск послеоперационных осложнений от традиционных вмешательств и решает задачу создания внутреннего цистогastro- или цистодуоденанастомоза в случае наличия связи полости кисты с главным панкреатическим протоком.

1206. КРИВАЯ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ (ТАРР) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Темежникова Л.А., Поздеев В.Н., Тарабукин А.В.,
Мизгирев Д.В., Костин А.П.*

Архангельск

Государственное бюджетное учреждение
Архангельской области «Первая городская
клиническая больница скорой медицинской
помощи им. Е. Е. Волосевич»

В работе представлен опыт применения лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики (ТАРР) у 115 пациентов с диагнозом паховая грыжа за период 2016 года. Цель исследования – оценка продолжительности операции по мере накопления опыта использования эндовидеохирургии в лечении паховых грыж и количества осложнений. Материал и методы. Трансбрюшинная предбрюшинная лапароскопическая герниопластика (ТАРР) выполнена за период 2016 г. у 115 больных. Гендерная структура: мужчин – 112 (97,4%), женщин – 3 (2,6%). Все оперированные пациенты были разделены на два периода: 1 период – с января по июнь, 2 период – с июля по декабрь 2016 года. Средний возраст пациентов составил в 1 группе $56,8 \pm 12,8$ лет, во второй группе $55,6 \pm 14,0$ лет. (критерий Манна-Уитни, $U=1241,5$, $p=0,02$). Значимых отличий по возрасту в группах не выявлено. Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией в положении Тренделенбурга. Троякары устанавливались в типичных точках: в параумбиликальной области, куда вводился лапароскоп, и два рабочих инструмента вводились в правой и левой боковой областях по краю прямой мышцы живота. Выполнялись этапы лапароскопической трансбрюшинной пред-

брюшинной герниопластики – вскрытие брюшины, выделение грыжевого мешка. Идентификация куперовой связки, мышечных и апоневротических структур передней брюшной стенки, париетализация элементов семенного канатика. Полипропиленовый сетчатый протез размерами 10×15 см устанавливали предбрюшинно без формирования окна для элементов семенного канатика. Фиксация сетчатого эндопротеза с помощью спирального герниостеплера Л-0051 – 5 мм титановыми скобами в количестве 5-8 штук. Целостность брюшины восстанавливали непрерывным интракорпоральным однорядным швом атравматической нитью «Пролен 3-0». Результаты: в 1 периоде средняя продолжительность операции составила $44,8 \pm 18,2$ мин, (95% ДИ 40.0-49.7). Во 2 периоде средняя продолжительность операции составила $37,5 \pm 13,4$ мин, (95% ДИ 34.0-41.0). Различия в продолжительности операции между группами были значимыми (критерий Манна-Уитни, $U=1299,5$, $p=0,045$). В первом периоде количество осложнений – 3 (1 серома п/к клетчатки паховой области, 1 гематома п/к клетчатки паховой области, пролечены консервативно, 1 повреждение нижней эпигастральной артерии, кровотечение остановлено клипированием). Во втором периоде количество осложнений – 3 (1 организованная гематома п/к клетчатки паховой области, потребовавшая иссечения через 2 месяца после операции, 2 повреждения нижней эпигастральной артерии, кровотечение остановлено клипированием). Различия в количестве осложнений не выявлено (точный критерий Фишера, $p=1,0$). Выводы: по мере освоения техники лапароскопической герниопластики отмечено значимое уменьшение продолжительности операции, различий в количестве осложнений не выявлено.

1207. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО МЕТОДИКАМ ТАРР И ТЕР

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

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии им.
С.П.Федорова (зав. – академик РАН
Н.А.Майстренко) Военно-медицинской академии
им. С.М.Кирова

Оперативное вмешательство по поводу паховой грыжи является одной из самых распространенных операций. Ежегодно такое вмешательство выполняется более чем у 20 миллионов людей. В



начале 90-х годов появились первые клинические наблюдения использования малоинвазивных технологий в герниопластике, которые открыли новые возможности в сфере лечения паховых грыж. Эндоскопическая герниопластика паховых грыж – это ненапряжная пластика, выполняемая малоинвазивным способом по поводу прямой или косой паховых грыж с использованием сетчатого эксплантата, устанавливаемого предбрюшинно по методикам TAPP (transabdominal preperitoneal plastic) или TEP (total extraperitoneal plastic). Анализ результатов обследования и лечения 307 больных паховыми грыжами в 2015-2016 гг. позволил отобрать 92-х пациентов для выполнения герниопластики эндоскопическим способом. Предпочтение в использовании эндоскопической методики оперирования было у следующих больных: не более III класса операционно-анестезиологического риска по шкале ASA, рецидивный характер грыжи после открытой операции, двусторонний характер грыжи, сочетание паховой с пупочной грыжей. Лапароскопическая методика TAPP применялась у больных сочетанной хирургической патологией в виде желчнокаменной болезни, которым одновременно выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. Методика TEP использовалась в случае прогнозирования выраженного спаечного процесса в брюшной полости после перенесенных ранее операций. При отсутствии значимых противопоказаний и небольшом размере грыжевого выпячивания выполнялась операция по методике TEP в связи с меньшим риском повреждения внутренних органов и ее большей экономической обоснованностью (отсутствие необходимости использования герниостеплера). Пациентам, оперированным эндоскопическим способом, были выполнены следующие вмешательства: симультанная двусторонняя паховая герниопластика по методике TEP ($n=15$); односторонняя герниопластика по методике TEP ($n=31$); двусторонняя паховая герниопластика по методике TAPP в сочетании с устранением пупочной грыжи по Мейо ($n=5$), устранение односторонней паховой грыжи в сочетании с пластикой пупочной грыжи по Сапежко ($n=9$). Остальные 32 больных прооперированы по поводу неосложненной односторонней паховой грыжи по методике TAPP. Следует отметить, что в 11 случаях грыжа носила рецидивный характер после открытой «передней» пластики. Традиционное устранение паховой грыжи ($n=215$) сопровождалось пластикой пахового канала по методике Лихтенштейна. Все оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было. Средний койко-день после операции по методике TAPP составил $3,6 \pm 0,2$, по методике TEP – $2,7 \pm 0,2$, что выгодно отличало данные клиниче-

ские наблюдения от группы больных, оперированных традиционно (средний послеоперационный койко-день был значимо больше – $7,9 \pm 0,3$).

1208. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО МЕТОДИКЕ IPOM В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Ромащенко П.Н., Курыгин Ал.А., Семенов В.В.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии
им. С.П.Федорова (зав. – академик РАН
Н.А.Майстренко) Военно-медицинской академии
им. С.М.Кирова

Грыжа передней брюшной стенки – это одна из самых частых нозологий, встречающихся в практике хирурга, а стремительное развитие малоинвазивных методик открывает новые возможности в реализации программы Fast Track у данной категории больных. Одним из вариантов эндовидеохирургического лечения пациентов с вентральными грыжами является пластика IPOM. Лапароскопическая герниопластика IPOM (intraperitoneal onlay mesh) – это эндовидеохирургическое оперативное вмешательство по поводу вентральной грыжи с использованием высокотехнологичного сетчатого эксплантата, устанавливаемого изнутри на переднюю брюшную стенку. Впервые данная методика описана К.А LeBlanc и W.V Booth в 1993 году и сопровождалась множеством осложнений в связи с адгезией к эксплантату внутренних органов. Однако новая эра в развитии покрытых антиадгезивных эксплантатов нивелировала их. Основным недостатком остается высокая стоимость протезов, что не позволяет, в настоящий момент, широко внедрять эту методику оперирования. Анализ результатов обследования 55 больных первичными вентральными грыжами в 2016 году позволил отобрать 10 пациентов для выполнения герниопластики лапароскопическим способом. Критериями включения были: неотягощенный соматический статус (по ASA I-II), диаметр грыжевых ворот не более 10 см, вправимый или частично вправимый характер грыжевого выпячивания. Все пациенты были мужского пола, трудоспособного возраста ($53,2 \pm 1,1$). Лапароскопически оперированным пациентам устанавливались современные антиадгезивные сетчатые эксплантаты как российского, так и иностранного производства. Традиционная герниопластика ($n=45$) выполнялась сетчатым протезом, установленным поверх апоневроза



(onlay). Все оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке за исключением 1 случая устранения ущемленной грыжи белой линии живота. Средняя продолжительность вмешательства при использовании лапароскопической методики составляла $95 \pm 7,5$ минут, что коррелировало с открытой методикой ($87 \pm 10,2$). Интраоперационных осложнений не было, а ранний послеоперационный период характеризовался значимо меньшим использованием обезболивающих и противовоспалительных средств у группы пациентов после IPOM герниопластики. Средний послеоперационный койко-день у эндоскопически оперированных больных составил $3,3 \pm 0,3$. После традиционной пластики аналогичный показатель был втрое больше - $8,9 \pm 0,3$. Все пациенты находились под наблюдением на протяжении не менее 3-х месяцев. Осложнений позднего послеоперационного периода не было. Таким образом, представленные клинические наблюдения свидетельствуют о явных положительных сторонах лапароскопической герниопластики по методике IPOM: незначительный болевой синдром, уменьшение пребывания пациента в стационаре, раннее восстановление трудоспособности, а также хороший косметический результат в связи с отсутствием грубого послеоперационного рубца, что немаловажно в условиях современного здравоохранения.

1209. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННЫХ ЛАПАРОТОМИЙ

*Тежжникова Л.А., Поздеев В.Н.,
Тарабукин А.В., Мизгирев Д.В., Тетерин А.Ю.,
Костин А.П., Скоценко Д.С.*

Архангельск

Государственное бюджетное учреждение
Архангельской области «Первая городская
клиническая больница скорой медицинской
помощи им. Е. Е. Волосевич»

Многолетний опыт использования эндовидеохирургических операций расширил возможности данного направления в хирургической практике. «Золотой» стандарт лечения желчнокаменной болезни - лапароскопическая холецистэктомия. Этапы инсуффляции газа и введения лапароскопа больным с рубцами на передней брюшной стенке из-за наличия спаечного процесса могут привести к различным осложнениям. Учитывая тот факт, что на сегодняшний день прямой связи между клиническими проявлениями спаечного процесса и

выраженностью его при ревизии брюшной полости не отмечено, проведение лапароскопических операций является возможным и в ряде случаев целесообразным. Цель исследования – оценить возможности лапароскопических методик и динамику накопления опыта лапароскопической холецистэктомии у пациентов с калькулезным холециститом на фоне спаечного процесса брюшной полости. Материалы и методы: в хирургических отделениях «Первой городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Волосевич Е.Е» г. Архангельска за период 2012-2016 гг. выполнено 3402 лапароскопических холецистэктомии, из них 69 пациентов оперировано при имеющейся у них в анамнезе верхнесрединной или тотальной лапаротомии (от 1 до 8 вхождений в брюшную полость). Из исследования исключены больные с желчным перитонитом и лапаротомиями, выполненными в связи с предполагавшимися вмешательствами на внепеченочных желчных протоках, и пациенты с ранее выполненными нижнесрединными лапаротомиями. Результаты: Проведено сравнение количества успешно выполненных лапароскопических и «открытых» холецистэктомий у пациентов с ЖКБ в двух временных периодах. Первый период с 2012 по 2013 гг., второй с 2014 по 2016 гг. В первом периоде количество лапароскопических холецистэктомий - 8, конверсий – 1, «открытых» холецистэктомий – 17. Во втором периоде количество лапароскопических холецистэктомий - 29, конверсий – 7, «открытых» холецистэктомий – 8. В первом периоде конверсии составили 12,5%, во втором 19,4%. Различия между группами не значимы. $\chi^2=0.212$, $p = 0.645$. Частота конверсий несколько возросла, что обусловлено значительным увеличением доли лапароскопических операций. В первом периоде доля лапароскопических операций – 28%, «открытых» - 72%, во втором периоде лапароскопических – 65,9%, «открытых» - 34,1%. За период 2014-2016 гг. доля лапароскопических вмешательств у пациентов после перенесенных лапаротомий значимо увеличилось по сравнению с предыдущим периодом 2012-2013 гг. $\chi^2= 9.181$, $p = 0.002$. Вывод: накопление опыта лапароскопических холецистэктомий позволяет успешно проводить их у большинства пациентов с перенесенными ранее лапаротомиями.



1210. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА НА ОРГАНАХ ЖИВОТА В СИСТЕМЕ ОМС

Семенов В.В., Курьегин Ал.А.

Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии
им. С.П.Федорова (зав. – академик РАН
Н.А.Майстренко) Военно-медицинской академии
им. С.М.Кирова

По данным ВОЗ, сочетанная патология встречается у каждого третьего больного хирургического профиля, однако, как ни парадоксально, доля симультанных операций составляет не более 6% от всех выполняемых вмешательств. Непопулярность данных вмешательств объясняется, в том числе, тем, что поэтапное хирургическое лечение сочетанных заболеваний, помимо снижения риска, улучшает статистические показатели лечебного учреждения. Экономические аспекты при советской системе бесплатного здравоохранения не имели большого значения, а для пациента очередная плановая госпитализация не представляла существенных организационных трудностей. В современных условиях финансово-экономические вопросы наряду с качеством медицинской помощи являются основными как для лечебного учреждения, так и для пациентов. В нашем исследовании проведен экономический анализ результатов лечения 44 больных, оперированных по поводу заболеваний желудка или толстой кишки в сочетании с вентральной грыжей или желчнокаменной болезнью. В качестве основного этапа симультанного вмешательства больные перенесли следующие операции: резекция желудка (n=11), передняя резекция прямой кишки + субтотальная резекция желудка (n=1), восстановление непрерывности толстой кишки (n=8), резекция ободочной кишки (n=22), брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки + левосторонняя нефрэктомия (n=1), операция по типу Гартмана + гистерэктомия (n=1). Оплата за лечение в системе ОМС производилась на основании «карты выбывшего из стационара» и включала в себя медико-экономические стандарты (стоимость) среднего по данной нозологической форме койко-дня, анестезиологического пособия, хирургической операции, лечения в отделении реанимации и стоимость препаратов крови. Экономическая эффективность симультанных операций в системе обязательного медицинского страхования определялась по формуле: ЭЭСО (ОМС) = МЭС КСГ 2ИО – МЭС КСГ СО + МЭС

А 2ИО – МЭС А СО + МЭС Р 2ИО – МЭС Р СО (удостоверение на рационализаторское предложение №14300/2 от 20.04.2016г.), где МЭС КСГ 2ИО – медико-экономический стандарт (стоимость) клинико-статистической группы оплаты койко-дня при двух изолированных операциях; МЭС КСГ СО – медико-экономический стандарт клинико-статистической группы оплаты койко-дня при симультанной операции; МЭС А 2ИО – медико-экономический стандарт (стоимость) анестезии при двух изолированных операциях; МЭС А СО – стоимость анестезии при симультанной операции; МЭС Р 2ИО – стоимость лечения в отделении реанимации после двух изолированных операций; МЭС Р СО – стоимость лечения в отделении реанимации после симультанной операции. Суммарная экономическая эффективность сочетанных операций большого объема для системы обязательного медицинского страхования в нашем исследовании составила 1811847,6 руб. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о значимом экономическом эффекте симультанных операций большого объема в системе ОМС. Также, по нашему мнению, необходимо рассмотреть вопрос о введении повышающего коэффициента в оплате лечения данной категории больных с целью стимуляции лечебных учреждений к более широкому внедрению симультанных вмешательств в практику хирургических стационаров.

1211. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Татьянченко В.К., Масленников С.В.,
Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Фирсов М.С.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с ректоцеле путем использования разработанного способа операции. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 больных с ректоцеле в возрасте от 31 до 60 лет. Из них 12 оперированы по оригинальной методике (Патент РФ на изобретение №2251985). Результаты исследования. Техника операции заключалась в следующем. На бедре с использованием эндоскопических технологий выкраивали фасциально-мышечный трансплантат на основе тонкой мышцы бедра и с питающей ножкой в сторону лонной кости. В подвздошных областях вводили троакары, осуществляли ревизию малого таза. Фасциальную часть



лоскута вводили между влагалищем и прямой кишкой и фиксировали к её фасциальной капсуле. Результаты исследования больных (проктография, трансанальное УЗИ, колонография) через 6 месяцев-1 год показали, что рецидива заболевания не наблюдалось. Заключение. Полученные у 92,3% больных хорошие и у 7,7% больных удовлетворительные результаты позволяют рекомендовать разработанную операцию в практику лечения ректоцеле II-III степени.

1212. РЕГИОНАРНАЯ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Беляев А.Н., Павелкин А.Г., Родин А.Н.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет;
МГУ им. Н. П. Огарева

Цель. Повышение эффективности комплексной терапии осложненных форм диабетической стопы путем использования внутриартериального метода введения фибринолитика урокиназы. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 70 больных с осложненными формами диабетической ангиопатии нижних конечностей, разделенных на 2 группы. 1 группу составили 38 пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы, получивших базисную терапию. 2 группу составили 32 пациента, которые дополнительно к базисному лечению получали внутриартериальное (в артерию пораженной конечности) введение урокиназы медак в дозе 100 000 ЕД, один раз в сутки, ежедневно, 5 суток. Результаты. В группе больных, получавших базисную терапию, ампутации на уровне бедра выполнены 15-ти больным (40,54%), ампутации на уровне голени – у 6-ти больных (16,21%), ампутация стопы по Лисфранку – у 2-х больных (5,4%), экзартикуляция пальцев с резекцией головок плюсневых костей – у 1-го больного (2,7%). Первичные хирургические вмешательства (вскрытие флегмоны, некрэктомия, дренирование) в этой группе выполнены у 13-ти больных (35,13%), однако ликвидировать гнойно-некротический процесс и достичь отчетливой тенденции к заживлению ран удалось у 1-го пациента (7,69%). В группе больных, которым в базисную терапию было включено внутриартериальное введение урокиназы, ампутации на уровне бедра проведены 7-ми больным (22,58%), ампутации голени – 7-ми пациентам (22,58%), ампутации стопы

по Лисфранку – 3-м больным (9,67%), экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей – в 2-х случаях (6,45%), вскрытие флегмоны – в 12-ти случаях (38,7%). Заключение. Применение на фоне базисной терапии осложненных форм диабетической стопы внутриартериального введения урокиназы способствует уменьшению количества высоких ампутаций на 18% и увеличению на 6,4% количества операций, сохраняющих коленный сустав.

1213. ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ВЯЛОГРАНУЛИРУЮЩИХ РАНАХ

Зфсорин А.А., Чернядьев С.А.

Екатеринбург

ГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Проблема лечения вялогранулирующих ран (ВГР) является актуальной для пациентов с хирургической инфекцией мягких тканей. Основной причиной образования ВГР являются травмы мягких тканей, потертости, ссадины, локализующиеся на нижних конечностях. В основе системного воспаления лежит системная альтерация которая провоцирует генерализацию базовых механизмов программы воспалительного процесса внутри очага. Лечение и реабилитация сопровождаются значительными материальными затратами и большим койко-днем. Одним из эффективных биофизических методов воздействия на воспалительный процесс в комплексе лечебных мероприятий является озонотерапия (ОТ). Цель исследования: дать комплексную оценку показателей воспалительного процесса у пациентов с вялогранулирующими ранами и изучить эффективность озонотерапии у данной категории пациентов. Материалы и методы: в работу включены 235 пациентов проходивших лечение на базе отделения хирургических инфекций с 2007 по 2015гг. Средний возраст составил 19,4±0,5 лет. Площадь раневой поверхности составляла от 10 до 15 см². Пациенты были разделены на две сопоставимые группы. Первую основную составили 100 пациентов, которым в комплекс лечебных мероприятий включалась ОТ. Контрольную группу составили 135 пациентов, которым проводилось традиционное лечение. Мониторинг в группах осуществлялся путем изучения значений основных лабораторных показателей системного воспаления: ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО α , СРБ с определением интегральных показателей КР и УР на первые и пятнадцатые сутки. В качестве дополнительных показателей были изучены значения тропонина, миоглобина, D-димеров. Кроме того изучались значения показателей микроцир-



куляции в раневой зоне методом лазерной доплеровской флоуметрии с использованием аппарата ЛАКК-01. Были исследованы значения показателя микроциркуляции, среднеквадратичного отклонения, значение амплитуды вазомоторных колебаний кровотока, значения индекса эффективности микроциркуляции. Результаты и обсуждение: При статистической обработке значений концентраций исследуемых цитокинов и СРБ у двух групп военнослужащих выявлена большая вариабельность значений цитокинов и низкая степень статистической достоверности результатов. У пациентов обеих групп ни в одном случае не выявились критические и условно критические уровни СРБ. Большинство пациентов на момент начала лечения имеют УР 1 – 76,3% в контрольной и основной группах, УР 0 имеют 17,4% пациентов основной и 13,04% контрольной группы. На 15 сутки лечения в основной группе происходит достоверное снижение пациентов на УР 1 за счет купирования воспалительного процесса и миграции их на УР 0 под влиянием ОТ. При исследовании дополнительных маркеров системного воспаления оказалось, что их изучение является ценным дополнением к стандартным методикам обследования, а диагностическая ценность их возрастает с увеличением тяжести состояния пациента. Эти критерии целесообразно применять у пациентов с УР-3 и выше, что позволит повысить эффективность лечебных мероприятий. Установлено, что под влиянием ОТ нормализация параметров микроциркуляции в раневой зоне у пациентов основной группы наступает достоверно быстрее, что является одним из факторов, способствующих сокращению сроков лечения. В основной группе они составили 25,6±1,27 дней, а в контрольной на фоне традиционного лечения 31,8±1,43 день. Межгрупповые различия между исследуемыми группами были достоверными (р

травмы отрицает. Амбулаторно выполнены рентгенография грудной клетки, трансвагинальное УЗИ – патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости выявлен поликистоз почек. В анализе крови повышение СОЭ. Лейкоцитурии не отмечено. При осмотре гинеколога, уролога, инфекциониста патологии не выявлено. На фоне приёма ципрофлоксацина отметила кратковременное улучшение, нормализацию температуры. Боли сохранялись, с 05.10. вновь отмечен подъём температуры до 39°C. При поступлении состояние средней тяжести. В сознании. Живот симметричный, в дыхании участвует, при пальпации мягкий, болезненный в правом мезогастрин, где пальпируется плотное, болезненное, бугристое, малосмещаемое образование, расценённое как правая почка. Моча прозрачная, жёлтого цвета. По данным УЗИ брюшной полости правая почка представлена множественными анэхогенными округлыми образованиями 27-96 мм с чёткими ровными контурами, не сливающимися между собой, стенки до 2 мм, прослеживаются участки паренхимы до 10-12 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Поликистоз правой почки. В анализе крови лейкоцитоз 15,7, тромбоцитоз 419, С-реактивный белок 232,6 мг/л, фибриноген 13,85 г/л. Анализ мочи в пределах нормы. По данным спиральной компьютерной томографии увеличение правой почки в размерах до 130x110x95 мм, паренхима частично дифференцируется только в нижнем сегменте. Выраженное расширение чашечно-лоханочной системы до уровня лоханочно-мочеточникового сегмента. Мочеточник не контрастируется на 4-й минуте. Уплотнение паранефральной клетчатки преимущественно вдоль нижнего полюса почки. Заключение: гидронефроз (пионефроз?) правой почки, признаки вовлечения в процесс паранефральной клетчатки справа. Умеренная каликопиелоектазия. Осмотрена урологом, диагностирован инфицированный гидронефроз справа. Пионефроз?. Выставлены показания к операции, планируемый объём – нефроуретерэктомия. Люмботомия справа. Паранефральная клетчатка не изменена. Почка резко увеличена в размерах, представляет собой соединительно-тканый мешок с жидкостью. При ревизии выявлен свищевой ход между лоханкой и кишкой. При введении в назогастральный зонд красителя, последний начинает быстро поступать из свищевого хода. Высказано предположение о наличии свища лоханки с двенадцатиперстной кишкой. Выполнена нефрэктомия. Верхне-средняя лапаротомия. При ревизии двенадцатиперстной кишки на уровне нисходящего отдела по задней и латеральной стенке определяется дефект диаметром около 2 см. Другой патологии не выявлено. Выполнено отключение кишки на уров-

1214. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДУОДЕНОРЕНАЛЬНОГО СВИЩА

Щеглов Э.А., Алонцева Н.Н., Шестаков Н.В.

Петрозаводск

Щеглов Э.А.(1,2), Алонцева Н.Н.(2), Шестаков Н.В.(2)1) ПетрГУ 2) БСМП г. Петрозаводска

Больная Б, госпитализирована в хирургическое отделение 08.10.16. Заболела остро 16.09, появились слабость, ознобы, лихорадка до 38°C, ноющие боли в околопупочной и правой подвздошной областях, болезненное мочеиспускание. Факт



не препилорического отдела желудка. Наложена гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем и холецистостома. К области свища через люмботомию подведен дренаж. В дальнейшем длительно сохранялось отделяемое по дренажу в поясничной области объемом до 1800 мл. Через месяц по холецистостоме 150 мл желчи, по дренажу 100 мл отделяемого коричневого цвета. 19.11. свищ двенадцатиперстной кишки закрылся. Холецистостома 24.11. удалена. По данным УЗИ брюшной полости свободной жидкости в брюшной полости нет. Полостных образований в забрюшинной клетчатке не визуализируется. При гистологическом исследовании правой почки получено заключение о наличии длительно существовавшего свищевого отверстия в лоханке. Заключение: Внутренний свищ двенадцатиперстной кишки с лоханкой правой почки представляет собой крайне редкую патологию. При выявлении свища забрюшинной части двенадцатиперстной кишки не следует предпринимать попыток мобилизации кишки, так как это может привести к разрушению сформировавшегося свища. Выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа с наложением холецистостомы является адекватным хирургическим пособием, создающим условия для закрытия свища.

1215. ПОЛИКЛИНИКА – БАЗА ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

*Фаттахов В.В., Малков И.С., Ханнанов Н.И.,
Максумова Н.В.*

Казань

Казанская государственная медицинская академия -филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

В базовой поликлинике кафедры хирургии КГМА в 2015 году медицинская врачебная помощь по неотложным показаниям оказана 1177 пациентам. Из них терапевтами - 22 больным, хирургами -293, акушерами-гинекологами – 5, офтальмологами – 2, врачами общей практики – 855 пациентам. Из этого числа больных госпитализировано в стационары 191 (16,2%) человек. В том числе по направлению терапевтов – 11, хирургов – 50, акушеров-гинекологов – 4, врачей общей практики 126 пациентов. В 2016 году, за период с 1 января по 31 августа врачебная помощь по неотложным показаниям оказана 1077 пациентам. Из них терапевтами - 7 больным, хирургами -275, урологами – 28, акушерами-гинекологами – 79, офтальмологами – 17, оториноларингологами – 6, неврологами – 76,

дерматовенерологами – 5, врачами общей практики – 584 пациентам. Кроме того оказана неотложная помощь фельдшерами 832 больным. Общая численность составила 1909 человек. Из этого числа больных госпитализировано в стационары 225 (11,8%) человек. В том числе по направлению терапевтов – 2, акушеров-гинекологов – 64, неврологов – 4, врачей общей практики 100 и фельдшеров 55 пациентов. В настоящее время Минздрав РФ с целью снижения нагрузки на службу СМП, снижения количества необоснованных вызовов и вызовов к хроническим больным проводит работу по организации деятельности службы неотложной медицинской помощи. Актуальным на сегодняшний день является подготовка молодых специалистов для работы в поликлинических учреждениях. Они должны уметь оказывать неотложную помощь, но и проводить плановое лечение больных, особенно с учетом полиморбидности у лиц старшей возрастной группы. Когда молодые люди идут учиться в медицинские университеты (и колледжи, тоже), они мечтают, что будут работать в лучших клиниках, обследовать больных на самом современном оборудовании (иногда, как в кино), лечить лучшими средствами, делать высокотехнологичные операции. Но проза жизни иная. Поэтому часть молодых врачей уходит из медицины, переходят в фармфирмы и т.д. Но преданных медицине людей надо обучить и дать возможность в перспективе получать удовлетворение от своей работы, независимо, где она выполняется. Задача преподавателей ВУЗов, а потом системы последипломного образования по-мочь врачу полюбить свою специальность. Первичное звено здравоохранения – поликлиника. Здесь много интересной работы и диагностической, и лечебной, и организационной, и научной. В зависимости от того, с кем столкнется в начале своей профессиональной деятельности молодой специалист, может сформироваться весь профессиональный тип этого человека. Поэтому интернатура (заканчивается), а в последующем клиническая ординатура, кафедры, где проходят обучение, берут на себя очень серьезную ответственность за будущее молодого врача. Современное медицинское образование, изменило подход к организации образовательного процесса. Большинство поликлинических курсов построено на освещении концептуальных подходов к лечению конкретной нозологической формы, в то время как клиническая база, т.н. осмотры и обсуждения больных, профессорские обходы, клиничко-анатомические разборы и пр. не включаются в основную программу циклов. Развитие в поликлиниках клинических баз позволяет улучшить подготовку студентов, интернов, клинических ординаторов, а также клиническую работу врачей поликлиники. Это все позволя-



ет работать «в команде» с профессиональными специалистами, непрерывно повышать свой врачебный уровень и клиническое мышление. Использование поликлиник в качестве клинической базы кафедры, в том числе для подготовки клинических ординаторов позволяет качественно улучшить эффективность работы, восполняет дефицит врачебных кадров, повышает доступность медицинской помощи. Базовая поликлиника является единственной моделью постоянного профессионального роста и врачей и обучающихся. Распределение обязанностей профессорско-преподавательского состава кафедр в поликлинике послужит значительному улучшению профилактической работы и регламентирует технологию ведения больных с неотложными состояниями.

1216. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Петрова К.В., Алексеев А.М., Блинова Н.П.

Новокузнецк

НГИУВ Филиал федерального ГБОУ ДПО
“Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Актуальность: Развитие инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) приводит к увеличению длительности пребывания в стационаре в среднем на 7 дней и повышает стоимость лечения на 10-20%. Несмотря на современные достижения хирургии и фармакологии проблема возникновения послеоперационных инфекционных осложнений в виде инфекций области хирургического вмешательства сохраняет свою актуальность. Цель исследования: Оценить распространенность ИОХВ у больных с острым аппендицитом оперированных на базе ГБУЗ КО «Новокузнецкой городской клинической больницы №1» за период с сентября 2016 года по январь 2017года. Материалы и методы: За период с сентября 2016 года по январь 2017года в ГБУЗ КО «Новокузнецкой городской клинической больницы №1» с диагнозом острый аппендицит прооперировано 64 пациентов. Из всех выполненных оперативных вмешательств катаральная форма острого аппендицита составила 3,9%, флегмонозная форма – 73%, гангренозной формы – 19,1%. Среди них женщин было 33 (51,6%), мужчин – 31 (48,4%). Средний возраст $53,2 \pm 13,6$ года. ИМТ пациентов составлял от $15,1 \text{ кг/м}^2$ до 41 кг/м^2 .

Средний ИМТ $21,8 \pm 5,4 \text{ кг/м}^2$. Наиболее часто при остром аппендиците использовался лапароскопический доступ 52 (81,3%), доступ Волковича Дьяконова 10 (15,6%), лапаротомный доступ 2 (3,1%). Среднее время операции составило $78,5 \pm 32,3$ минут. Средний койко-день $12,6 \pm 9,6$ дней. В ходе анализа выявлено ИОХВ у 6 (9,4%) пациентов. Интраоперационная антибиотикопрофилактика проводилась у всех пациентов. Больным с гангренозной и осложненной флегмонозной формами острого аппендицита проводилась антибактериальная терапия. Результаты: В послеоперационном периоде инфекция в области хирургического вмешательства выявлена у 6 (9,8%) больных. Из всех случаев ИОХВ поверхностная инфекция выявлена в 3 случаях (50,0%), глубокая ИОХВ – в 2 случае (33,3%), инфекция полости/органа в 1 случае (16,7%). ИОХВ выявлено на $4,5 \pm 4,7$ день послеоперационного периода. Средний койко-день больных с ИОХВ составил $18,7 \pm 8,3$. Среднее время оперативного вмешательства у пациентов с ИОХВ составило $120,8 \pm 31,5$ мин. Всем больным с ИОХВ проводилась антибиотикопрофилактика. Во время операции дренирование проводилось всем больным с ИОХВ. Выводы: 1. В настоящее время, несмотря на уровень развития современной медицины, риск возникновения инфекции области хирургического вмешательства остается высоким. 2. Частота ИОХВ у больных прооперированных по поводу острого аппендицита составляет 9,8%.

1217. К ВОПРОСУ О ПОВРЕЖДЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ПРИ ФЛЕБЭКТОМИИ

*Щеглов Э.А., Дуданов И.П., Захарова С.А.,
Миндлина М.Б.*

Петрозаводск

ПетрГУ

Актуальность. Варикозной болезнью нижних конечностей страдает 35 млн россиян. Методом выбора лечения варикозной болезни является – хирургическое лечение. Несмотря на развитие миниинвазивных методов лечения типичная флебэктомия широко представлена в арсенале хирургов. Одним из описанных осложнений в послеоперационном периоде являются чувствительные расстройства, влияющие на качество жизни больных. Ни одна доступная современная литература не отвечает на вопросы: с какой частотой, на каких сроках и с какой выраженностью возникает подобное осложнение. В связи с этим было решено прове-



ритель наличие нейропатического компонента, связанного с повреждением подкожного нерва, возникшего во время флэбэктомии с использованием метода количественного сенсорного тестирования и проведения анкетирования оперированных пациентов. Задачи исследования: • Выявить наличие нейропатического компонента после флэбэктомии в раннем и позднем послеоперационном периоде. • Выявить наличие нейропатии с помощью количественного сенсорного тестирования после флэбэктомии в раннем и позднем послеоперационном периоде. • Выявить уровень депрессии и тревоги после флэбэктомии в раннем и позднем послеоперационном периоде. • Выявить уровень сенсорной и аффективной боли после флэбэктомии в раннем и позднем послеоперационном периоде. Представляем результаты исследования, которое состояло из двух этапов. Во время первого этапа работы были обследованы пациенты в раннем послеоперационном периоде (через 3 недели после операции). Данных, за наличие нейропатического компонента, выявить не удалось. На втором этапе, удалось выявить наличие нейропатического компонента в позднем послеоперационном периоде (по истечению срока в 6 месяцев со дня операции). Материалы и методы: На первом этапе исследования приняли участие 6 пациентов (4 женщины и 2 мужчин), а на втором - 19 человек, 12 из которых не смогли пройти исследование по причине наличия СД, отсутствия показаний и возможности приехать. Полный комплекс обследования, включающий в себя анкетирование и обследование на приборе QST удалось пройти 6 пациентам (2 мужчин, и 5 женщин), возрастом от 30 до 65 лет. Для тестирования использовался прибор (QST) количественной оценки болевой и температурной чувствительности волокон А-дельта и низкомиелинизированных волокон С-типа, и даже незначительное их повреждение будут уловимы этим прибором. Аппарат сенсорного тестирования оснащён датчиком, который накладывается на ключевые сенсорные точки, соответствующие спинно-мозговому сегменту (L3, L4, L5). В исследовании использовались три точки: над медиальным надмыщелком бедренной кости; над медиальной лодыжкой и между первым и вторым пальцами тыльной поверхности стопы. Обсуждение и выводы: По данным первого этапа исследования, температурный коэффициент остался в норме. А на втором этапе было выявлено развитие нейропатического компонента у 5 пациентов в позднем послеоперационном периоде, а по результатам температурного коэффициента – у 2. Следовательно, развитие нейропатического компонента наблюдается не ранее, чем через 3 месяца после проведённой флэбэктомии. Ни у

одного из исследуемых, в раннем послеоперационном периоде, не выявлено нейропатического компонента боли, в позднем послеоперационном периоде нейропатический компонент присутствует у 2 человек из обследованной группы. Выявлены субклинически выраженные симптомы у двух пациентов до флэбэктомии, и лишь у одного – после. По результатам опросника HADS у пациентов в позднем послеоперационном периоде, наблюдаются субклинически выраженные признаки тревоги и \ или депрессии у 4 человек, а клинически выраженные – у 3 человек. По краткому опроснику боли МакГилла до операции выявлено преобладание сенсорной и аффективной боли, где сенсорная преобладает над аффективной. После операции сохранилось превалирование сенсорной боли над аффективной. По результатам опросника боли МакГилла в позднем послеоперационном периоде также выявлено преобладание сенсорной боли над аффективной.

1218. К ЮБИЛЕЮ ОБЩЕСТВА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

Балалыкин А.С.

Москва

ЗЦГКВ им. Вишневского

Основоположниками мировой ЭХ считаю Д. О. Отта и И. Д. Прудкова. Д. О. Отт в 1901 – 1908 годах накопил опыт 800 «вентроскопий» с диагностическими и лечебными (кисты, опухоли, эктопированная беременность и т.п.) целями. И. Д. Прудков в 60-е годы на теоритической основе доказал и с помощью простейших инструментов внедрил в клинику типичные хирургические операции органостомии (холецисто-, гастро- энтеростомии) под контролем лапароскопа, ставшие после многих лет неприятия, неотъемлемой частью неотложной хирургии механической желтухи, острого холецистита, непроходимости пищеварительного тракта и т.д. Идеи И. Д. Прудкова в 70-е годы восприняты школами В. С. Савельева, Ю. Е. Березова, В. И. Юхтина и др. В клинике В. С. Савельева внедрены в клиническую практику простые операции дренирования и лаважа брюшной полости, которые сыграли существенную роль в лечении перитонита, особенно панкреатогенного в сочетании с холецистостомией и применяются до сих пор. В клинике Ю. Е. Березова внедрена динамическая лапароскопия, позволившая судить о характере изменений в брюшной полости. Итак, в 60-70 годы, российские хирургические школы сделали серьезные шаги в развитии лапароскопической хирургии не-



отложных состояний и заняли ведущие позиции в мире. Этот период ознаменовался революционными достижениями во внутрисветной эндоскопии (ВПЭХ): в 1972 году была выполнена первая операция эндоскопическая полипэктомия (А. С. Балалыкин), а в 1976 г. - эндоскопическая папиллотомия (Д. Ф. Благовидов с соавт.). Значение этих операций трудно переоценить: первая открыла перспективы применения морфологических методов в исследовании и лечении доброкачественных и злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, а вторая – лечения холедохолитиаза и стеноза БДС. Эффективность эндоскопии была высоко оценена и в 1976г. Были выделены специальность «эндоскопия» и профессия «врач-эндоскопист». 70-80 годы были периодом широкого внедрения эндоскопических методик в практику лечебных учреждений нашей страны, а ее основоположники позднее (1990-е годы) удостоены государственных премий в области науки и техники. Научные разработки эндоскопического оборудования и инструментов (мощные экстракорпоральные источники холодного света, цветные малогабаритные видеокамеры, мониторная техника, специнструментов и т.д.) создали условия для развития нового вида лапароскопического метода и выполнения всех видов традиционных хирургических операций. Революционным для хирургии стал март 1991 – в клиниках Б. В. Петровского и В. С. Савельева состоялась презентация оборудования фирмы “Storz” и выполнены операции – холецистэктомия (Ю. И. Галлингер, А. С. Балалыкин), а затем кардиомиотомия, ваготомия, аппендэктомия, резекция желудка и толстой кишки (А. С. Балалыкин, А. Г. Кригер, В. Л. Сажин, О. Э. Луцевич) и сложнейшие панкреатодуоденальные резекции (Э. А. Галлямов, О. Э. Луцевич, И. Е. Хатьков). Первый научный форум по лапароскопической хирургии состоялся в 1991 г. В Курске (А. Л. Мерингоф), на котором впервые были доложены результаты операции ЛХЭ (В. С. Савельев с соавт.) ЛХЭ была встречена хирургической общественностью неоднозначно, но остановить это движение не могло ничто. Необходимо отметить огромную роль в ее пропаганде В. Д. Федорова и А. В. Федорова. В. Д. Федоров был явным сторонником ЭХ, но с осторожностью относился к ЭХ в онкологии. А. В. Федоров, руководивший филиалом американской фирмы “Auto Suture” в те трудные для России годы устраивал презентации в разных клиниках России и оставлял дорогостоящие инструменты. Необычный подъем лапароскопической хирургии обусловил создание первых научных организаций: «Общество эндоскопии и малоинвазивной хирургии» (А. С. Балалыкин, 1993) и «Ассоциация эндоскопической хирургии» (Ю. И. Галлингер, 1994). В 1995 г. В. С. Савельев, долго не хотевший создать

при обществе хирургов секцию эндоскопии, и В. Д. Федоров пришли к выводу о необходимости создания общественной организации. В институте Вишневского состоялось организационное собрание с широким кругом участников. В. Д. Федоров изложил идею о создании Общества эндоскопических хирургов, предложил состав руководства и указал, что вопрос об обществе будет решен в Краснодаре на пленуме хирургов. Он отметил, что А. С. Балалыкин со своим «Обществом» вступил в Российское и сдал все документы. Ю. И. Галлингер сообщил о решении Б. В. Петровского сохранить «Ассоциацию». Я единственный голосовал против С. И. Емельянова, предложенного в качестве президента, так как не знал его совершенно и хотел предложить А. С. Ермолова – хирурга и эндоскописта «полугибкого периода». Впоследствии, была показана правота того решения, что С. И. Емельянов стал организатором и инициативным руководителем. Ежегодно стали проводиться съезды и выездные пленумы Правления, выросло новое поколение эндохирургов, изданы монографии с освещением общих и частных вопросов эндохирургии. Эндоскопическая хирургия в 21 веке стала самостоятельным альтернативным направлением, необходимостью современной хирургии. С совершеннолетием эндоскопическая хирургия! С благодарностью от пионеров и удачи современному поколению хирургов, вооруженных эндоскопическими технологиями! Без эндохирургии невозможна современная хирургия! Жарких дискуссий!

1219. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕДИНОЙ СЛУЖБЫ ПО РАБОТЕ С КАДАВЕРНЫМ МАТЕРИАЛОМ В РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА (МОСКВА)

Иванов А.А., Галейся Е.Н., Гуцин А.В.

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

Преподавание дисциплины топографическая анатомия и оперативная хирургия основано на использовании в учебном процессе биологического (кадаверного) материала. Правовой вакуум в доступе к кадаверному материалу конца девяностых начала двухтысячных годов привел к ситуации, тогда преподавание в нашем Университете велось исключительно по муляжам и таблицам. После принятия в 2012 году Постановления Правительства РФ №750 регулирующее работу с тканями и органами человека в нашем Университете



было принято решение о создании профильного структурного подразделения. В задачи нового подразделения входило заново создать структуру, обеспечивающую профильные кафедры (топографическая анатомия и оперативная хирургия, анатомия человека, морфология) биологическим материалом в достаточном объеме. В настоящий момент в Центре консервации биологического материала РНИМУ им. Н.И. Пирогова работает квалифицированный персонал из числа сотрудников профильных кафедр, включая препараторов. Центр тесно и продуктивно взаимодействует с Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ г. Москвы, а так же с городскими и районными отделами Министерства Внутренних Дел РФ по г. Москва. На наш взгляд, в современных правовых реалиях в каждом медицинском вузе должна быть единая служба по обращению кадаверного материала. Положительный 5 летний опыт работы такой службы в нашем университете показал резкий рост мотивации студентов к освоению дисциплины, и как следствие, улучшение итоговых показателей у студентов по дисциплине топографическая анатомия и оперативная хирургия. В перспективе работы центра активное участие Центра в обеспечении учебного процесса на образовательных мероприятиях для врачей и системы НМО в целом.

1220. ЛАПОРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ

Мухиддинов Н.Д., Муродова Ш.М.

Душанбе

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Введение: Проблема хронического толстокишечного стаза на фоне долихосигмы продолжает оставаться актуальной. Результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза на фоне долихосигмы не вполне удовлетворяют как врачей, так и самых больных из-за сохранения или появления после них морфо-функциональных нарушений. Отсюда исследования, направленные на улучшение методов диагностики и эндовидеохирургического лечения больных с хроническим колостазом, представляют большой интерес для практического здравоохранения. Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения долихосигмы. Материалы и методы: В отделение колопроктологии ГКБ № 5 им. Академика К.Т. Таджиева, Республиканского городского клинического центра колопроктологии и кли-

нической базы кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ с 2014 по 2016 г., поступил 51 больной с хроническим толстокишечным стазом на фоне долихосигмы. Субкомпенсированная стадия отмечалась у 33 (64,7%), стадия декомпенсации – у 18 (35,3%) больных. Длительность заболевания составляла от 3 до 20 лет, в среднем 5-7 лет. Диагноз устанавливали на основании клиники заболевания (затруднение акта дефекации, опорожнение кишечника менее 3 раза в неделю, чувство неполного опорожнения кишечника), данных эндоскопического, рентгенологического и видеолaparоскопического методов исследований желудочно-кишечного тракта. Все оперативные вмешательства выполнены видеолaparоскопическим методом. Результаты: Показанием к оперативному вмешательству является длительная консервативная терапия без удовлетворительного результата с сохранением основных симптомов заболевания. Предоперационная подготовка включала в себя назначение седативных, слабительных и общеукрепляющих препаратов. За 3 дня до планируемого оперативного вмешательства из питания исключали овощи и фрукты, мучное, продукты вызывающие обильное газообразование в желудочно-кишечном тракте. Основу питания составляли мясные бульоны в небольшом количестве. Вечером накануне оперативного вмешательства для предоперационной подготовки кишечника назначали препарат “Фортранс” в разной дозировке в зависимости от массы тела больного. За 20 минут до вмешательства пациентам вводили раствор “Клин-Энema” 200 мл в прямую кишку, что позволяло очистить дистальные части толстого кишечника от кишечного содержимого. Под общим обезболиванием после установки всех лапаропортов производилась ревизия органов брюшной полости и видеолaparоскопическая мобилизация сигмовидной и нисходящей частей толстой кишки. Определялась степень удлинения сигмовидной кишки по разработанной в клинике методике, рассекалась брюшина левого бокового канала у основания брыжейки сигмовидной кишки, после этого сигмовидную кишку двумя мягкими зажимами перемещали в медиальную сторону и рассекали брюшину нисходящего отдела толстого кишечника. Это осуществлялось с помощью иглообразного электрода, ножниц и зажима с коагуляцией. После этого производилось расширение четвертой троакарной раны слева от 4 до 6 см с учетом телосложения и упитанности пациента. В эту рану выводилась экстракорпорально выделенная часть сигмовидной кишки. В дальнейшем производилась мобилизация выделенной части кишечника с пересечением брыжейки, прошиванием и лигированием сосудов кишечника традиционным способом. Анастомоз толстой кишки



накладывали по типу “конец в конец” трехрядными капроновыми швами. После наложения межкишечного анастомоза его погружали в свободную брюшную полость. При дальнейшем видео обзоре брюшной полости осматривали состояние анастомоза для исключения натяжения. Брюшную полость, область малого таза и левый боковой канал дренировали через основную рану силиконовыми трубками. В послеоперационном периоде больные получали адекватную противовоспалительную, общеукрепляющую терапию, витаминотерапию с применением антибиотиков широкого спектра действия. Послеоперационный период протекал гладко. У двоих (3,9%) оперированных отмечены осложнения: в одном наблюдении развилась ранняя послеоперационная непроходимость (установленная рентгенологический). После релапаротомии была выявлена динамическая непроходимость из-за неадекватного дренирования брюшной полости. В другом наблюдении реакция на скрытую кровь в кале была положительной, после операции корригировалась консервативным лечением. Раневых осложнений и несостоятельности анастомоза не отмечалось. Все остальные больные выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства на 7-9 сутки. Результаты хирургического вмешательства в течение трех месяцев оценивали по клиническим и рентгенологическим признакам, критерием R-графии служило отсутствие задержки бария в толстом кишечнике. Эффективно наблюдалось наличие регулярного стула с отсутствием болевого синдрома в области живота. Заключение: Проведение лапароскопической резекции сигмовидной части толстого кишечника при долихосигмы позволило уменьшить продолжительность оперативного вмешательства и минимизировать затраты на время его проведения, а также уменьшить риск развития послеоперационных осложнений.

1221. ЛАПАРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Лещишин Я.М.(1), Баранов А.И.(2),
Мартынов А.А.(3), Потехин К.В.(4)*

Новокузнецк

- 1)ГБУЗ КО НГКБ1
- 2)НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
- 3)ГБУЗ КО НКВД 4)ГБУЗ КО НГКБ22

Актуальность: Перитонит и его лечение, по меткому выражению некоторых авторов является «вечнозеленой» и неустаревающей темой в не-

отложной хирургии. Сохранение интереса к ней обусловлено сохраняющейся высокой летальностью от 10 до 60%, которая даже с применением способов экстракорпоральной детоксикации достигает: при местном перитоните - 4-6%, диффузном - 18-24%, при разлитом - до 45%. Одним из активных, с хирургической точки зрения, методов, является лапаростомия. Но, несмотря на публикуемую результативность данного метода и снижение летальности при её применении на 10-15% по данным разных авторов, окончательной оценки её эффективности, четких показаний к началу и завершению данной методики нет, что обуславливает актуальность исследований в этой области хирургии. Цель: изучить результаты лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом с целью выявления целевой группы для применения лапаротомии и оценки её эффективности. Материалы и методы: на базе ГБУЗ КО НГКБ №1 г. Новокузнецка проводится ретроспективное изучение медицинских карт пациентов находившихся на лечении с диагнозом: Распространенный гнойный перитонит, оценка тяжести состояния пациентов по шкалам (SAPS II, SOFA, MODS) определяется тяжесть перитонита по MPI и индексу брюшной полости (ИБП), анализируется хирургическая тактика, в частности применение лапаротомии, у данной группы пациентов и её эффективность. Основными оценочными критериями являлись, летальность, наличие ранних послеоперационных осложнений, реанимационный койко-день. Критерии включения: пациенты с установленным диагнозом распространенного гнойного перитонита при первичном оперативном вмешательстве, потребовавшем выполнения лапаротомии; причиной перитонита являются воспалительные процессы желудочно-кишечного тракта (полые органы) (желудок, тонкая кишка, толстая кишка, аппендикс, желчный пузырь) Критерии исключения: иммунокомпрометированные пациенты (ВИЧ, идиопатические, лекарственные иммунодефициты, ревматические заболевания с нарушением иммунитета, установленные и зафиксированные ранее); пациенты с ХПН на гемодиализе; панкреонекрозы; сочетанные и закрытые травмы живота; цирроз печени класс С; запущенные онкологические заболевания (канцероматоз, раковая кахексия); диссеминированный туберкулез; тотальный мезентериальный тромбоз с диагностической лапароскопией/лапаротомией; комы связанные с декомпенсацией неврологической, эндокринной патологией. В данном сообщении представлены промежуточные результаты работы. За период с 2015 по 2013 г. согласно обозначенным критериям включения и исключения отобраны 64 истории болезни. По половому составу 30-мужчин (46,8%) и 34 женщины (53,2%). Медиана возраста – 64,9 лет



(25% - 43,3, 75% - 71,3). Нозологическая характеристика: деструктивный аппендицит – 15 (23,4%), перфоративная язва ДПК/желудка – 14 (21,8%), перфорации тонкой кишки – 7 (10,9%), перфорации толстой кишки (перфорация дивертикула) – 10 (15,6%), рак толстой кишки с перфорацией/стенозом и перфорацией – 11 (17,1%), деструктивный холецистит – 2 (3,1%), острое нарушение мезентериального кровообращения (сегментарное) – 2 (3,1%), абсцесс брюшной полости с прорывом – 1 (1,5%), стеноз анастомоза с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью – 1 (1,5%), неспецифический энтероколит – 1 (1,5%). Результаты: В 12 случаях по результатам анализа протоколов операций перитонит носил диффузный характер (18,8%), в 52 (81,2%) – распространенный. Вся группа разделена на три подгруппы по тяжести перитонита согласно MPI: I st. – 15 человек с Me -17 (25% - 16, 75% - 17); II st. – 34 человека с Me -26 (25% - 23, 75% - 27); III st. – 15 человек с Me -32 (25% - 30, 75% - 36). В первой подгруппе ИБП – Me -9 (25% - 7, 75% - 10); во второй – ИБП - Me -10 (25% - 10, 75% - 13); в третьей ИБП - Me -13 (25% - 10, 75% - 17). Лапаростома у пациентов первой подгруппы применялась единожды у пациента с перфоративной язвой ДПК и ИБП – 13. – что составило 6,6% случаев. У пациентов второй подгруппы – в 11 случаях применялась лапаростома -32,3% случаев, с ИБП Me -13 (25% - 13, 75% - 16), в 9 случаях выполнена 1 санация с выздоровлением у 7 пациентов (77,7%); в 2 случаях – 4 санации с одним летальным исходом (50%). В третьей, наиболее тяжелой подгруппе лапаростома была выполнена 9 пациентам – 60%; 7 пациентов умерло. Также у двух пациентов данной подгруппы, которым не накладывалась лапаростома, выполнены релапаротомии по поводу продолжающегося перитонита, 1 летальный исход. Летальность в каждой подгруппе составила соответственно I st. – умерших не было; II st. – 10 человек -29,4% - III st. – 10 человек – 66,7%. Общая летальность в выборке – 31,25%. При графическом анализе показателей с использованием системы координат и сведения четырех факторов: летальность, использование лапаротомии, MPI и ИБП, при расположении на оси абсцисс – мангеймского индекса перитонита а по оси ординат индекса брюшной полости, и цветовой и графической дифференциации отмечаемых показателей, получена зона наибольшей эффективности лапаротомии ограниченной значением ИБП 13-21 б. и MPI ≤ 27 б. В указанной зоне локализовано 75% всех пациентов с положительным эффектом от проведенного по данной методике лечения. Выводы: Совмещение имеющихся интегральных шкал позволяет более точно определить наиболее «благоприятный» диапазон применения лапаротомии и вероятно будет способствовать более четкому и поддающе-

муся статистической обработке анализу эффективности и показаний к её выполнению.

1222. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ ГОЛЕНИ

Матюшкин А.В., Лобачев А.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель: Оценить результаты хирургического лечения у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в раннем и отдаленном послеоперационном периоде при поражении бедренно-подколенного и берцового сегмента. Материалы и методы: Ретроспективно были оценены результаты лечения 308 больных с хронической ишемией нижних конечностей, находящиеся на лечении в сосудистых отделениях ГКБ им. Д.Д.Плетнева г. Москвы в период с 2001 г. по 2016 г., которым было выполнено бедренно-дистально-подколенное шунтирование. Среди них было 78,5% мужчин и 21,4% женщин в возрасте от 47 до 90 лет. Наиболее часто у больных встречалась ишемическая болезнь сердца как сопутствующее заболевание. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 174 больных, которым было выполнено дистальное шунтирование аутовеной. Во вторую группу вошли 58 больных с синтетическим протезом в качестве трансплантата, и в третью группу вошли 76 больных с комбинированном шунтированием и больные с пластикой дистального анастомоза по типу манжеты Миллера и с пластикой по Невилу. Уровень наложения дистального анастомоза был следующим - подколенная артерия ниже щели коленного сустава – 72 случая в 1 группе, 54 случая – во второй и 59 случаев - в третьей. В остальных случаях дистальные анастомозы выполнялись с берцовыми артериями. Отдаленные результаты оценены в течение 5 лет. Результаты: Результаты оценивались в отдаленном послеоперационном периоде в сроки 5 лет по методу Kaplan-Meier. В первой группе первичная проходимость составила 63,8%, вторичная – 86,8% соответственно. Сохранение конечности было получено в почти 77,6% случаев. Во второй группе первичная проходимость составила – 43,1%, вторичная – 63,8%. Сохранение конечности было получено в 60,3% случаях. В третьей группе сроки первичная проходимость составила 53,9%, вторичная - 72%. Сохранение конечности было достигнуто в 73,7% случаев. Количество ранних мест-



ных послеоперационных осложнений (нагноение раны, лимфорей, диастаз раны в каждой группе не превышали 15%. Выводы: Использование аутовены в качестве трансплантата для реконструкций подколенно-берцовом сегменте при критической ишемии нижней конечности является наиболее предпочтительным. В случаях отсутствия такой возможности альтернативой является применение синтетического протеза. Использование синтетического протеза в комбинации с участком аутовены (комбинированный шунт), а также и различных вариантов пластики дистального анастомоза может существенно улучшить отдаленные результаты реконструкций.

1223. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Потехин К.В.(1), Лещишин Я.М.(2),
Баранов А.И.(3)*

Новокузнецк

1)ГБУЗ КО НГКБ№22, 2) ГБУЗ КО НГКБ№1,
3)НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Цель: сформировать и апробировать алгоритм выбора хирургической тактики при лечении распространенного гнойного перитонита. Выбор хирургической тактики при лечении распространенного гнойного перитонита зачастую осуществляется в условиях нехватки времени и фактических лабораторных и инструментальных данных, вследствие чего для практической работы хирургу необходим краткий алгоритм действий для совершения аргументированного и оптимального выбора этой тактики. Присутствие в работе числовых измеряемых показателей позволяет врачу более осознанно подходить к оценке лечения и выбору тактики, что доказало применение интегральных шкал в работе реаниматологов. Однако на момент первичного оперативного вмешательства, как правило, отсутствует весь спектр необходимых инструментальных и лабораторных данных, что склоняет оперирующего хирурга к субъективной и оценке ситуации на основании качественных показателей. На наш взгляд, исходя из анализа литературных данных, наиболее употребимыми на первичном этапе являются интегральные полуколичественные шкалы, такие как индекс брюшной полости (ИБП) - Савельев В.С. с соавт. в сочетании с измерением внутрибрюшного давления (ВБД), также для прогнозирования вероятного летального исхода применим Мангеймский индекс перитонита (МИП).

В хирургической клинике ГБУЗ КО НГКБ №1 после анализа 64 историй болезни пациентов с распространенным гнойным перитонитом и выбора вышеозначенных индексов в качестве определяющих при выборе тактики хирургического лечения перитонита, нами предложен следующий алгоритм принятия решения при первой операции. Последовательность сбора и интерпретации данных 1) Определение ВБД после анестезии и релаксации пациента на операционном столе до выполнения лапаротомии/лапароскопии. 2) Расчет МИП, ИБП после выполнения основного этапа операции. 3) Выбор методики хирургического лечения (лапаростомия, программная релапаротомия, релапаротомия «по требованию») на основании полученных данных. 4) Измерение ВБД после ушивания лапаротомной раны либо формирования лапаростомы. 5) Оформление формализованного протокола операции при перитоните с интегрированными в него показателями МИП и ИБП. Каждый из используемых показателей: ИБП, МИП и ВБД разбивается на оценочные отрезки/оценочные баллы ИБП до 10 б. – 16, от 10 до 20 – 26, больше 20 – 3 б. МИП – до 30 – 0 б. более 30 – 16. ВБД – до 12 мм.рт.ст – 0 б. , от 12 до 20 мм.рт.ст. – 3 б.; более 20 мм.рт.ст. – 5 б. При складывании полученных оценочных баллов после окончания основного этапа операции рассчитывается общий балл и если количество баллов 7 и более – методом выбора является лапаростомия, при значениях 5-6 б. – метод выбора релапаротомия по программе, при значении менее 5 б. методом выбора является релапаротомия по требованию. Алгоритм не является директивной формой выбора тактики и при несогласии оперирующего хирурга делается соответствующая пометка в разделе «приложение» формализованного операционного протокола. В данном случае выбор тактики осуществляется оператором с соответствующей письменной аргументацией. Вывод: Применение оценочных индексов (ИБП, МИП) и мониторинг внутрибрюшного давления, начиная с момента первичного оперативного вмешательства помогает в выборе аргументированной тактики хирургического лечения перитонита.



1224. ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА С ПОЗИЦИЙ КОНЦЕПЦИИ «СЕПСИС 3» У БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Столин А.В., Нишневич Е.В., Прудков М.И.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Возрастающий удельный вес билиарной патологии в настоящее время привлекает все большее внимание хирургов. Гнойный холангит, рассматриваемый ранее как спутник механической желтухи, в настоящий момент приобретает статус самостоятельной проблемы. Связано это с высокой летальностью – 15–60% и с его ключевой ролью в развитии билиарного сепсиса. В настоящее время сепсис рассматривается не только как прогрессирующее системное воспаление, а в силу многогранности ответа – как жизнеугрожаемое нарушение регуляции реакции макроорганизма на инфекцию с остро возникшей органной дисфункцией, отражающей повреждение собственных тканей. Для выявления пациентов с подозрением на сепсис и возникшую угрозу жизни вне отделений реанимации и интенсивной терапии рекомендуют использовать шкалу Quick SOFA. Потенциальная польза от внедрения в практику новых критериев заключается в обосновании выбора места оказания помощи в стационаре в соответствии с риском развития неблагоприятного исхода и проведении целенаправленного мониторинга. Цель работы – ретроспективно оценить эффективность шкалы qSOFA в диагностике билиарного сепсиса у больных с обтурационным гнойным холангитом. Материалы и методы На клинических базах кафедры Хирургии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки Уральского государственного медицинского университета с 1995 по 2006гг. методами малоинвазивной хирургии оперировано 3497 пациентов по поводу острого калькулезного холецистита и других осложнений желчнокаменной болезни. В настоящее исследование включены, 136 больных острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом, обтурационным гнойным холангитом, что составляет 3,9% от общего числа больных оперированных с ургентными осложнениями калькулезного холецистита. Принципиальное отличие шкалы qSOFA в том, что во внимание принимаются три простых и быстро оцениваемых клинических признака без ожидания получения лабораторных параметров: частота дыхания больше или равная 22, изменения ментального статуса и систолическое артериальное давление меньше или равное 100 мм. рт. ст. Результаты На основа-

нии критериев ACCP/SCCM обоснованное подозрение на сепсис имелось у 100 (73,5%) пациентов. По шкале qSOFA, примененной к этой же группе больных, сепсис можно было заподозрить у 119 (87,5%) человек. Разница в 19 (13,9%) больных, однако, разница статистически не достоверна $\chi^2 0,27$. Результаты оценки тяжести и угрозы неблагоприятного исхода лечения этой группы пациентов по различным интегральным шкалам существенно отличалась от значений, характерных для благоприятного течения заболевания. Известно, что гнойный холангит значительно отягощает течение механической желтухи, обуславливая быстрое развитие билиарного сепсиса. Использование для диагностики жизнеугрожаемого нарушения регуляции ответа на инфекцию различных шкал способствует проведению ранних диагностических мероприятий и объективизации оценки тяжести состояния больных. По шкале qSOFA значение в 2 балла отражает появление как минимум 10% риска смерти в сравнении с индексом в 1 балл, что соответствует определению «жизнеугрожаемая инфекция». Полученные данные свидетельствуют о нарастании риска неблагоприятного исхода при гнойном холангите по мере прогрессирования дисрегуляция. Это означает, что консервативное лечение подобных больных недостаточно эффективно, а показания к экстренному оперативному лечению становятся абсолютными.

1225. ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В ХМАО-ЮГРЕ

*Добровольский А.А., Кислицин Д.П.,
Скоробогатов М.М., Курбангулов И.Р.,
Пьянкина О.В., Бородин А.В., Хохрев Д.И.,
Собянин К.Ю., Франц В.В., Еломенко М.С.,
Бирст Д.В., Угорелова Е.А., Хадиева Е.Д.*

Ханты-Мансийск

Окружная клиническая больница

Трансплантация почки общепризнана как наиболее эффективный метод заместительной почечной терапии (ЗПТ), дающий возможность повысить качество жизни и обеспечивающий лучшую социальную адаптацию. Обеспеченность ЗПТ в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО-Югре) составляет 333/млн. жителей. В настоящее время все пациенты с терминальной ХПН (514 человек) обеспечены диализной терапией. С целью повышения доступности медицинской помощи методом трансплантации органов взрослому населению приказом Департамента здравоохранения



ранения ХМАО-Югры от 10.12.2014 г. № 1251 был утвержден план мероприятий («дорожная карта») по внедрению и развитию метода трансплантации органов в ХМАО-Югре на 2014-2020 годы. В ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России (ФНЦТИО) в 2014-2016 гг. прошли обучение по различным аспектам трансплантации и донорства органов 18 врачей БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» (ОКБ). В сентябре 2015 г. специалистами ФНЦТИО в ОКБ был проведен цикл повышения квалификации «Основы трансплантологии и органного донорства» для врачей ХМАО-Югры. В ноябре 2015 года в ОКБ открыто новое хирургическое отделение по координации донорства органов человека. Сформирован лист ожидания трансплантации почки, в котором в настоящее время состоит 44 пациента. В ОКБ обследовано 10 родственных пар для пересадки почки. В декабре 2015г., при участии специалистов ФНЦТИО, были выполнены первые две родственные трансплантации почки. Родственными парами стали мама с дочерью и две родные сестры. Нефрэктомии в обоих случаях выполнены лапароскопически при мануальной ассистенции. В течение 2016 года самостоятельно выполнено 5 родственных трансплантаций почек, в четырех случаях использовали лапароскопически-ассистированную донорскую нефрэктомия. Трансплантации почки произведены по стандартной методике. Иммуносупрессия включала индукцию препаратом Симулект и трехкомпонентную терапию (метилпреднизолон, такролимус, микофеноловую кислоту). Во всех случаях отмечена первичная функция трансплантатов. Нормализация азотистых шлаков отмечалась на вторые-третьи сутки после трансплантации. Хирургических осложнений у доноров и реципиентов не было. Средняя длительность пребывания в стационаре у доноров составила 7,8 суток, у реципиентов - 28 суток. При сроке наблюдения от трех до 15 месяцев отмечается удовлетворительная функция трансплантатов, показатели азотистых шлаков в норме. У доноров наблюдается нормальная функция почки. В настоящее время в ОКБ продолжается работа по обследованию и подготовке родственных пар на пересадку почки, а также дальнейшее формирование листа ожидания трансплантации почки. Специалистами ОКБ проводится работа по организации посмертного донорства органов в донорских стационарах ХМАО-Югры.

1226. АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ: ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ

*Щеголев А.А.(1), Ларин А.А.(1), Ланвен Л.А.(1),
Коган М.А.(2), Козут О.Б. (1), Рахимова Д.М.(1)*

Москва

1 ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н. И. Пирогова
2 ГБУЗ им. Ф.И.Иноземцева ДЗМ

Актуальность: Ежегодный прирост числа пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии в РФ составляет 10.5%. У всех пациентов данной группы развиваются изменения костного гомеостаза, вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ). Прогрессирование этого процесса ведет к необходимости хирургического вмешательства – тотальной паратиреоидэктомии с аутооттрансплантацией фрагмента околощитовидной железы (ОЩЖ) в предплечье или без аутооттрансплантации. Однако не существует сравнительной характеристики отдаленных результатов состояния фосфорно-кальциевого обмена у пациентов, перенесших данные хирургические вмешательства и оценки степени функционирования аутооттрансплантата ОЩЖ. Материалы и методы: В исследование включено 87 пациентов, перенесших тотальную паратиреоидэктомию в связи с ВГПТ на фоне ХБП 5 стадии. К I группе отнесены 63 пациента (72.4%), которым выполнена тотальная паратиреоидэктомия с аутооттрансплантацией фрагмента ОЩЖ, ко II группе - 24 пациента (27.6%) без аутооттрансплантации. Пациенты I и II групп до операции достоверно не отличались по возрасту и показателями кальциево-фосфорного обмена. В раннем и отдаленном послеоперационных периодах пациентам: определяли динамику уровня кальция, фосфора, щелочной фосфатазы. С целью оценки функции аутооттрансплантата выполнялись: ультразвуковое дуплексное сканирование с цифровым доплеровским картированием зоны аутооттрансплантации ОЩЖ, сцинтиграфия зоны аутооттрансплантации, одновременный забор крови для определения уровня ПТГ с предплечья с аутооттрансплантатом, проксимальнее зоны аутооттрансплантации и с контралатеральной конечности. Полученные результаты и обсуждение: В I группе у 37 пациентов (58.7%) выявлена достоверная разница в уровне ПТГ на предплечье с аутооттрансплантатом и контралатеральном, что оценивалось как функционирующий аутооттрансплантат ОЩЖ. У всех пациентов II группы разница уровня ПТГ при заборе крови с обеих конечностей отсутствовала. У пациентов I



группы отмечался максимально близкий к рекомендуемым NKF-K/DOQI значениям уровень Са и ПТГ в отдаленные сроки послеоперационного периода, отсутствовала тенденция к гипокальциемии, уровень Са крови легче поддавался медикаментозной коррекции. Лишь у 8 пациентов (12.7 %) данной группы предъявляли жалобы на клинические проявления гипокальциемии. У 5 пациентов (7.94%) выявлен рецидив ВГПТ, связанный с гиперфункцией аутоотрансплантата. Четырём больным (6.35%) выполнено повторное хирургическое вмешательство: удаление аутоотрансплантата. Осложнений не выявлено ни у одного пациента. Во II группе в отдаленные сроки послеоперационного периода уровень Са у 18 пациентов (75%) был ниже значений рекомендуемой NKF-K/DOQI, сложнее поддавался медикаментозной коррекции. Уровень ПТГ у 19 пациентов (79.1%) находился ниже диапазона рекомендуемых значений 150-300 пг/мл. У 18 пациентов (75%) в послеоперационном периоде присутствовали жалобы на клинические проявления гипокальциемии. Выводы: • У больных, перенесших тотальную паратиреоидэктомию с аутоотрансплантацией фрагмента ОЩЖ в мышцы предплечья в отдаленные сроки наблюдения уровень ПТГ и Са крови находился ближе к целевым значениям, по сравнению с пациентами, перенесшими тотальную паратиреоидэктомию без аутоотрансплантации. • Функцию аутоотрансплантата, следует оценивать производя одновременный забор крови для определения уровня ПТГ на конечности с аутоотрансплантатом и контралатеральной. • Гиперфункция аутоотрансплантата приводящая к рецидиву ВГПТ, развивается менее чем у 10 % пациентов. Практические рекомендации: • Проведение тотальной паратиреоидэктомии должно сопровождаться аутоотрансплантацией фрагмента ОЩЖ на переднюю поверхность предплечья.

1227. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТКРЫТЫХ СЕПАРАЦИОННЫХ ГЕРНИОПЛАСТИК В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Барадулин А.А.

Тюмень

ГБУЗ ТО ОКБ №1

Актуальность. Послеоперационные грыжи остаются одной из сложных проблем хирургии. Многочисленные способы пластик и постоянный поиск новых решений показывает актуальность этого раздела герниологии. Сегодня, не подвергается

сомнению постулат, о том, что натяжные методы пластик не могут решить проблемы восстановления структур передней брюшной стенки, возникающие после лапаротомии. Неудовлетворительные результаты обусловил поиск новых методов лечения. Внедрение и положительный опыт применения аллотрансплантатов в герниологии, совершил переворот в подходах лечения грыж передней брюшной стенки. Материал и методы. В отделении гнойной хирургии ГБУЗ ТО ОКБ №1 основным способом коррекции послеоперационных грыж являлась onlay – технология аллотрансплантатов. Основным недостатком являлось частое формирование сером (до 18,4%). В 2016 году внедрен метод сепарационной герниопластики послеоперационных грыж. За 5 месяцев выполнено 16 открытых сепарационных герниопластик. Анализируя анамнез заболеваний отмечено, что послеоперационные вентральные грыжи развились после перенесенных операций, при которых выполняли верхнесрединные и срединные лапаротомии, по поводу хирургической патологии органов брюшной полости. Возникновение послеоперационных вентральных грыж отмечено в срок от 1 месяца до 6 лет после операции. Так же следует отметить, что в большинстве случаев имело место применение больших байтов при ушивании лапаротомной раны. Диастаз между инкапсулированными отдельными узловыми лигатурами (лавсан) составлял более 1,5 см. В исследуемой группе было 20% мужчин (n=2), 80% женщин (n=14). Средний возраст составил 61,3 год. Локализация грыж (по классификации EHS 2009) - M2, M3 была 13 случаев (81,25%), M3, M4 - 3 пациентов (18,75%). Ширина дефектов W2 – в 6 случаях (37,5%), W3 в 10 случаях (62,5%). 6 пациентам был выполнен вариант пластики sublay retromuscular по технике Ramirez. 9 пациентам использован способ задней сепарации по Y.W. Novitsky. В 1 случае, у мужчины 53 лет, после перенесённого панкреонекроза, оментобуростомии, сформировалась послеоперационная вентральная грыжа M2, W3 (19 см). После выполнения мобилизации компонентов брюшной стенки, сепарации ретромускулярного пространства, сохранялось высокое внутрибрюшное давление 22 мм.рт.ст. Поэтому пациенту выполнена пластика по методике «моста» с интраперитонеальным расположением имплантата. Все пациентам итраоперационно проводилась антибиотикопрофилактика. Осуществлялось дренирование позадимышечного и подкожного пространства. В послеоперационном периоде проводилась стандартная профилактика ТЭЛА, адекватная анальгезия. Дренажи удалялись на 3-5 сутки. Полученные результаты. Случаев инфекционных осложнений не отмечено. В 1 случае (6,25%) отмечено формирование серомы, которая была пунктирована под



контролем УЗИ. Средний койко-день составил 8,06 суток. 9 пациентов осмотрены через 3 месяца послеоперационного вмешательства. При осмотре грыжевых дефектов не отмечено. Все пациенты отметили отсутствие болевых ощущений при движениях. Выводы и рекомендации. Восстановление нормальной анатомии мышечно-фасциальных структур передней брюшной стенки, путем выполнения сепарационных герниопластик, позволяет безопасно и эффективно решать проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж. Данные методы должны быть в современном арсенале хирургических отделений занимающихся лечением пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

1228. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИПАП-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Яценко А.В., Смирнов И.Д., Фоминых Е.М.

Москва

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

Варикозное расширение вен встречается у 25-33% женщин и 10-20% мужчин. Патогенез этого заболевания многогранен и сочетается с другими распространенными патологическими состояниями. Одним из состояний, утяжеляющих состояние больного, является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Для пациентов с СОАС характерна периодически наступающая остановка дыхания во сне в сочетании с выраженной дневной сонливостью. Диагностика и лечение СОАС у хирургических пациентов может позволить улучшить результаты лечения пациентов с варикозным расширением вен и сократить сроки лечения основного заболевания, однако изучение подобных взаимосвязей в доступных источниках нами не обнаружено. Материал и методы. При обследовании 126 пациентов (102 пациента мужского пола и 24 женщин) с варикозным расширением вен и повышением питанием целенаправленно проводилась выявление СОАС. Сочетание лимфовенозной недостаточности, повышения индекса массы тела и СОАС было выявлено у 98 больных (87 мужчин и 11 женщин). СОАС устанавливался на основании жалоб, клинических данных и респираторного мониторинга (аппарат Somnocheck mini). Изучались две группы пациентов по 12 человек в каждой с явлениями лимфовенозной недо-

статочности нижних конечностей (стадия по CEAP 3 и более), имеющими СОАС тяжелой степени. В каждой группе было по 6 пациентов с трофическими язвами размерами до 5 см². Всем пациентам проводилась стандартная консервативная терапия в соответствии со стандартами лечения. Пациенты первой группы получали СИПАП-терапию аппаратом SOMNObalance длительностью от 5 дней в стационаре с последующим продолжением в течение 2 недель в домашних условиях. Пациенты второй группы были выбраны по принципу сопоставимости с пациентами первой группы (по полу, возрасту, степени лимфо-венозной недостаточности и СОАС, наличию и степени компенсации сопутствующих заболеваний, значимых для данного исследования). Все пациенты получали одинаковое лечение, за исключением СИПАП-терапии. Результаты. У пациентов первой группы отмечено снижение болевых ощущений, ликвидацию отеков и других признаков нарушения микроциркуляции нижних конечностей почти в 2 раза быстрее, чем у пациентов второй группы. В первой группе у 6 пациентов, имевших трофические язвы, раны были полностью эпителизированы в течение 2 недель лечения. Из 6 пациентов второй группы полной эпителизации язв в те же сроки удалось добиться только в 3 случаях, частичной – в 2, без изменения площади раны остались у 1 пациента. Обсуждение. Наличие СОАС значительно ухудшает течение варикозной болезни нижних конечностей и приводит к развитию серьезных осложнений. Своевременная диагностика и лечение СОАС у пациентов с лимфо-венозной недостаточностью и ожирением позволяют существенно уменьшить сроки лечения. Выводы и рекомендации. В схемы ведения больных с трофическими изменениями и ожирением целесообразно включать методы диагностики СОАС. Консервативное лечение, дополненное СИПАП-терапией, позволяет получить лучшие результаты у этих пациентов.



1229. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ

Зубрицкий В.Ф. (1), Кривошапов П.Г. (2), Низовой А.В. (1), Фоминых Е.М. (2)

Москва

1. Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП», кафедра хирургии, 2. Филиал №1 (7 Центральный военный клинический авиационный госпиталь) ГВКГ имени академика Н.Н. Бурденко

Послеоперационные гнойно-септические осложнения остаются важной медицинской проблемой, что во многом связано с широким распространением в стационарах полиантибиотикорезистентных бактерий, а также относительным увеличением доли пациентов с иммуносупрессивными состояниями. С целью профилактики и лечения гнойных осложнений разработаны комбинированные препараты фагов, направленные на уничтожение подобных возбудителей инфекций. Ранее, с целью профилактики инфекций мягких тканей после хирургических вмешательств, данный препарат не использовался, однако был с успехом применён при лечении ряда гнойно-септических заболеваний. На предыдущем этапе исследований были обследованы пациенты с развившимися гнойно-септическими осложнениями послеоперационного периода – выявлено, что почти у 70% всех пациентов в дооперационном периоде тесты выявляли снижение числа или функциональную недостаточность лимфоцитов или их фракций. Среди препаратов, используемых для коррекции таких нарушений иммунитета, особо выделяется дрожжевой, рекомбинантный, идентичный человеческому интерлейкин-2 («Ронколейкин» произведенный ООО «Биотех»). В отличие от других препаратов, корректирующих недостаточность лимфоцитов - иммуномодулирующее действие развивается уже в течение первых суток после введения. В данном исследовании оценивалась эффективность бактериофагов и иммуномодулирующей терапии для предупреждения инфекционных осложнений в послеоперационном периоде у больных с ампутациями нижних конечностей на уровне бедра. Обследовано 90 пациентов, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей или диабетической ангио-нейропатией с декомпенсированной ишемией дистальных отделов конечностей. Больные были распределены на три группы по 30 больных (контрольная и две основные). Всем больным про-

водилась предоперационная антибиотикопрофилактика цефазолином в дозе 2.0 грамма внутримышечно за 30-40 минут до операции. В основных группах, с целью профилактики нозокомиальной инфекции пациенты принимали внутрь по 20 мл «Бактериофаг Пио поливалентный» (производство ОАО «Микроген») дважды: за 30-40 минут до операции и на 5 сутки после неё. Больным второй основной группы кроме бактериофага, за 30-40 мин до операции, а также на 3 и 5 сутки после операции вводили 50000 ЕД «Ронколейкина» (рекомбинантного человеческого интерлейкина-2). При развитии инфекционного воспаления в послеоперационном периоде проводили бактериологическое исследование раневого отделяемого. Посев брали в стерильных условиях, стерильным ватным тампоном в пробирку с мясопептонным агаром. Установлено, что у 10% больных (3 пациента) контрольной группы в ране развилось воспаление с образованием гноя. Во всех посевах при этом был обнаружен золотистый стафилококк в количестве от 10⁵ до 10⁷ в 1 грамме ткани, который был резистентен к метициллину, цефазолину и чувствителен к ванкомицину. В первой основной группе у одного больного развилось нагноение в области операционной раны, в посевах раневого отделяемого которого выявлена ассоциация *Escherichia coli* в количестве 10⁶ в 1 грамме ткани с резистентностью к ампициллину, линкомицину, цефазолину, ципрофлоксацину и с чувствительностью к амикацину, цефепиму, ванкомицину, цефотаксиму, цефоперазону. При одновременном использовании антибиотика, бактериофагов и ронколейкина случаев гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было. Таким образом, инфекционных осложнений послеоперационного периода в группе, где дополнительно к антибиотикам применялись бактериофаги и использовалась иммуноориентированная терапия не было отмечено вовсе.

1230. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КТ-ФИСТУЛОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Куделич О.А., Протасевич А.И.

Минск

УО "Белорусский государственный медицинский университет", 1-я кафедра хирургических болезней

Введение Течение острого панкреатита у паци-



ентов, перенесших малоинвазивные пунктирно-дренирующие вмешательства, имеет свои особенности. Секвестрация и гнойные осложнения у таких пациентов протекают атипично, и в настоящее время нет надежных критериев, позволяющих рано диагностировать наличие секвестров и своевременно устранить этот источник интоксикации. Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения пациентов с острым некротизирующим панкреатитом. Материалы и методы Исследование основывается на опыте диагностики и лечения 161 пациента с острым некротизирующим панкреатитом за период с 2008 по 2016 годы в 10 ГКБ г. Минска, в ходе оказания помощи которым использовались малоинвазивные хирургические вмешательства. Результаты и обсуждение Согласно полученным данным в большинстве наблюдений (120 пациентов) применение малоинвазивных вмешательств в ферментативной фазе (ранняя стадия) острого деструктивного панкреатита позволило существенно снизить эндогенную интоксикацию и в 74,5% случаев в сочетании с комплексной консервативной терапией купировать патологический процесс. Однако, у 25,5% пациентов на поздней стадии все же развились такие осложнения, которые потребовали открытых и даже повторных оперативных вмешательств. Показаниями к традиционной открытой операции были инфицированный панкреонекроз, флегмона забрюшинного пространства, внутрибрюшное кровотечение, неэффективность малоинвазивных методик (по данным КТ-фистулографии). Задача, на решение которой было направлено наше исследование, заключалась в поиске способа более достоверного и раннего выявления секвестрации при остром деструктивном панкреатите у пациентов, перенесших дренирующие вмешательства на ранней стадии заболевания. Решение поставленной задачи достигнуто тем, что был предложен метод более точной диагностики гнойных осложнений (секвестрации) у пациентов после дренирующих вмешательств, включающий выполнение компьютерной томографии с болюсным внутривенным введением рентгеноконтрастных средств (РКТ) и одномоментной КТ-фистулографии через ранее установленный дренаж. Показаниями к его проведению было появление гнойного отделяемого из дренажной трубки, сохранение или усиление признаков интоксикации, а также необходимость контроля за состоянием дренированной полости. Для определения валидности диагностических методов был произведен расчет чувствительности и специфичности. Чувствительность метода КТ-фистулографии составила: 85,7 %, а чувствительность метода КТ органов брюшной полости с болюсным усилением – 57,1 %. Пациенты, у которых не было выявлено секвестров (специфичность), были точ-

но идентифицированы обеими исследуемыми методами в 100%. Для выбора оптимального диагностического метода проведено построение и анализ ROC кривых, которые показывают зависимость количества верно диагностированных положительных случаев от количества неверно диагностированных отрицательных случаев. Количественную оценку характеристической кривой проводили, рассчитывая площадь (AUC) под ней. Согласно полученным данным, площадь под ROC-кривой для метода КТ-фистулографии наибольшая (0,929) и близка к 1, что свидетельствует о высоком качестве разработанного метода КТ-фистулографии ($p=0,015$). Площадь под ROC-кривой для метода КТ органов брюшной полости с болюсным усилением равна 0,786 ($p=0,136$), что показывает менее высокое качество данного метода. Выводы При гнойно-воспалительных осложнениях крупноочагового панкреонекроза предложенная КТ-фистулография через дренаж, установленный после малоинвазивных вмешательств позволяет достоверно выявить наличие секвестров, их размеры и топографию, что дает возможность установить показания и составить рациональный план открытого хирургического вмешательства.

1231. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Куделич О.А., Протасевич А.И.

Минск

УО "Белорусский государственный медицинский университет", 1-я кафедра хирургических болезней

Введение. Лечение острого панкреатита (ОП) остается сложной и трудоемкой проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Многообразие особенностей течения острого панкреатита затрудняют выбор лечебной тактики. В последние годы в отечественной и иностранной литературе широко обсуждаются возможности применения различных малоинвазивных методов при лечении острого некротизирующего панкреатита и его осложнений как одного из путей улучшения достигаемых при этом результатов. Однако оценка эффективности терапии неоднозначна.

Цель исследования: оценить эффективность малоинвазивных хирургических вмешательств под УЗ-контролем в комплексном лечении больных острым некротизирующим панкреатитом. Мате-



риалы и методы Проведен анализ результатов лечения 161 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом за период с 2008 по 2016 годы в УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска, в ходе лечения которых применялись малоинвазивные хирургические вмешательства под УЗ-контролем. Всего выполнено 1177 малоинвазивная методика. Средний возраст больных составил 45 лет. Мужчин было в 3 раза больше, чем женщин. Диагноз острого панкреатита тяжелого течения подтвержден динамическими клинико-лабораторными исследованиями, данными ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Пациенты с признаками тяжелого острого панкреатита согласно критериям Glasgow-Imrie и/или баллам Balthazar, а также пациенты с полиорганной недостаточностью (ПОН) госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации. Комплексная консервативная терапия у всех пациентов соответствовала современным национальным и международным клиническим рекомендациям по лечению ОП и включала в себя: патогенетическую фармакотерапию; мультимодальное обезболивание; антибактериальную терапию при обоснованном подозрении на инфицирование; интенсивную инфузионную терапию; нутритивную поддержку; экстракорпоральные методы детоксикации. Показаниями для выполнения малоинвазивных вмешательства считали: выпот в свободной брюшной полости при УЗ исследовании и клинические признаки; наличие жидкостных скоплений и обоснованное клиническое предположение об инфицированном панкреонекрозе, а также отсутствие эффекта от интенсивной терапии; билиарную гипертензию. Результаты и обсуждения Миниинвазивное лечение оказалось неэффективным и потребовало дополнительной некрсеквестрэктомии открытым доступом в 41 (25,5%) случаях. Количество повторных операций у этих больных было от 2 до 5. Показаниями к традиционной открытой операции были инфицированный панкреонекроз, флегмона забрюшинного пространства, внутрибрюшное кровотечение, неэффективность малоинвазивных методик (наличие крупных секвестров по данным КТ-фистулографии), осложнения пункционного дренирования. Осложнения непосредственно первичного чрескожного дренирования отмечены в 23 (14,3%) случаях. У трех пациентов развилось кровотечение (все пациенты экстренно оперированы – два летальных исхода в раннем послеоперационном периоде от инфаркта миокарда и дыхательной недостаточности). В 10 случаях дренажи были установлены через желудок (6) и поперечно-ободочную кишку (4) – оперированы три пациента старческого возраста (летальные исходы в позднем послеоперационном периоде от острой

сердечно-сосудистой и полиорганной недостаточности). Выпадение или смещение дренажа, потребовавшее повторного дренирования, отмечено в десяти случаях. Общая послеоперационная летальность составила 8,7% (14 пациентов). Выводы 1. Согласно полученным данным в большинстве наблюдений (74,5% – 120 пациентов) применение малоинвазивных вмешательств в сочетании с комплексной консервативной терапией при ОП позволило купировать патологический процесс. 2. В 25,5 % случаев дополнительно потребовалось открытое лечение. Использование малоинвазивных технологий в комплексе с консервативной терапией у данной категории пациентов позволило усилить эффект детоксикации, стабилизировать состояние больных и выполнить открытые операции в более благоприятных условиях.

1232. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Тотиков В.З., Тобоев Д.В., Тотиков З.В.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования: анализ ближайших и отдаленных результатов миниинвазивных методов хирургического лечения больных неосложненным холедохолитиазом, в сочетании с хроническим калькулезным холециститом. Материал и методы. Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения между тремя группами больных неосложненным холедохолитиазом в сочетании с хроническим холециститом. В 1 группу были включены 346 (50,6%) больных, которые оперированы с помощью набора «Миниассистент». Во 2 группу вошли 148 (21,7%) больных, которым выполнены лапароскопические холецистэктомии, холедохолитотомия. В 3 группу были включены 189 (27,7%) больных, которым на первом этапе выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), а на втором- производили лапароскопическую холецистэктомия. В первых двух группах дренирование завершалась по Керу или Холстеду. В раннем послеоперационном периоде результаты лечения отслежены у всех 683(100%) больных, до одного года у 482(70,6%) больных. От одного года до пяти лет прослежено 399 (58,4%) больных. Более пяти лет – 252 (36,8%) больных. Результаты. В 1 группе на 21 сутки после удаления дренажа Кера у 4



(1,2%) больных диагностировано желчеистечение в брюшную полость и у 9 (2,6%) пациентов - нагноение операционной раны. Еще у 7 (2,02%) больных развился отечный панкреатит. В сроки от 5 до 15 лет у 4 (1,2%) больных выявлен холедохолитиаз. У 2 (0,6%) больных через 19 и 27 месяцев выявлены грыжи в области операционных ран. Других осложнений, в том числе стриктур, не выявлено. Во 2 группе из-за интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков у 2 (1,6%) больных осуществлен переход на лапаротомию. Еще у 2 (1,3%) пациентов переход на минилапаротомию выполнен из-за сложностях лапароскопической литоэкстракции. У 3 (2,03%) больных после удаление дренажа Кера отмечено желчеистечение, еще у 1 (0,7%) больного через 8 месяцев развилась неполная ограниченная стриктура холедоха. В 3 группе после выполнения ЭПСТ у 10 (6,3%) больных развился отечный панкреатит, еще у 3 (1,6%) больных диагностирован панкреонекроз, в одном случае завершившийся летальным исходом. У 3 (1,6%) пациентов отмечено кровотечение из расщепленной папиллы. Кроме того у 11 (5,8%) больных выполнить ЭПСТ не удалось из-за больших размеров конкрементов. Еще у 3 (1,6%) пациентов попытка ЭПСТ оказалась неэффективной из-за парапапиллярного дивертикула. На этапе выполнения лапароскопической холецистэктомии осложнений не зарегистрировано. В отдаленном периоде у 10 (5,3%) больных выявлен рефлюкс-холангит, и у 4 (2,1%) больных стеноз БДС. Резидуальный холедохолитиаз отмечен в 2 (1,05%) случаях. При сравнении результатов лечения больных холедохолитиазом в сочетании с хроническим калькулезным холециститом, выявлено, что наибольшее количество осложнений отмечено в третьей группе (17,9±2,31%). Количество осложнений во второй группе (5,41±1,03%) оказалось несколько меньше, чем в первой (7,52±1,22%), однако это отличие не является статистически достоверным. Заключение. Анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения показал, что лучшие результаты отмечены у больных, которым выполнено одноэтапное оперативное лечение без вмешательств на БСДПК. Лапароскопическая холедохолитотомия при наличии достаточного опыта является не менее эффективным методом разрешения холедохолитиаза по сравнению с другими существующими методиками. Эндоскопические ретроградные вмешательства у больных холедохолитиазом в сочетании с калькулезным холециститом без желтухи более эффективны при стенозе БСДПК, наличии вколоченных конкрементов БСДПК, а также у больных, которые по каким-либо причинам не могут быть кандидатами для общей анестезии.

1233. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З.

Владикавказ

СОГМА

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой толстокишечной непроходимостью, путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 442 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, госпитализированных в хирургические отделения Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владикавказа в экстренном порядке. В течение первых 24 часов поступило 83 (18,7%) больных, остальные после 24 часов, в том числе 33,1% пациентов через 4 и более суток. Средний возраст больных составил 67,4±4,8 лет. Всем поступившим больным помимо общеклинических методов исследования, производили обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, пальцевое исследование прямой кишки, колоноскопию (ректороманоскопию) или ирригографию. Перед радикальным этапом всем больным выполнялось УЗИ органов брюшной полости, у 248 больных выполнена компьютерная томография. По клиническому течению острой обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии. На основе особенностей клинического течения острого нарушения проходимости у больных раком толстой кишки и предложенной классификации был разработана и использована у всех 442 больных специальная лечебно-диагностическая программа. Результаты. Всем 136 (30,8%) больным с 1 стадией ОТКН в отсроченном порядке выполнены одноэтапные радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства. При 2-3 стадиях эндоскопическая реканализация предпринята у 86 больных и оказалась она успешной у 39 (45,3%) пациентов и им так же как при первой стадии в течение 7-10 дней выполнены одноэтапные операции. Остальные 319 больных оперированы в течение 24 часов при 2 стадии, и в течение 12 часов при 3 стадии. В том числе 172 больным наложены двустольные трансверзо –или илеостомы, у 6 пациентам одностольные сигмостомы, у 17 больных двустольные постоянные колостомы над



опухолью, 22 пациентам выполнены первичные правосторонние гемиколэктомии с анастомозом или со стомами. Из 47 (10,7%) больных с 4 стадией у 9 выполнены лапаротомии с наложением двухствольных колостом, у 38 больных резекции со стомами. На втором этапе у 161 больного с двухствольными илео-или трансверзостомами выполнены радикальные операции с наложением анастомозов. У 5 больных правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стом. У 11 больных выполнены экстирпации прямой кишки. И 41 больному после операции Гартмана, Микулича или Лахей - восстановительные операции через 2-3 месяца. 3 этап - закрытие проксимальных стом выполнен у 160 больных, через 2-3 недели у больных с илеостомами, через 2-3 месяца у больных с трансверзостомами. Перед радикальным этапом у 25 пациентам проведена лучевая или химиолучевая терапия, у 115 интраоперационная внутрибрюшная или внутритазовая химиотерапия. Системная послеоперационная химиотерапия после радикального этапа была проведена 352 больным. В связи с чем, сроки восстановительного 3 этапа зависели от окончания химиотерапии. На всех этапах умерло 22 (5,0%) больных, осложнения выявлены у 80 (18,1%) больных. Заключение. Предложенная классификация и лечебно-диагностический алгоритм позволяют снизить количество летальных исходов и осложнений, создать так же как и в плановой хирургии условия для проведения радикальных и циторедуктивных оперативных вмешательств и проведения комплексных методов лечения и избежать тяжелых восстановительных этапов.

1234. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

*Гурьянов А.А., Пантюшин А.А., Варварин М.В.,
Климов А.Г., Котляр Е.В., Андрусов А.А.*

Барнаул

Негосударственное учреждение
здравоохранения "Отделенческая клиническая
больница на станции Барнаул открытого
акционерного общества "Российские железные
дороги"

Актуальность. В России более 60% взрослого населения имеет избыточный вес, около 26% - страдают ожирением, а 3% - морбидным ожирением, с которым сопряжена высокая вероятность развития соматической патологии, на 20% увеличивающей риск развития ранней смертности. Консервативные методы лечения часто не обеспе-

чивают должный и продолжительный эффект, что обуславливает актуальность хирургических методов лечения ожирения. Материалы и методы. В клинике факультетской и госпитальной хирургии АГМУ на базе НУЗ ОКБ на ст. Барнаул оперировано 33 пациента, страдающих морбидным ожирением. Среди оперированных больных было 22 женщины и 11 мужчин. Средний возраст составил $30,7 \pm 2,8$ лет, индекс массы тела - $46,3 \pm 1,5$ кг/м². Максимальный показатель ИМТ в течение жизни достигал $48,3 \pm 1,4$ кг/м², а избыток веса - $70,7 \pm 4,6$ кг. В структуре сопутствующей патологии превалировала гипертоническая болезнь (60,6%) с хронической сердечной недостаточностью (18,2%), деформирующий остеоартроз коленных и тазобедренных суставов (30,3%). 2 тип сахарного диабета был выявлен у 15,1%, синдром обструктивного апноэ во сне у 9,1% больных. У всех пациентов наблюдались стеатогепатит, явления социальной и психологической дезадаптации. 14 больным произведено билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) из традиционного лапаротомного доступа, 19 – видеолапароскопическая рукавная резекция желудка. Было установлено, что для проведения операции билиопанкреатического шунтирования в среднем требовалось $308,2 \pm 17,4$ мин., что было на 191 мин. больше времени, затраченного на выполнение видеолапароскопической рукавной резекции желудка ($117,9 \pm 7,7$ мин.). После БПШ продолжительность лечения в отделении интенсивной терапии была на 1 сутки больше, чем после видеолапароскопической резекции желудка ($3,4 \pm 0,2$ сут. и $2,4 \pm 0,3$ сут.), энтеральное питание начинали на 1 сутки позже ($3,9 \pm 0,2$ сут. и $2,9 \pm 0,2$ сут.), а общая продолжительность стационарного лечения различалась почти на 7 дней ($19 \pm 2,3$ сут. и $12,6 \pm 1,6$ сут.). У одного пациента после БПШ произошло нагноение операционной раны с обширным некрозом кожи и подкожной жировой клетчатки, в одном наблюдении после видеолапароскопической рукавной резекции желудка возникла острая перфоративная язва задней стенки кардиального отдела культи желудка. При оценке отдаленных результатов билиопанкреатического шунтирования и видеолапароскопической рукавной резекции желудка не установлено достоверных отличий в динамике снижения веса. Через 6 мес. после шунтирующей операции снижение массы тела составило $20 \pm 1,4$ кг, тогда как после резекции желудка – $19,2 \pm 1,8$ кг; через 12 мес. после операции эти показатели соответствовали $16,7 \pm 2,3$ кг и $16,8 \pm 1,3$ кг, а через 24 мес. – $12,1 \pm 1$ кг и $10 \pm 1,3$ кг. В среднем потеря избыточной массы тела через 1 год после билиопанкреатического шунтирования составила $55,54 \pm 4,8\%$, тогда как после видеолапароскопической рукавной резекции желудка – $64,8 \pm 9,6\%$, через 2 года после хирургического вмешательства



– $74,9 \pm 6,7\%$ и $70,2 \pm 7,1\%$. В отдаленном периоде после БПШ одной пациентке восстановлен пассаж пищи по тонкой кишке в связи с прогрессирующим синдромом мальабсорбции, полиорганной дисфункцией. Одному больному периодически проводятся восстановительные гемотрансфузии по поводу рецидивирующей анемии тяжелой степени, остальным пациентам осуществляется курсовая коррекция дефицитных состояний амбулаторно. В одном наблюдении после видеолапароскопической рукавной резекции желудка произведено видеолапароскопическое бандажирование желудка в связи с увеличением массы тела. Вывод. Таким образом, видеолапароскопическая рукавная резекция желудка обеспечивает эффект снижения массы тела, сопоставимый с эффектом билиопанкреатического шунтирования, сопровождается минимальным числом осложнений и не вызывает выраженных расстройств гомеостаза, присущих шунтирующим хирургическим вмешательствам.

1235. КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ЛЕВОСТОРОННЮЮ ТОРАКОТОМИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шнейдер Ю.А., Коциенко А.С., Цой В.Г., Шиленко П.А., Черкес А.Н., Худеньких Е.Е.

Калининград

Федеральное государственное бюджетное учреждение “Федеральный центр высоких медицинских технологий” Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: представить свой опыт коронарного шунтирования (КШ) через левостороннюю торакотомию. Методы: в период с 09.2012 по 01.2017, в нашем центре пролечен 341 пациент с ИБС, перенесших КШ с левой торакотомии: 232 мужчины (68%) и 109 женщин (32%). Возраст $66,7 \pm 20,1$ лет; количество пораженных коронарных артерий - 2.2. 20 пациентов имели в анамнезе АКШ, в 12 случаях с помощью левой внутренней грудной артерии (ВГА). Euroscore II и $4,8 \pm 3,7$. Сопутствующие заболевания - ХОБЛ, астма, атеросклероз, заболевания периферических сосудов, сахарный диабет, ожирение, ХПН. Функциональный класс стенокардии: II-III, ХСН - I-III классов по NYHA, ФВ $46 \pm 12,7\%$. Всем пациентам выполнено коронарное шунтирование передней нисходящей артерии (ПНА) на работающем сердце: 164 пациента с изолированным поражением ПНА, остальные как этап гибридного вмешательства. В 329 случаях была использована

ВГА, в 12 выполнено подключично-аутовенозное шунтирование (ВГА использована в предыдущей операции). Результаты: Летальных исходов и повторных операций коронарного шунтирования не отмечено. Среднее время, проведенное в больнице 5,8 дней. Повторная торакотомия была выполнена у 5(1.5%) случаях после послеоперационного кровотечения (ложе ЛВГА). Инфекционные осложнения послеоперационной раны наблюдались в 3(0.9%) женщин с индексом массы тела >35 с сахарным инсулинозависимым диабетом. В 4 случаях было выполнено экстренное стентирование огибающей артерии в раннем послеоперационном периоде по причине острых ишемических изменений. Средняя интраоперационная кровопотеря - 150,0 мл. Вывод: коронарное шунтирование через левостороннюю торакотомию – метод хирургического лечения ИБС с меньшей травматичностью тканей, коротким временем госпитализации и быстрым восстановлением, так же данный метод может использоваться как при изолированном поражении передней нисходящей артерии, так и при многососудистом – как этап гибридного вмешательства.

1236. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСООТВЕТСТВИЯ МАКРОСКОПИЧЕСКОГО И МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПОЛИПА СИГМОВИДНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Емельянов С.И., Баширов Р.А., Самсолян Э.Х.

Москва

Больница Центросоюза РФ

Полип толстой кишки — это разрастание железистого эпителия, образующее возвышение над уровнем окружающей слизистой оболочки в виде широкого грибовидного, зачастую ветвистого образования, сидящего на более узкой ножке, а иногда на широком основании. Самыми безопасными среди полипов считаются гиперпластические полипы, которые обычно выглядят как мелкие (до 0,5 см в диаметре), слегка возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки образования мягкой консистенции и обычного цвета. Они характеризуются удлинением и кистозным расширением крипт. Эпителий в таких полипах пилообразно извитой, с уменьшенным количеством бокаловидных клеток. Ворсинчатые полипы, имеющие самый высокий индекс малигнизации (до 40%), имеют большие размеры (от 2 см и более), могут иметь толстую ножку или распластываются по слизистой оболочке, иногда принимая стелющийся характер.



Макроскопически ворсинчатый полип окрашен в красноватый цвет из-за обилия кровеносных сосудов в его строении. Тонкие и нежные ворсинки легко травмируются и кровоточат, поэтому само по себе кровотечение не является свидетельством озлокачествления этих образований. Большинство эпителиальных новообразований (полипов) проходит последовательные стадии развития от малых размеров к большим, от малой выраженности пролиферативной активности к большей, вплоть до перехода в инвазивный раковый процесс. Появление гиперпластических полипов предшествует возникновению железистых (аденоматозных) полипов, которые по мере роста могут подвергаться ворсинчатой трансформации, а в ворсинах удается обнаружить признаки инвазивного роста. Развитие полипов происходит медленно от простейшего строения к резким степеням атипичии и дисплазии слизистой оболочки, вплоть до развития рака, причем этот процесс протекает не менее 5 лет, а в среднем длится 10-15 лет. Итак, от величины доброкачественного новообразования зависит вероятность его малигнизации: чем больше размер доброкачественной опухоли, тем выше вероятность ее малигнизации. В данной статье мы хотим привести в пример интересный клинический случай несоответствия макроскопического и микроскопического строения полипа. У больного А, 29 лет, при обследовании по месту жительства 3.11.2016г. во время проведения колоноскопии на 30 см от ануса выявлено большое полиповидное образование 0-1p типа с большой (на 3/4 просвета) «головой» с резко гиперемированной и ранимой поверхностью, поверхностный рисунок характерен для ворсинчатой аденомы (нельзя исключить малигнизацию образования), на толстой ножке. Взята биопсия. По результатам гистологического исследования от 16.11.2016г.: мелкие фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с разрастаниями тубулярной аденомы с подэпителиальными кровоизлияниями. В хирургическое отделение нашего стационара больной А. поступил 25.01.2017г. с жалобами на регулярное кровотечение при акте дефекации. Пациент обследован, никаких противопоказаний для выполнения эндоскопической полипэктомии не выявлено. При колоноскопии, как и было описано выше, выявлен очень большой полип красноватого цвета с аденоматозным поверхностным рисунком. Все попытки накинуть на полип предварительно подготовленную модельную лигирующую петлю диаметром 35 мм для профилактики кровотечения не увенчались успехом, так как «голова» полипа была очень большой, и лигатура складывалась на ней. Из особенностей электроэксцизии полипа хотелось бы отметить, что хотя мы и предпочитаем для полипэктомии «Соаг» режимы при мощности 30-40

Вт, в данном случае удаление мы проводили на чередовании режимов «Blend»+«Соаг», так как диаметр «ноги» был больше 15 мм. При захвате большого объема ткани во время полипэктомии (при удалении больших полипов) по мере высыхания ткани возрастает ее сопротивление и резекция центральной части основания полипа поэтому осуществляется медленнее или вообще прекращается. При «Соаг» режимах высыхание ткани происходит быстрее, поэтому при удалении больших полипов использование чисто «Соаг» режимов нецелесообразно. Несмотря на чередование режимов в нашем случае при электроэксцизии уже центральной части «ноги» полипэктомическая петля все же врезалась и застряла в ткани полипа, не до конца срезав его. В такой ситуации мы прекратили подачу тока, немного раскрыли петлю и сделали паузу, тем самым дав возможность ткани резорбировать немного воды. После этого мы успешно завершили полипэктомию на «Blend» режиме. Самое интересное в данном клиническом случае было гистологическое заключение: Заключение: Гиперпластический полип сигмовидной кишки с участками изъязвления и вторичным воспалением, с фокусами дисплазии эпителия желез 1-2 степени в поверхностных отделах полипа, удалено по здоровым тканям. По присланному материалу элементы злокачественного роста отсутствуют.

1237. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Гостимский А.В., Передереев С.С.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Введение. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости диффузным токсическим зобом (ДТЗ) детей. Отсутствие эффекта от консервативной терапии более чем в половине случаев обуславливает необходимость хирургических вмешательств. Материалы и методы. В клинике СПбГПМУ лечились 83 детей, больных ДТЗ. Все пациенты распределены на три группы. 1 группу составили больные ДТЗ (50 (60,2%) наблюдений), которым выполнена субтотальная резекция щитовидной железы (ЩЖ) с оставлением от 4 до 7 граммов ткани железы у одного из верхних полюсов. Во 2 группу вошли 13 (15,7%) больных, кото-



рым выполнена тиреоидэктомия. Пациенты (20 (24,1%) случаев), которые в детском возрасте получали консервативное лечение, составили 3 группы. Возраст пациентов был от 9 до 17 лет, составив в среднем $15,0 \pm 2,12$ лет. Отдаленные результаты лечения изучены у 78 (93,9%) детей. Сроки наблюдения составили от 1 до 16 лет. Исследование показателей ТТГ, Т3, Т4, АТ к рТТГ, производилось иммуноферментными методами. У всех больных выполнено УЗИ ЩЖ. Результаты и обсуждение. В наших наблюдениях у 25 (30,1%) больных диагностирована невротическая стадия тиреотоксикоза, нейроэндокринная – у 54 (65,1%), а висцеропатическая у 4 (4,8%) больных. Сроки медикаментозной терапии были от 1 до 7 лет. От года до 2 лет терапию получали 17 (20,5%) детей. Большинство пациентов (37 (44,6%) наблюдений) лечились консервативно в течение 3-4 лет. У 21 (25,3%) больного терапия продолжалась 5-6 лет, в 8 (9,6%) наблюдениях – более 6 лет. АТ к рТТГ были повышены у всех обследованных больных, составив в среднем $18,1 \pm 1,63$ МЕ/л. Высокий уровень АТ к рТТГ (более 9,0 МЕ/л) выявлен у 31 (60,8%) больного, средний (от 4,1 до 9,0 МЕ/л) – у 9 (17,6%), низкий (менее 4,0 МЕ/л) – у 11 (21,6%) детей. У всех пациентов с висцеропатической стадией тиреотоксикоза и у 27 детей с нейроэндокринной стадией определялся высокий титр АТ к рТТГ. У всех оперированных больных в результате предоперационной подготовки удалось добиться ремиссии заболевания. В одном наблюдении (1,6%) полного устранения тиреотоксикоза достигнуть не удалось. Больная оперирована после проведения нескольких курсов плазмафереза. Специфические послеоперационные осложнения в виде транзиторного гипопаратиреоза отмечены в 4 (6,3%) наблюдениях. У всех этих пациентов консервативная терапия продолжалась более 5 лет, а объем зоба перед операцией соответствовал 4-й степени по О.В. Николаеву. Явления гипокальциемии купированы в сроки от 1 до 3 месяцев после операций. У 2 (3,1%) детей в раннем послеоперационном периоде развилось кровотечение, потребовавшее неотложной повторной операции с целью остановки кровотечения. Источником кровотечения в одном случае являлась одна из ветвей верхней щитовидной артерии, во втором случае кровотечение развилось из подкожных вен. Таких специфических осложнений как повреждение возвратных гортанных нервов и развитие тиреотоксического криза в наших наблюдениях не было. Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 до 16 лет изучены у 78 (93,9%) детей. В первой группе прослежены результаты у 45 детей. В эутиреоидном состоянии находились 5 (11,1%) пациентов. Гипотиреоз выявлен у 37 (82,2%) пациентов. Рецидив тиреотоксикоза выявлен у 3 (6,6%) больных. Объем оставленной ткани в данной груп-

пе превысил 5 граммов. По результатам контроля АТ к рТТГ в послеоперационном периоде выявлена нормализация уровня у детей как в эутиреоидном состоянии, так и при гипотиреозе. На момент исследования все пациенты с гипотиреозом получали заместительную терапию лево-тироксином. Тиреоидэктомия выполнена 13 пациентам. У всех прослежены отдаленные результаты хирургического лечения. В данной группе у всех пациентов развился программируемый гипотиреоз. Все дети получали заместительную терапию левотироксином. По результатам контроля АТ к рТТГ, во всех случаях через год после операции его показатели пришли в норму. У 20 больных, получавших в детском возрасте только консервативную терапию, эффект оказался стойким лишь в 5 (25,0%) случаях. Остальные 15 (75,0%) пациентов оперированы во взрослом состоянии. Выводы. 1. Субтотальная резекция ЩЖ у детей, больных ДТЗ, дает хорошие непосредственные результаты. Развитие гипотиреоза после операции связано с дальнейшим течением заболевания. 2. Рецидив тиреотоксикоза после субтотальной резекции ЩЖ развивается при оставлении большого объема ткани. 3. Решение о объеме операции у детей необходимо принимать индивидуально с учетом возраста, при котором произошла манифестация заболевания, пола, длительность от начала болезни до операции, тяжесть тиреотоксикоза, длительность тиреостатической терапии, предоперационный уровень АТ к рТТГ.

1238. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Пермь

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера»
Минздрава России, ГАУЗ ПК ГKB №4

Широкое внедрение в клиническую практику методов медицинской визуализации, совершенствование миниинвазивных технологий открыло новые горизонты в лечении псевдокист поджелудочной железы (ПЖ). Многообразие хирургической тактики, рецидивы заболевания, тяжелые послеоперационные осложнения делают лечение кист ПЖ актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой. Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения кист ПЖ за счет выбора оптимальной хирургической тактики. Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 96 пациентов



с кистами ПЖ. Средний возраст больных составил $51 \pm 11,3$ год. Оперативное лечение проведено у 96 пациентов. По экстренным показаниям оперировано 28 (29,2%), в отсроченном порядке 18 (18,7%), в плановом порядке 50 (52,1%) пациентов. По этиологии выявлены: постнекротические кисты - у 63 (65,6%), посттравматические кисты - у 12 (12,5%) человек. Наиболее информативными методами обследования являлись УЗИ, КТ, МРТ, РГПХ, эндоскопическая ультразвуковая сонография. У 55 (57,2%) больных в анамнезе различные открытые и миниинвазивные операции на ПЖ. Множественные кисты ПЖ по данным комплексного обследования выявлены у 2 (2,1%) пациентов. Исходно диагностированы осложнения кист ПЖ в 39 (40,6%) случаях: из них нагноение кисты было у 11 (11,5%), кровотечение в полость кисты у 4 (4,2%), перфорация в брюшную полость у 8 (8,3%) больных. Результаты. Различные варианты внутреннего дренирования кист ПЖ произведены у - 51 (53,1%); корпорокаудальные резекции ПЖ у 13 (13,5%), у 7 (9,7%) выполнялись чрескожные пункции под контролем УЗИ с последующим дренированием, у 8 (11,1%) - проекционная минилапаротомия под контролем УЗИ с наружным дренированием кисты. При открытых операциях интраоперационная ревизия гепатопанкреатодуоденальной зоны, локализация кист, их количество, состояние главного протока поджелудочной железы являлись определяющим этапом при выборе объема и метода оперативного лечения кист ПЖ. Послеоперационные осложнения развились у 12 (16,7%) человек, послеоперационная летальность составила 3,1% - умерло трое больных. Выводы. Оптимальным органосохраняющим методом хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы является цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки. Корпорокаудальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки может считаться радикальным методом хирургического лечения кистозных образований.

1239. КОСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

*Матвеева З.С., Гостимский А.В.,
Романчишен А.Ф.*

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский
университет»

Цель. Показать возможные ошибки диагности-

ки костной формы первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) в случае недостаточного обследования больных. Методы. В Центре хирургии и онкологии органов эндокринной системы в период с 1973 по 2016 гг. оперировано 32 000 пациентов с различными заболеваниями щитовидной железы, тимуса, надпочечников, включая 294 (0,1%) пациентов с новообразованиями околощитовидных желез (ОЩЖ) и различными клинически-ми формами ПГПТ. Представляем вашему вниманию 9 клинических наблюдений больных (6 женщин, 3 мужчин) тяжелым ПГПТ, вызванным опухолями ОЩЖ больших размеров. Тяжелое течение болезни и истощение больных приводили к тому, что изменения в костях трактовались как злокачественные опухоли. Результаты. Первое наблюдение датировано 1984г. пациентке В., 30 лет онкологами была выполнена межподвздошно-брюшная ампутация правой нижней конечности по поводу остеобластокластомы правого бедра, хотя основной причиной деструкции костной ткани были две аденомы ОЩЖ, массой 8 и 14 г, удаленные позже в нашей клинике. Четверо больных (женщины 65 и 68 и 72 лет и мужчина 45 лет) с ошибочно установленным диагнозом злокачественного новообразования костной ткани были оперированы по поводу ПГПТ в нашем Центре в период 2007-2009 гг. Всем четырем пациентам ранее челюстно-лицевыми хирургами были выполнены резекции нижней челюсти в связи с подозрением на остеобластокластому. В одном наблюдении за 11 лет до операции на челюсти больной была произведена резекция кисты III пястной кости. Верный диагноз был установлен лишь через 7 - 16 лет после выявления первых рентгенологических симптомов. Рост 2 пациенток за это время уменьшился на 9 и 16 см. У одного из больных прогрессирующие гиперпаратиреоидные изменения скелета (костей голени, ребер) расценены как метастазы остеобластокластомы. У молодого человека 29 лет, в течение 2 лет наблюдавшегося по поводу фиброзно-кистозной дисплазии костей, при поступлении в клинику имелись патологические переломы костей бедра, голени, позвоночника, ключицы. Мужчина 25 лет оперирован нами по поводу персистирующего гиперпаратиреоза, проявившегося 18 мес. ранее патологическим переломом правой подвздошной кости, образованием гигантоклеточных опухолей правой бедренной кости и костей таза. После первой операции, выполненной в одном из регионов РФ, у больного отмечалось нарастание уровня паратормона и кальция, сохранение клинических проявлений ПГПТ. При КТ шеи и средостения выявлено образование ОЩЖ в области нижнего полюса правой доли щитовидной железы, накапливающее радиофармпрепарат при сцинтиграфии. В ходе операции в области нижнего полюса правой



доли щитовидной железы, между задней ее поверхностью и заднебоковой поверхностью трахеи обнаружена и удалена паратиреоаденома размерами 4x3x2 см и массой 16 г. Всем больным выполнено исследование кальция и фосфора крови, паратгормона, УЗИ шеи, скинтиграфия с технетрилом. Уровень общего кальция крови был повышен от 3,2 до 4,3 ммоль/л, показатели паратгормона превышали нормальные значения более чем в 10 раз, щелочной фосфатазы – в 4 и более раз. Семейным больным выполнено удаление светлоклеточных аденом ОЩЖ массой от 8 до 28 г. Еще у одной пациентки обнаружены и удалены две паратиреоаденомы массой 4 и 2 г. У мужчины 29 л была удалена карцинома ОЩЖ. В послеоперационном периоде у всех больных отмечена постепенная нормализация уровня кальция, положительная динамика со стороны костных изменений. Выводы. Несвоевременная диагностика ПГПТ может приводить к тяжелым изменениям в костной ткани, которые при недостатке обследования могут быть расценены как первичные опухоли. После удаления основной причины заболевания – аденомы ОЩЖ отмечается регресс костных изменений. Скрининг больных по уровню кальция может помочь избежать ненужных вмешательств на костях скелета.

1240. ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТ В ЛЕЧЕНИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ВТЭО: ДАННЫЕ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

*Солдатский Е.Ю.(1,2), Селиверстов Е.И.(1,2),
Лебедев И.С.(1,2), Золотухин И.А.(1)*

Москва

1)РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
2)ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Россия

Современные условия лечения пациентов в стационаре диктуют жесткие требования, в частности – уменьшение сроков нахождения в стационаре. Благодаря применению новых пероральных антикоагулянтов удается добиться данного условия с не менее эффективной и безопасной схемой лечения в условиях реальной клинической практики, которая зачастую отличается от рандомизированных контролируемых исследований. Цель работы. Определить эффективность и безопасность рутинного использования прямого ингибитора тромбина дабигатрана этексилата с целью лечения и вторичной профилактики рецидива венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений. Материалы и методы. В проспективное обсервацион-

ное исследование включали пациентов с острым тромбозом глубоких вен, госпитализированных в хирургический стационар в период с августа 2014 г по февраль 2017. Антикоагулянтную терапию начинали с подкожного введения гепаринов (нефракционированного или низкомолекулярных) в стандартных лечебных дозировках. Через 5-7 суток после начала терапии гепаринами назначали дабигатрана этексилат по 150 мг 2 раза в сутки. В исследование включены 86 пациентов, среди которых 45 мужчин (52,3%) и 41 женщина (47,7%) в возрасте от 22 до 88 лет (средний – 56,4, медиана – 58 лет). У 22 (25,6%) пациентов тромбоз носил дистальный характер. У 10 пациентов тромбоз был повторным. Эмболоопасный характер тромба выявили у 16 (18,6%) пациентов. В 3 наблюдениях была выполнена перевязка поверхностной бедренной вены. У 4 больных в связи с локализацией эмболоопасного тромба в нижней полой вене выполнена эндоваскулярная тромбэктомия. Признаки тромбоэмболии легочной артерии выявили у 8 (9,3%) больных, при этом в 5 наблюдениях она носила массивный характер, в связи с чем провели успешную тромболитическую терапию. Средний койко-день пребывания в стационаре у наблюдаемых пациентов составил 7,7 сут (ст. отклонение 2,2). Срок наблюдения за пациентами составлял не менее 3 месяцев. Основными критериями оценки стали частота рецидивов ВТЭО венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений и геморрагических осложнений. Оценивали переносимость препарата, приверженность терапии дабигатраном. Результаты. По окончании срока наблюдения в 6 месяцев на контрольный осмотр явились 80 пациентов. 6 пациентов были опрошены по телефону, от них была получена информация относительно наличия побочных эффектов, признаков рецидива ВТЭО и приверженности терапии. При обследовании пациентов было установлено, что в двух случаях (2,5%) был зафиксирован рецидив ВТЭО (ДИ 95%: 0,28-8,15%). В одном случае рецидив был зафиксирован через 6 месяцев после отмены антикоагулянтной терапии. В другом случае ретромбоз возник на 5 месяце приема дабигатрана этексилата на фоне частых авиаперелетов. Эпизоды кровотечений на протяжении 3 месяцев наблюдения зафиксированы у 8 пациентов (9,3%; ДИ 95%: 4,1-17,51). У 4 пациентов наблюдали кровотечение из геморроидальных узлов, кровоточивость из десен – у двух, гематурию – также у двух пациентов. Переносимость препарата была хорошей, побочные реакции отметили только у 2 (2,3%) пациента (тахикардия, боли в эпигастрии). Один пациент самостоятельно отменил прием дабигатрана через 1 месяц после начала лечения. Приверженность терапии составила 98,8%. Заключение. Дабигатрана этексилат демонстрирует хороший профиль эф-



фективности и безопасности при использовании его в рутинной клинической практике в отсутствие жесткого контроля за соблюдением пациентами предписанных рекомендаций.

1241. ОСТРЫЕ НЕВАРИКОЗНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Репин И.Г., Брехов Е.И., Мизин С.П., Репин Д.И.

Москва

Кафедра хирургии ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия"
Управления делами Президента РФ

Проблема диагностики и лечения острых гастродуоденальных кровотечений (ОГДК) является актуальной. После продолжительных дискуссий на конференции в Воронеже и съезде хирургов в Ростове-на-Дону были разработаны и опубликованы национальные клинические рекомендации. В данной работе мы хотим представить наш опыт лечения пациентов с ОГДК. За 10 лет (2005-2015) в клинику поступило пациентов с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение 1981, из них наличие ОГДК установлено у 1074 пациентов. Мужчин было 658 (61,2%), женщин 416 (38,8%). Возраст пациентов от 17 до 98 лет, средний возраст 52,7 года. Ежегодно отмечается увеличение количества пациентов с ОГДК, при этом уменьшается количество пациентов, оперированных по поводу кровотечения. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки явилась причиной кровотечения у 376 (35%), а острые эрозивно-язвенные поражения (ОЭЯП) – у 451(42%). При этом в динамике с каждым годом тенденция уменьшения относительного количества язвенной болезни в качестве причины кровотечения и увеличение ОЭЯП. На кафедре разработан алгоритм лечения пациентов с ОГДК, включающий все этапы, от определения тактики при первичном осмотре в приемном отделении, до решения вопроса о показаниях к оперативному вмешательству и способе его проведения. Для определения тяжести состояния пациента, вероятности рецидива кровотечения и летального исхода проводилась оценка с использованием интегральных шкал Rockall и Glasgow-Blatchford. При этом отмечено, что при минимальном количестве баллов.

1242. ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЯ ЭМБОЛОГЕННЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ДВОЙНЫМ «ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ УДАРОМ»

Бебуришвили А.Г., Шаталов А.В., Шарашкина Л.В., Смирнова А.А. Шаталов А.А., Снежко А.И.

Волгоград

Волгоградский Государственный медицинский университет

Цель: оптимизировать хирургическую тактику при угрозе тромбоемболических осложнений используя гемодинамическую составляющую в диагностической программе эмбологенных флеботромбозов.

Материалы и методы. На кафедре факультетской хирургии Волгоградского Государственного медицинского университета с 2006 по 2016 г обследовано 126 пациентов с острым флотирующим тромбозом в системе нижней полой вены в возрасте от 24 до 78 лет (средний возраст - 54,3 ± 12,7 лет). Мужчин - 23 (42,6 %), женщин - 31 (57,4 %). У 5 (3,97 %) больных при госпитализации выявлены признаки ТЭЛА, верифицированные при компьютерной томографии лёгких с контрастным усилением (ультравист) и ЭхоКГ. Всем больным для диагностики применяли цветное дуплексное сканирование (ЦДС) и энергетический доплер (ЭД) на УЗ-сканере My Lab Seven (Италия) с использованием конвексного датчика 3,5 МГц и линейных датчиков с частотой 5 МГц и 7,5 МГц. У 59 (46,8 %) пациентов флотирующий тромб признан эмбологенным. Из них выделена группа - 54 больных (91,5 %), в которой флотирующая верхушка тромба подвергалась воздействию двух интенсивных потоков: из дистальных отделов и одного или двух боковых (приток с соустьем). Ультразвуковыми критериями эмбологенного тромба считали: 1) флотирующий тромб, не фиксированный к стенкам вены; 2) конусовидная верхушка (симптом «эхонегативности» верхушки); 3) неровный контур; 4) анэхогенная или гетерогенная структура с анэхогенным контуром; 5) высокая подвижность. Подвижность флотирующего тромба исследовали в поперечной и продольной плоскостях с определением высокой, средней и низкой степени флотации. Результаты. Наибольшее количество флотирующих тромбов с двумя источниками кровотока приходится на наружную подвздошную и общую бедренную вены, значительно реже на подколенную. Двойной «гемодинамический удар» выявлен при ЦДС: - у 5 больных в подколенной вене из суральных или задних большеберцовых вен; -



в наружной подвздошной вене из глубокой вены бедра - 1 наблюдение; - в общей бедренной вене из глубокой вены бедра - 2 пациента; - при окклюзивном тромбозе бедренной вены в общей бедренной вене из нескольких глубоких вен бедра - 19 больных; - при окклюзивном тромбозе бедренной вены с флотирующей верхушкой в наружной подвздошной вене - 26 наблюдений; - в общей бедренной вене из малой подкожной вены - 1 пациент. Продольную флотацию наблюдали: 1) при посттромбофлебитической болезни с полной реканализацией (1 больной); 2) в синусах суральных вен, когда тромб вышел из перфоранта при остром варикотромбофлебите (1 пациент); 3) при тромбозе глубокой вены бедра с флотацией верхушки в общей бедренной вене (1 наблюдение). Длина флотирующей верхушки от 3,5 см до 21 см в среднем ($5,7 \pm 11,25$). Исследование флотации верхушки тромба выявило: высокую степень подвижности у 49 (90,7 %) больных, среднюю у 4 (7,4 %) и низкую у 1 (1,9 %). Фиксация верхушки обнаружена у 5 (8,47 %) пациентов. В местах впадения притоков и соустьев, когда верхушка получает боковой «гемодинамический удар», не обнаружено фиксации тромба, увеличивается подвижность верхушки тромба, уменьшается диаметр флотирующей части тромба. Все больные оперированы. При окклюзивном тромбозе с флотирующей верхушкой выполнялась тромбэктомия с перевязкой глубокой вены рассасывающейся лигатурой. При неокклюзивном тромбозе тромбэктомия с диссекцией притока или соустья. Послеоперационное течение гладкое, без осложнений. Выводы. Флотирующая верхушка тромба с двойным «гемодинамическим ударом» имеет большой эмбологенный потенциал, высокую степень флотации, длину более 5 см и значительный объем тромботических масс. Таким образом, больные с флотирующей верхушкой тромба с двойным «гемодинамическим ударом» должны быть выделены в особую группу и требуют экстренного хирургического вмешательства по профилактике ТЭЛА.

1243. КОМБИНИРОВАННОЕ ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Самарцев В.А., Каракулов О.Г., Опарин А.Ю., Васильев Ю.В., Харузина О.В

Пермь

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А.Вагнера
Минздрава России, ГАУЗ ПК ГКБ №4, Пермь

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) и облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей являются причинами возникновения трофических нарушений с образованием язв и некрозов, приводящих к ампутации конечности, к ранней потере трудоспособности и инвалидизации. У пациентов с синдромом диабетической стопы риск ампутации конечности в 20-40 раз выше, чем у человека, не страдающего СДС. Вероятность выполнения высоких ампутаций при глубоких гнойно-некротических поражениях тканей достигает 30-70%, при этом летальность колеблется от 28 до 40%, а в последующие 5 лет выживают только 25-40% пациентов. Материалы и методы. За последние 4 года проведено обследование и комплексное лечение 680 пациентов с диагнозом СД 2 типа и СДС. Мужчин было 346 (50,9%), женщин 334 (49,1%). Средний возраст составлял $68,6 \pm 3$ года. Всем пациентам выполнялась селективная ангиография и ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей. Нарушения проходимости магистральных артерий нижних конечностей в виде стенозов диагностированы у 129 (19%), а окклюзии в сочетании со стенозами наблюдались у 551 (81%) пациента. Хирургическое лечение проводилось этапно с использованием рентгенэндоваскулярных методов и реваскуляризирующих операций в сочетании с комплексной медикаментозной терапией. Результаты. Чрескожная баллонная ангиопластика выполнена у 259 (38,2%) пациентов на следующих сегментах артерий: общей подвздошной - 35 (3,9%), наружной подвздошной артерии - 28 (3,3%), поверхностной бедренной - 174 (19,7%), подколенной - 182 (20,6%), передней и задней большеберцовых - 178 (20,2%) и 171 (19,5%), малоберцовой - 113 (12,8%). При рентгеноэндоваскулярных вмешательствах использовали антеградный, ретроградный и контрлатеральный доступ. У 273 (40,1%) пациентов лечение проводилось традиционными хирургическими методами реваскуляризации. У 81 (11,9%) человека были выполнены гибридные операции: из них у 39 (48,1%) первым этапом были выполнены открытые реконструктивные операции, вторым - у



42(51,9%) эндоваскулярные реваскуляризирующие операции. Только консервативная терапия проведена 67(9,8%) пациентам из-за протяженного окклюзионно-стенотического поражения периферических артерий и невозможности выполнения ангиопластики. Для оценки раневых дефектов при СДС использовали классификацию Вагнера: с 0-1 степенью пациентов не было, 2-3 степенью 557 (82%), с 4-5 степенью 123 (18%). Из них у 95 (14%) пациентов СДС в связи с прогрессированием заболевания была выполнена ампутация. Разработана шкала оценки эффективности хирургического лечения СДС, включающая клинико-инструментальные и лабораторные показатели, величину липидвысвобождающей способности лейкоцитов, концентрацию общего холестерина и опросник SF-36. По результатам динамического наблюдения и обследования были сформированы 3 группы, различающиеся по прогнозу течения заболевания в послеоперационном периоде. Выводы. Лечебно-диагностический алгоритм прогнозирования течения атеросклероза и хронической артериальной недостаточности в сочетании с сахарным диабетом и СДС выявил очень высокий риск прогрессирования заболевания - у 26,7%, высокий риск - у 34,5%, умеренно высокий риск - у 38,8% больных, что позволило улучшить результаты комплексного этапного лечения этой сложной патологии. Чрескожная транслюминальная ангиопластика является оптимальным методом реваскуляризации у этой группы больных, что приводит к редукции степени ишемии и заживлению язвенно-некротических дефектов на стопе, уменьшает количество высоких ампутаций.

1244. К ВОПРОСУ ОБ ИТОГАХ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Иванов М.А., Артемова А.С., Коростелев Д. С., Горювая А.Д., Урюпина А.А., Белоказанцева В.

Санкт-Петербург

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

Бессимптомное атеросклеротическое поражение сонных артерий нередко сопровождается развитием неблагоприятных ишемических событий. Хирургические методы коррекции каротидного стеноза хорошо зарекомендовали себя в качестве профилактики развития данных осложнений. Целью настоящего исследования явилась сравни-

тельная оценка эверсионной каротидной эндартерэктомии при симптомном и бессимптомном каротидном стенозе. Материалы и методы: В основу работы легли наблюдения за 83 пациентами, оперированными по поводу каротидного стеноза. В основную группу вошли 23 пациента с бессимптомным поражением, в контрольную - 60 больных с симптомным критическим каротидным стенозом. Анализировались особенности вмешательства, характеристики поражения брахиоцефальных сосудов, коморбидная патология, метаболические изменения, особенности когнитивных нарушений (по шкале MoCA) и другие последствия оперативного воздействия в 30 дневный срок. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10». Различия принимались достоверными.

1245. РЕЗУЛЬТАТЫ БОЛЕЕ ЧЕМ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ПЕПТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА, КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ВКЛЮЧАЛО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ФУНДОПЛИКАЦИЮ

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Воленко И.А.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Актуальность. При лечении пептических стриктур пищевода высокоэффективным считается его бужирование в комбинации с последующей фундопликацией. При этом нередко развивается укорочение пищевода и выражены нарушения моторики. Это объясняет проблему выбора методики антирефлюксной операции у данной категории больных. Материалы и методы. Представлен анализ сведений о 186 больных, которые начали лечение в хирургическом торакальном отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в 1995-2010 гг. с периодом наблюдения более 5 лет. Средний возраст - $52,5 \pm 7,2$ лет. Соотношение мужчин и женщин было 105/81. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выявлены у 139 (74,7%) больных. Вторичное укорочение пищевода 2 степени выявлено у 18 (9,7%) больных. 15 (9,1%) из 165 больных, как правило, до бужирования были выполнены дренирующие желудок операции (пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтеростомия, дистальная резекция желудка). У большей части - 88,7% (165/186) больных - проходимость пищевода восстановили бужированием



или дилатацией под эндоскопическим контролем. В 38,8% (64/165) случаев с целью профилактики рестеноза после бужирования пищевода была выполнена фундопликация: лапароскопическая – 64,1% (41/64), «открытая» – 35,9% (23/64). Циркулярная фундопликация – 43, неполная по Тупе – 10, неполная задне-боковая по оригинальной методике – 11. При неполной фундопликации по оригинальной методике формируется косая неполная фундопликационная манжета с возрастанием степени окутывания пищевода в дистальном направлении с 200°-220° до 310°-330°. Данная методика используется нами у больных с нарушенной моторикой пищевода, чаще при эзофагокардиомиотомии по поводу ахалазии кардии. Результаты. Осложнения после операции фундопликации были выявлены у 5 (7,8%) из 64 больных (при лапароскопической – у 2 (4,9%), при «открытой» – у 3 (13,0%)). Послеоперационная дисфагия отмечена у 4 больных купирована 1-2 кратным бужированием пищевода. При оценке эффективности антирефлюксных операций выявлено, что по данным рН-метрии патологический гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) был полностью купирован у 90,7% больных. Операция Коллис-Ниссена только в одном случае из двух дала эффект. После операции по Ниссену мы отметили стойкую дисфагию у 2-х больных. В одном случае операция была выполнена по Розетти, что привело к Г-образному изгибу абдоминального отдела пищевода. Более эффективной оказалась неполная фундопликация по собственной методике. У 21 больного формировалась симметричная циркулярная манжета (до 5-6 см протяженностью) на 16 мм эластичном зонде. Предварительная оценка показала прекрасные антирефлюксные свойства при отсутствии послеоперационной дисфагии. Обсуждение. Из 186 больных, которые начали лечение до декабря 2010 г., 36 больных, получавших бужирование на фоне антисекреторной терапии, выбыли из под наблюдения ранее 12 месяцев. Остальные больные наблюдались более 5 лет. Ранние рестенозы после бужирования (в течение первого года) мы выявили у 11,3 % (17/150) больных. Они достоверно чаще наблюдались у пациентов, получавших только антисекреторную терапию – у 16,3% (14/86) ($p \leq 0,05$). У пациентов, перенесших антирефлюксные операции, рестенозы, возникшие в 4,7% (3/64) случаев, лечились с меньшим числом сеансов бужирования (3-4 и 5-6 соответственно). После лапароскопической фундопликации ранние рестенозы отмечены у 5% (2/41) больных, после «открытой» – у 4% (1/23). В тех случаях когда фундопликация была выполнена спустя 3-6 месяцев после бужирования послеоперационные рестенозы были у 2,6% (1/38) больных, 6-12 месяцев – у 7,7% (2/26) больных (таблица 6). Поздние ре-

стенозы (в период 13-60 месяцев после бужирования) были выявлены только в группе больных, лечение которых не включало фундопликацию – у 10,7% (9/86). Проводились повторные курсы бужирования с антисекреторной терапией. Выводы и рекомендации. Комплекс мероприятий, направленные на уменьшение выраженности рефлюкс-эзофагита, привел к улучшению результатов бужирования пищевода и соответственно к значимому снижению числа больных, перенесших резекции пищевода. Изменение структуры хирургических вмешательств при пептических стриктурах в 1995-2010 гг. демонстрирует обратную зависимость числа антирефлюксных операций и пластик пищевода. Мероприятия, направленные на уменьшение выраженности рефлюкс-эзофагита, привели к значимому снижению числа больных, перенесших пластику пищевода. Бужирование пищевода на фоне терапии ингибиторами протонной помпы – метод выбора при лечении пептических стриктур. Лапароскопическая фундопликация – эффективное средство профилактики как ранних, так и поздних рестенозов после бужирования пептических стриктур пищевода, сопровождается минимальным числом осложнений. Оптимальный срок выполнения фундопликации – 3-6 месяцев после бужирования пищевода.

1246. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ IPOM ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Хитарьян А.Г., Кисляков В.Н., Ковалев С.А.,
Завгородняя Р.Н., Велиев К.С.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет»

Актуальность проблемы лечения пациентов с вентральными грыжами обусловлена широким распространением этой патологии (3-7% населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах. Цель: Оценить результаты использования лапароскопической герниопластики IPOM при вентральных грыжах. Материалы и методы: Представлены результаты лечения 73 пациентов с вентральными грыжами за 2015-2016 г. Из них 75% женщины и 25% - мужчины, в возрасте от 22 до 77 лет. Средний возраст пациентов составил 56 + 0,7 лет. У 18 пациентов индекс массы тела превышал 40. У 2 был выявлен



цирроз печени в стадии субкомпенсации. Методика обследования включала физикальный осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, рентгенография органов грудной клетки, фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография. Размеры грыжевых ворот колебались от 3 до 15 см², в среднем 9±0,8 см². Выполняли лапароскопию, адгезиолизис, выделение и ушивание грыжевого дефекта при небольших его размерах. Затем интраперитонеально устанавливали сетчатый эндопротез «Реперен» (Нижний Новгород). Фиксацию эндопротеза к брюшной стенке проводили при помощи трансфасциальных швов и эндокорпорального шва.

Результаты: Интраоперационных осложнений не наблюдали. Все операции выполнены из лапароскопического доступа, случаев конверсии также не наблюдали. Большинство пациентов уже на 2-3 день после операции не нуждались в обезболивающих препаратах и могли быть выписаны домой. В день операции назначали постельный режим. После операции на 1-е сутки больным разрешали вставать, самостоятельно передвигаться. В качестве обезболивания после операции при необходимости применяли анальгин или кеторол. Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и отмечалась пациентами как «слабые» и «умеренные». Послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Послеоперационный койко-день от 3 до 5, средний койко-день 4,2. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 6 до 15 месяцев. Рецидивы наблюдались у 2 пациентов с размерами грыжевых ворот более 10 см². Выводы: Лапароскопическая герниопластика, при наличии достаточного опыта, представляет альтернативу традиционным методам герниопластики. К достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, улучшение качества жизни, короткий период госпитализации и реабилитации, возможность выполнения пластики у пациентов с высоким индексом массы тела и на фоне цирроза печени, хороший косметический эффект, возможность осуществления симультанных операций.

1247. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В УСЛОВИЯХ КАРБОКСИТОРАКСА ПРИ ИССЕЧЕНИИ МАССИВНЫХ БИФУРКАЦИОННЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА

Аллахвердян А.С., Фролов А.В., Анипченко Н.Н.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Актуальность. Доступ к грудному отделу пищевода, как правило, осуществляется трансторакально (торакотомия или торакоскопия). При видеоэндохирургической резекции массивных бифуркационных дивертикулов пищевода торакоскопический доступ не всегда обеспечивает адекватную визуализацию в наддиафрагмальном отделе. В данной работе представлен опыт использования лапароскопического доступа в условиях карбокситоракса при иссечении массивных бифуркационных дивертикулов пищевода. Материал и методы. В 2012-2016 гг. было выполнено 12 видеоэндохирургических операций по поводу дивертикулов грудного отдела пищевода. Было 5 (22,2%) женщин. Средний возраст больных составил 54,4 года. В 3-х случаях наддиафрагмальные дивертикулы были иссечены лапароскопически. В 5-х случаях бифуркационные дивертикулы были удалены торакоскопическим доступом справа. В 4-х случаях массивные дивертикулы, дно которых определялось на уровне ножек диафрагмы были резецированы лапароскопическим доступом с вскрытием левой (1) или правой (3) плевральных полостей. Полученные результаты. В одном случае при торакоскопическом иссечении бифуркационного дивертикула (линия шва пищевода более 7 см) была отмечена локальная несостоятельность шва стенки пищевода. Среднее время лапароскопической операции при наддиафрагмальном дивертикуле - 115 минут; торакоскопической - 134 минут; лапароскопической при иссечении бифуркационного дивертикула - 212 минут. Послеоперационный койко-день - 6,4 суток Обсуждение. При наличии дивертикулов пищевода, протяженность которых превышает 2/3 длины грудного отдела возможно использование лапароскопического доступа, как альтернативы торакотомии. Выводы и рекомендации. Использование лапароскопического доступа при иссечении массивных дивертикулов грудного отдела пищевода возможно при наличии соответствующего опыта хирургической бригады и высочайшей квалификации анестезиолога, обеспечивающего анестезию в условиях напряженного карбокситоракса. Подобные операции уменьшают травматизм операции, обеспечивают возмож-



ность ранней мобилизации и дают возможность резко сократить послеоперационное нахождение больных в стационаре.

1248. ОПЫТ РАБОТЫ МЕЖРАЙОННОГО ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЮГА ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Кобаев О.В.(1), Кобаев А.О (2)

1)Россошь, Воронежская область 2)Москва

1)БУЗ ВО Россошанская РБ, Воронежской области
2)Российский медицинский университет им. Пирогова

Цель: анализ работы межрайонного отделения видеоэндоскопической хирургии Воронежской области В БУЗ ВО Россошанская больница, Воронежской области, на базе хирургического отделения функционирует межрайонное отделение видеоэндоскопической хирургии с 2001г., обслуживающее три окружающих районов юга Воронежской области. Общее численность обслуживаемого населения около 193 тысяч человек. Наличие межрайонного центра позволило приблизить высокотехнологическую медицинскую помощь для населения отдаленных районов области. За время работы было выполнено 2875 оперативных вмешательств. 575 операций выполнено в экстренном порядке. Это такие заболевания как острый аппендицит, язвенная болезнь желудка и ДПК осложненная перфорацией, острый холецистит, острый панкреатит, острая странгуляционная непроходимость, травматические повреждения внутренних органов осложненных кровотечением и перфорацией, острые заболевания гинекологического плана выявленные при диагностической лапароскопии. 2600 оперативных вмешательств выполнены в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита, паховые грыжи, симультанные вмешательства по поводу хронической странгуляционной кишечной непроходимости, диафрагмальные грыжи. Средний койко- день нахождения больных в стационаре 4,2, больные выписываются под наблюдение хирургов по месту жительства. Ранние п/о осложнения кровотечением и желчетечением, обострение в п/о периоде язвенной болезни желудка и ДПК. Наблюдаемые отдаленные п/о осложнения 0,01% (нагноение п/о ран, развитие серомы подпеченочного пространства, формирование грыжи п/о разреза). П/О летальность 3 случая: 2 развитие деструктивного панкреонекроза, 1 ОНМК. Заключение: создание

и работа межрайонных отделений видеоэндоскопической хирургии, имеет место на современном этапе развития хирургии в районных больницах. Способствующая приближению высокотехнологической медицинской помощи для сельского населения, минимальными экономическими затратами.

1249. МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АОРТО-БЕДРЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО СЕГМЕНТА И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ РЕКОНСТРУКЦИИ

Лазаренко В.А., Бобровская Е.А.

Курск

КГМУ

Актуальность: У пациентов облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей с окклюзионно-стенотических поражением аорто-бедренного артериального сегмента возникают расстройства микроциркуляции с нарушением механизмов регуляции кровотока, которые приносят существенный вклад в основные звенья патологии и оказывают влияние на результаты реконструктивных операций. Цель: изучение функционального состояния микроциркуляторного русла и систем его регуляции у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей до и после реконструктивных вмешательств на аорто-бедренном артериальном сегменте. Материалы и методы: Исследовано 54 пациента облитерирующим атеросклерозом с поражением аорто-бедренного артериального сегмента, средний возраст $59,7 \pm 16,3$ лет. Изучение состояния микроциркуляции выполнялось до операции, на 5 и 180 сутки после аорто-бедренного шунтирования лазерным анализатором капиллярного кровотока (ЛАКК – 02, НПО «ЛАЗМА», Россия) на стопе и голени. У 9 пациентов состояние микроциркуляции исследовано при развитии тромбоза шунта. Контрольную группу составили 20 клинически здоровых добровольцев. Результаты: У пациентов облитерирующим атеросклерозом с поражением аорто-бедренного сегмента отмечено снижение показателя микроциркуляции в 3 раза на стопе и в 2,4 раза на голени.



1250. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА. ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ДВУХ КЛИНИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ РОССИИ

*Багненко С.Ф. (1,1), Сигал Е.И. (2,2),
Василевский Д.И. (1,1), Бурмистров М.В. (2,2),
Иванов А.И. (2,2), Филин А.В. (1,3),
Смирнов А.А. (1,1), Лапшин А.С. (1,1),
Прядко А.С. (1,3), Луфт А.В. (1,3),
Михальченко Г.В. (1,3), Евсеев В.Н. (1,1)*

Санкт-Петербург, 2) Казань

1) ПСПБГМУ им. И.П. Павлова, 2) РКОД МЗ
Республики Татарстан, 3) ЛОКБ

Актуальность. Клиническая актуальность пищевода Барретта (ПБ) (цилиндроклеточной метаплазии) определяется его доказанной ролью в развитии железистого рака органа и прогрессивным увеличением распространенности данной патологии у населения экономически развитых государств. В отдельных популяционных группах стран Европы и Северной Америки рост количества впервые выявляемых случаев аденокарциномы пищевода за три десятилетия составил 400% - 800%, с ежегодным увеличением заболеваемости на 10%. Среди белых мужчин-американцев с середины семидесятых годов прошлого века к началу третьего тысячелетия распространенность железистого рака пищевода выросла на 463%. В странах Центральной и Северной Европы, Великобритании в начале XXI века темпы роста заболеваемости аденокарциномой пищевода (АП) колебались от 8,7 до 17,5% в год. В Израиле за 25 лет, начиная с 1980 года, частота развития АП у мужчин повысилась в 38 раз, у женщин – в 19. Статистический риск развития АП при кишечной метаплазии составляет 0,5% в год, при неоплазии (дисплазии) низкой степени – 4%, при неоплазии высокой степени – 20% в год. Заболеваемость ПБ у россиян изучена недостаточно. Однако сопоставимые со средними европейскими показатели (14,9%) распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), являющейся причиной развития цилиндрической метаплазии, у соотечественников позволяют прогнозировать близкие данные заболеваемости ПБ. Изложенные соображения определяют актуальность данной проблемы для России. Патогенетически обоснованным методом превенции развития АП на фоне ПБ является абляция цилиндрической метаплазии метаплазированного эпителия и устранение гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). Наиболее результативным вариантом редукции желудочно-пищеводного заброса следует считать антирефлюксные хирургические вме-

шательства, позволяющие устранить попадание в пищевод не только желудочного, но и дуоденального содержимого, играющего наиболее важную роль в развитии метаплазии и ее прогрессии в АП. Материалы и методы. Для подтверждения клинической эффективности данной концепции проведен анализ отдаленных результатов комбинированного лечения (внутрипросветной абляции и антирефлюксного хирургического вмешательства) пациентов с ПБ в двух крупных клинических центрах России. В Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ Республики Татарстан (г. Казань) в период с 2005 года по 2016 год проходили лечение 212 пациентов, страдающих ПБ, развившимся на фоне ГЭРБ. Под ПБ рассматривались все типы (желудочный и кишечный) цилиндрической метаплазии. Подобный подход соответствовал рекомендациям Британского Научного общества гастроэнтерологии (2006, 2014), и позволял избежать диагностических ошибок и сформировать единую лечебную стратегию. Возраст пациентов - от 17 до 78 лет. Мужчин было 144 (68,0%), женщин – 68 (32,0%). Желудочная метаплазия имела место у 113 (53,3%) пациентов, кишечная – у 99 (46,7%). Длинный сегмент цилиндрической метаплазии (более 3 см) отмечался у 28 (13,2%) больных, короткий – у 184 (86,8%). Первым этапом лечения пациентам выполнялось лапароскопическое антирефлюксное хирургическое вмешательство (фундопликация Nissen или Nissen-Rossetti). Через 12 недель всем пациентам, независимо от типа и протяженности метаплазии, осуществлялась аргоно-плазменная коагуляция (АПК). Данный алгоритм позволял восстановить анатомические взаимоотношения между пищеводом, желудком и диафрагмой, устранить ГЭР и облегчить выполнение внутрипросветного этапа лечения. Эндоскопический мониторинг осуществлялся первый раз через 6 месяцев после проведенного комбинированного лечения и далее, при отсутствии симптомов ГЭР 1 раз в год. В Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (и Ленинградской областной клинической больнице) в период с 2006 года по 2016 год проходило лечение 159 пациентов с ПБ. Критерии диагностики данного состояния были аналогичными: все типы цилиндрической метаплазии. Возраст пациентов варьировал от 21 года до 72 лет. Мужчин было 78 (49,0%), женщин – 81 (51,0%). Желудочная метаплазия была диагностирована у 62 (39,0%) пациентов, кишечная – у 97 (61,0%). Длинный сегмент цилиндрической метаплазии (более 3 см) имел место у 64 (40,3%) больных, короткий – у 95 (59,7%). Первым этапом выполнялась аргоно-плазменная (с 2014 года – гибридная АПК) абляция. Подобный подход был обусловлен большей простотой про-



ведения внутрипросветного вмешательства в зоне свободного от фундопликации пищеводно-желудочного перехода. АПК проводилась только пациентам с кишечной метаплазией. Антирефлюксное хирургическое вмешательство осуществлялось через 4-6 недель после эндоскопического лечения. В течение этого промежутка проводилась комплексная консервативная терапия ГЭРБ. Чаще выполнялась операция Toupet – 89 (56,0%) больным. Реконструкция Nissen или Nissen-Rossetti была осуществлена 26 (16,3%) пациентам. Фундопликация “short floppy” Nissen была произведена в 33 (20,8%) случаях. В 11 (6,9%) наблюдениях выполнялись операции Dor или Watson. Первый раз эндоскопический контроль состояния слизистой оболочки пищевода осуществлялся через 6 месяцев после проведенного комбинированного лечения, далее, при отсутствии симптомов ГЭР - 1 раз в три года. Результаты. Отдаленные результаты комбинированного лечения пациентов, проходивших лечение в РКОД МЗ Республики Татарстан, прослежены в срок от 6 месяцев до 11 лет. Отличный клинический эффект – отсутствие симптомов ГЭР, эндоскопических признаков ПБ - констатирован у 159 (75%) больных. Удовлетворительный - у 27 (12,7%). Из них: рецидив ПБ без рецидива ГЭРБ у 6 (выполнена повторная АПК 6 с отличным эффектом), частичная клиничко-эндоскопическая ремиссия ГЭРБ или гастростаз средней степени тяжести констатирован у 21 пациента (всем назначен прием ИПП и прокинетики “по требованию”). Неудовлетворительный эффект был у 26 (12,3%) больных вследствие рецидива ГЭРБ (повторная антирефлюксная операция выполнена 12 больным с отличным эффектом, отказались от повторной операции 14 пациентов, получают ИПП “по требованию”). Развития АП не отмечено ни в одном случае. Отдаленные результаты комбинированного лечения больных с ПБ, проходивших лечение в ПСПБГМУ им. И.П. Павлова (и ЛОКБ), прослежены в срок от 6 месяцев до 10 лет. Возникновение АП за период наблюдения не отмечено ни у одного из пациентов. Прогрессирование метаплазии (появление кишечной на фоне ранее существующей желудочной) вследствие рецидива ГЭРБ диагностировано у 9 (5,6%) пациентов. Данной группе больных проводится консервативное лечение. В остальных 150 (94,4%) случаях констатирована полная редукция цилиндроклеточной метаплазии (у пациентов, перенесших АПК) или отсутствие ее прогрессирования (у больных с желудочной метаплазией). Выводы. 1. Комбинированное хирургическое лечение ПБ является эффективным методом профилактики развития АП. 2. Осуществление данного вида специализированной медицинской помощи в клинических центрах, обладающих большим опытом в проблеме, позволяет добиться

хороших отдаленных результатов у подавляющего большинства больных.

1251. ОЦЕНКА РОЛИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Казаков Ю.И.(2), Касьяненко А.П.(1), Бакулина А.В.(2)

Тверь

1) ГБУЗ ОКБ г. Твери, 2) ТГМУ

Проблема атеросклероза является одной из самых актуальных в современной медицине. Важное дополнение в патогенез облитерирующего атеросклероза периферических и коронарных артерий внесло активное изучение эндотелия артерий, породившее такое важное понятие как «эндотелиальная дисфункция». Цель: оценить лабораторными методами наличие дисфункции эндотелия при развитии гемодинамически значимого стеноза сонных артерий у больных с сахарным диабетом и без него. Материалы и методы: исследование проведено у 168 пациентов с гемодинамически значимым стенозом внутренней сонной артерии. Все пациенты разделены на 2 группы. I группу составили 79 больных с сопутствующим СД, из них у 13-ти пациентов выявлены рестенозы в области оперативного вмешательства. II группа – 89 больных с атеросклеротическим поражением внутренней сонной артерии без сахарного диабета. Проведены исследования следующих показателей: матриксные металлопротеиназы 1 и 9. Референтный интервал значения матриксных металлопротеиназ 9 составляет 2.0-139,4 нг\мл. Результаты: У больных с впервые выявленным гемодинамически значимым поражением бифуркации ОСА и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа средний уровень матриксных металлопротеиназ 9 составил 511,34 +/-, что в 3,7 раза выше нормальных значений. У лиц с выявленным рестенозом после ранее проведенного оперативного лечения он был еще выше - 638,87 +/- нг\мл, что в 4,6 раза больше нормальной величины. У пациентов с атеросклеротическим поражением данный показатель составил 352, 23 +/-, что выше нормальных значений в 2,5 раза, но ниже чем у больным с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа ($P < 0,01$). Уровень матриксных металлопротеиназ 1 статистически значимо не отличался от референтных значений. Выводы: при развитии гемодинамически значимого стеноза в области бифуркации сонной арте-



рии имеет место повышение уровня матриксных металлопротеиназ 9, что демонстрирует наличие дисфункции эндотелия при формировании атеросклеротической бляшки. При наличии сахарного диабета 2 типа отмечается существенное увеличение данного показателя, по сравнению с больными без диабета, что свидетельствует о более выраженном нарушении функции эндотелия. Значительное повышение матриксных протеиназ 9 свидетельствует о высоком риске рестеноза в области оперативного вмешательства.

1252. КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА

Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Варданян А.В., Шубин В.П., Семенов Д.А.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Актуальность. В Российской Федерации в 2015 году зарегистрировано около 60 000 случаев колоректального рака (КРР) и 39000 смертей от этого заболевания. Синдром Линча (наследственный неполипозный КРР) составляет до 3 % всех случаев заболевания КРР в мире. Этот синдром вызван наследственными мутациями в генах системы репарации ДНК. По данным литературы, наиболее часто синдром Линча проявляется раком правых отделов толстой кишки, эндометрия, яичников, почечных лоханок и мочеточников, желудка, поджелудочной железы в возрасте до 45 лет. Согласно базе данных InSiGHT (www.insight-group.org) у большинства европейцев мутации чаще встречаются в гене MSH2. Цель. Определение клинических и генетических характеристик у пациентов с синдромом Линча. Материалы и методы. В исследование, проводимое в ГНЦК им. А.Н. Рыжих, с октября 2012 по январь 2017 года включено 97 пациентов, у которых впервые выявлен или был в анамнезе рак различной локализации в возрасте до 45 лет и/или отмечен отягощенный наследственный анамнез. Всем пациентам, соответствующим вышеупомянутым критериям, выполнено исследование опухоли на наличие микросателлитной нестабильности (МСН) по 5 маркерам. При выявлении МСН выполнялось исследование генов системы репарации ДНК. Результаты: У 33 (34%) из 97 пациентов генетически подтвержден синдром Линча. У 20 (60%) из 33 пациентов обнаружена мутация в гене MLH1, у 11(34%) человек выявлена мутация гена MSH2, в 2 (6%) случаях обнаружена

мутация гена MSH6. Средний возраст возникновения первого рака у пациентов с синдромом Линча, прошедших лечение в ГНЦК им. А.Н. Рыжих, составил 38 ± 7 лет. По данным анамнеза впервые диагностированная злокачественная опухоль толстой кишки обнаружена у 24 (73%) из 33 пациентов, рак тела матки - в 8 (24%) случаях, рак щитовидной железы - в 1 (3%) случае. Злокачественное новообразование правых отделов толстой кишки обнаружено в 5 (24%) из 24 случаев, левых отделов - в 19 (76%) случаях. По поводу впервые выявленной злокачественной опухоли толстой кишки выполнено 4 (17%) колэктомии и 20 (83%) сегментарных резекций. Метакхронный рак различной локализации выявлен у 18 (55%) из 33 больных, причем в 10 (56%) случаях рак обнаружен в оставшихся отделах толстой кишки. У пациентов, которым была выполнена колэктомия за время наблюдения не было выявлено метакхронного поражения. При анализе анамнеза у пробандов и их родственников выяснилось, что на первом месте по частоте встречаемости расположился КРР, далее следует рак желудка.

Закключение: Полученные результаты позволяют говорить о раннем возникновении КРР у российских пациентов с синдромом Линча, преимущественном поражении опухолью левой половины толстой кишки, частом возникновении метакхронного рака при выполнении сегментарной резекции толстой кишки. В структуре заболеваемости рак желудка находится на 2 месте, в то время как у европейских больных рак желудка занимает лишь шестое место. У российских пациентов с синдромом Линча мутация в гене MLH1 встречается в 60% случаев.

1253. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПЛАНОВЫХ И ЭКСТРЕННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ШЕЕ

*Романчишен А.Ф. (1), Гостимский А.В. (1),
Мосягин В.Б. (1,2), Рыльков В.Ф. (2),
Карпатский И.В. (1), Вабалайте К.В. (1),
Лисовский О.В. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»,
- 2) ГБУЗ «Городская больница № 26»

Введение. Основные доступы на шею должны быть анатомичными, обеспечивать оптимальный обзор, в неотложной ситуации легко и быстро выполняться, иметь возможность к расширению и



быть косметичными.

Материалы и методы. В работу вошли результаты более чем 35000 плановых хирургических вмешательств на щитовидной (ЩЖ) и околощитовидных железах, а также лимфатических коллекторах шеи, выполненных в 1975-2016 гг коллективом Центра эндокринной хирургии и онкологии. На основе полученных данных разработаны новые варианты доступов для выполнения гемитиреоидэктомии и шейной диссекции. С 2005 по 2015 гг. в экстренном порядке оперирован 191 пациент с повреждениями шеи. Чаще всего (72,3%) применялась колотомия по Разумовскому. Срединные продольные разрезы использованы в 16,1% случаев. Для доступа к третьему сегменту позвоночной артерии использовался модифицированный доступ Друнера – 6,8%. Воротникообразные разрезы составили 4,8%. Результаты и обсуждение. Наиболее косметичны воротникообразные разрезы, так как они соответствуют линиям кожного натяжения. Наиболее распространенными является доступ Кохера. Он используется коллективом Центра как основной при вмешательствах на ЩЖ с отличным косметическим результатом в 99,1% случаев. В 2013 г нами предложен вариант доступа для гемитиреоидэктомии (патент №2545441), примененный у 50 больных. Разрез выполняется вдоль ключицы в проекции ее средней трети, после чего кивательная мышца смещается медиально, рассекаются короткие мышцы шеи. Основным недостатком воротникообразных доступов является сложность широкой ревизии. Именно из-за этого они применялись нами редко у экстренных больных. Наличие жизнеугрожающих осложнений часто не оставляет времени на раздумья и поиск наиболее косметически удачного разреза. На первом месте оказывается скорость и простота доступа, возможность быстрого и безопасного расширения, что соответствует разрезу вдоль переднего или заднего края кивательной мышцы. К сожалению, ретракция продольного рубца может вызвать заметные деформации кожи. Доступы вдоль внутреннего края кивательной мышцы длительное время применялись нами при выполнении плановых шейных лимфодиссекций. Однако недостаточное качество рубца заставило искать более удачный разрез. В 1992 году А.Ф. Романчишениным предложен комбинированный волнообразный доступ по передней поверхности кивательной мышцы с переходом в воротникообразный разрез (патент №1647951). За счет приближения к линиям Лангера удалось достигнуть лучшего косметического эффекта. Тем не менее, доступ имеет несколько проблемных моментов: формирование лоскутов требует времени и аккуратности оперирующего хирурга. Качество рубца зависит от ширины волн – использование узких лоскутов чревато развитием

некрозов. Также косметический результат зависит от точности сопоставления лоскутов на финальных этапах. Использование доступа у 1122 больных на протяжении 10 лет позволило накопить опыт и добиться превосходных результатов. В 2010 году коллективом Центра опробован доступ W. F. Mac Fee из двух параллельных дугообразных разрезов. За счет соответствия доступа естественным складкам на шее, следовало ожидать неплохой косметический результат. Первые сомнения относительно его удобства для ревизии шеи и удаления лимфатических узлов быстро развеялись. Мы применили его у 267 больных с превосходным косметическим результатом. Следует также отметить удобность, скорость выполнения разреза, отсутствие сложностей при закрытии раны. Выводы. 1. Наилучшим косметическим эффектом на шее обладают воротникообразные доступы, которые могут применяться у плановых и экстренных больных. 2. Наиболее удобным доступом для вмешательств на регионарных лимфатических узлах шеи следует признать доступ W.F. Mac Fee. Несколько более сложным, но дающим хороший косметический результат является волнообразный разрез. 3. Оптимальным для ревизии органов шеи в экстренных ситуациях является доступ по переднему краю кивательной мышцы.

1254. ОБОСНОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Майстренко Н.А.(1), Ромащенко П.Н. (1),
Криволапов Д.С. (1), Пришвин А.П. (2)
Санкт-Петербург*

- 1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
- 2) Многопрофильная клиника им. Н.И. Пирогова

Широкое внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических технологий способствовало их применению в хирургии щитовидной железы (ЩЖ), однако критерии отбора больных для малоинвазивных вмешательств до сих пор остаются предметом дискуссии. Цель исследования – уточнить критерии отбора больных для выполнения видеоассистированных, эндоскопических, а также оперативных вмешательств на ЩЖ из открытого мини-доступа.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 189 больных хирургическими заболеваниями ЩЖ, прооперированных с применением минимально инвазивных методик. Обследование больных



осуществлялось в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями. Показаниями к хирургическому лечению являлись: фолликулярная опухоль ЩЖ у 91 (48,1%) больного, нетоксический узловой зоб с компрессией органов шеи – у 44 (23,3%), узловой токсический зоб – у 16 (8,5%), диффузный токсический зоб – у 6 (3,2%), высокодифференцированные формы рака ЩЖ – у 32 (16,9%). Все больные были разделены на три группы: 1-ю (n=30) составили пациенты, прооперированные с применением видеоассистированного минидоступа (МИВАТ) на передней поверхности шеи; 2-ю (n=61) – трансаксиллярного трансареолярного эндовидеохирургического доступа (ТТЭД), 3-ю (n=98) – минимально инвазивного неэндоскопического (МИТ). Критерии отбора пациентов соответствовали общепринятым (P. Miccoli, 2016). Результаты исследования. Анализ оперативных вмешательств показал, что тиреоидэктомия была выполнена у 62 (32,8%) больных, гемитиреоидэктомия – у 89 (47,1%), удаление доли ЩЖ – у 23 (12,2%), субтотальная резекция ЩЖ – у 15 (7,9%). Интраоперационные осложнения возникли у 3 (1,6%) больных, прооперированных по методике ТТЭД и явились основанием для конверсии доступа. Послеоперационные осложнения развились у 10 (5,3%) больных и носили транзиторный характер: односторонний парез гортани возник у 5 больных (при технике МИВАТ у 1, ТТЭД – у 2, МИТ – у 2), гипопаратиреоз – у 2 (в группах МИВАТ и ТТЭД), гематомы в области оперативного вмешательства – у 3 (по 1 в каждой группе). Развитие осложнений было сопряжено с техническими трудностями операции, обусловленными большим размером узловых образований и объемом ЩЖ, аутоиммунным воспалением ткани ЩЖ при токсических формах зоба и аутоиммунном тиреоидите, загрудинным расположением зоба, необходимостью выполнения центральной лимфодиссекции при метастатическом поражении лимфатических узлов. Критический анализ результатов хирургического лечения позволил уточнить критерии отбора пациентов для выполнения минимально инвазивных вмешательств на ЩЖ. МИВАТ является операцией выбора при фолликулярных опухолях и коллоидных узлах с компрессией органов шеи диаметром 50 мм без загрудинного распространения, объеме щитовидной железы >50 см³ и высокодифференцированных формах рака с минимальным распространением и регионарными метастазами в 6 группу лимфатических узлов (T1-3N0-1aM0). Во всех остальных случаях целесообразно выполнять традиционные оперативные вмешательства. Таким образом, анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о необходимости обоснованного подхода к отбору пациентов с хирургическими заболеваниями ЩЖ

для выполнения малоинвазивных оперативных вмешательств. Обеспечение методичности и безопасности выполнения технических приемов с обязательным использованием интраоперационного нейромониторинга и визуализацией парашитовидных желез способствует минимизации частоты развития специфических осложнений, хирургической травмы и сроков пребывания больных в стационаре, улучшению косметических результатов и качества жизни больных.

1255. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ ТОЧЕК ПОСТАНОВКИ ТРОАКАРОВ ДЛЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВИЗИИ ХОЛЕДОХА

*Мосягин В.Б. (1,2), Гостимский А.В. (1),
Калинина М.А. (2), Карпатский И.В. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»,
- 2) ГБУЗ «Городская больница № 26»

Введение. Холедохолитиаз является достаточно частым осложнением желчнокаменной болезни. Материал и методы. Экспериментально-анатомическая часть выполнена с целью обоснования техники эндовидеохирургической ревизии холедоха. Применено математическое моделирование, основанное на результатах антропометрических исследований 110 человек. Для подтверждения возможности выполнения операций из рассчитанных точек, техника эндовидеохирургической холедохотомии опробована на 22 нефиксированных трупах. Клиническая часть исследования основана на анализе результатов лечения 297 пациентов с холедохолитиазом. Из них у 144 эндовидеохирургические вмешательства выполнены из рассчитанных по предложенной нами методике точек. В 110 случаях лапароскопические операции выполнены из традиционных точек доступа. Результаты и обсуждение. Проведены антропометрические измерения у 110 пациентов с холедохолитиазом. Нормостеническая конституция (межреберный угол 86-1050) встретилась у 45 (40,9%) больных. В 34 (30,9%) наблюдениях выявлена астеническая конституция с межреберным углом менее 850, гиперстеническая с углом более 1050 – у 31 (28,2%) больного. Наиболее близкое к оптимальному расстояние между инструментами (13-14 см), обеспечивающее угол операционного действия (УОД) 80-900 и наибольшую свободу действия инструментов, наблюдалось у гиперстеников. У большинства нормостени-



ков расстояние составляло 10-12 см, а УОД 70-800, что также позволяло осуществлять манипуляции на холедохе. У 14 (32,0%) больных нормостенического телосложения с низким расположением края печени точки введения троакаров смещались ниже, что приводило к уменьшению расстояния между ними и уменьшению УОД. Оптимальными условиями для выполнения холедохотомии, по нашим данным, являются: глубина действия инструмента (ГДИ) 22-27см, расстояние от мечевидного отростка до точки эпигастрального троакара 5-7см, УОД 40-800, угол подъема 35-750. В контрольной группе расстояние от мечевидного отростка до эпигастрального троакара соответствовало условиям только у 75 (68,2%) человек. ГДИ была оптимальна у 92 (83,6%) пациентов, УОД – у 73 (66,3%) больных, а угол подъема – у 76 (69,0%). При соблюдении оптимальных параметров, возможность выполнения лапароскопической холедохолитотомии достигала 90,2%. Однако при несоблюдении одного из необходимых критериев, успешность достигала лишь 63,6%, двух – 25,0%, а трех – до 18,2%. Учитывая полученные данные, у больных основной группы использованы смещенные точки введения троакаров. Установка видеопорта производилось в стандартной верхней параумбиликальной точке. Смещалась точка вкола эпигастрального 10-мм троакара. У астеников она располагалась на $6\pm 1,5$ см ниже мечевидного отростка. У нормостеников и гиперстеников была оптимальна на $8\pm 1,5$ см и $10\pm 1,5$ см соответственно. В основной группе из 144 предпринятых холедохотомий 118 (81,9%) были закончены успешно, причем не потребовалось ни перестановки, ни установки дополнительных троакаров. Длительность операции составила $75,2\pm 13,61$ (55-125) мин. В группе сравнения из 110 предпринятых вмешательств на холедохе только в 68 (61,8%) случаях были успешными. Длительность операций составила $96,2\pm 14,32$ (60-200) мин. Большая продолжительность вмешательства в группе сравнения связана с техническими трудностями при выполнении фиброхоледохоскопии и наложении швов на холедох из-за близкого расположения троакаров у астеников и уменьшения УОД в 37 (33,6%) случаях меньше 350. У 18 (16,4%) больных потребовалась перестановка эпигастрального, а у 27 (24,5%) – постановка дополнительного манипуляционного троакара.

Выводы. 1. Используя точки введения инструментов, основанные на особенности телосложения пациента, возможно выполнение лапароскопической ревизии холедоха без перестановки или установки дополнительных троакаров. 2. Возможность выполнения холедохолитотомии с полноценной ревизией и наложением интракорпорального шва при оптимальном выборе точек введения инструментов достигает 90%.

1256. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ В АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ХИРУРГИИ. АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДВУХ КРУПНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

Сигал Е.И. (1), Бурмистров М.В. (1), Василевский Д.И. (2), Лапшин А.С. (2), Шарапов Т.Л. (1), Федоров В.И. (1), Дворецкий С.Ю. (2), Тарбаев И.С. (2), Прядко А.С. (2,3), Михальченко Г.В. (2,3), Багненко С.Ф. (2)

Казань 2. Санкт-Петербург

1 РКОД МЗ Республики Татарстан.
2 ПСПБГМУ им. И.П. Павлова 3 ЛОКБ

Актуальность. Одной из наиболее сложных проблем оперативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является восстановление барьерной функции желудочно-пищеводного перехода – устранение хиатальной грыжи. Повторная дислокация желудка в грудную полость приводит к разрушению антирефлюксной реконструкции и возврату симптомов заболевания. Частота неудовлетворительных долгосрочных результатов хирургического лечения ГЭРБ колеблется от 10 до 42% и зависит от сроков наблюдения. Основной причиной рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является несостоятельность пластики хиатального отверстия. Анатомическими предпосылками этого являются структурная неполноценность мышечных ножек диафрагмы или значительное их натяжение при больших размерах хиатального отверстия. Для повышения эффективности хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с середины 90-х годов прошлого века при коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы предложено применение протезирующих материалов. Однако целесообразность и безопасность использования полимерных или биологических имплантатов в данной области хирургии остается предметом дискуссии. Преимуществом протезирующих хиатопластик является повышение надежности антирефлюксных реконструкций, недостатком – риск развития специфических осложнений: повреждения пищевода протезом или нарушение его проходимости вследствие интенсивного развития фиброзной ткани.

Материалы и методы. Для оценки целесообразности применения протезирующих материалов в антирефлюксной хирургии проведен сравнительный анализ отдаленных результатов двух крупных клинических центров. В Республиканском клини-



ческом онкологическом диспансере МЗ Республики Татарстан (г. Казань) в период с 1996 по 2017 год было оперировано 1107 пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, развившейся на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Пластика хиатального отверстия при создании антирефлюксной реконструкции выполнялась исключительно собственными тканями. Возраст пациентов варьировал от 15 до 78 лет. Мужчин было 611 (55,2%), женщин – 496 (44,8%). Показанием к хирургическому лечению у 457 (41,3%) больных была рефрактерная к медикаментозной терапии ГЭРБ, у 56 (5,0%) – внепищеводные проявления заболевания, у 129 (11,6%) пациентов – пептические стриктуры пищевода. В 63 (5,8%) случаях показанием к операции были пептические язвы пищевода, в 108 (26,5%) – пищеводные кровотечения. Цилиндроклеточная метаплазия (пищевод Барретта) определили необходимость оперативного вмешательства у 294 (26,5%) пациентов. Большинству пациентов была выполнена операция Nissen-Rossetti – 863 (78%). Фундопликация Nissen была осуществлена 232 (21%), реконструкция по Toupet или Dor – 12 больным (1%). В Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (и Ленинградской областной клинической больнице) в период с 2006 по 2016 год было оперировано 586 пациентов с ГЭРБ. Возраст пациентов варьировал от 19 до 76 лет. Мужчин было 274 (46,8%), женщин – 312 (53,2%). В 412 (70,3%) случаях для пластики хиатального отверстия применялись протезирующие материалы. Показанием к их использованию являлась структурная неполноценность (гипотрофия, фиброз) мышечных ножек диафрагмы или размеры хиатального отверстия 5 см и более. Во всех случаях производилось укрепление протезом традиционной крурорафии. Остальным 174 (29,7%) больным пластика пищеводного отверстия диафрагмы осуществлялась собственными тканями. Показанием к хирургическому лечению у 255 (43,6%) больных была рефрактерная к медикаментозной терапии ГЭРБ, у 97 (16,6%) пациентов – внепищеводные проявления заболевания, у 53 (9,0%) – пептические стриктуры пищевода. В 5 (0,8%) наблюдениях необходимость оперативного вмешательства была обусловлена пищеводными кровотечениями, в 17 (2,9%) – пептическими язвами, в 159 (27,1%) случаев – цилиндроклеточной метаплазией пищевода. Большинству больных была осуществлена операция Toupet – 296 (50,5%) пациентам. В 47 (8,0%) случаях выполнялась реконструкция “short floppy Nissen”. Фундопликация Nissen или Nissen-Rossetti была произведена 215 (36,7%) больным. В 24 (4,1%) случаях выполнялись операции Dor или Watson, в 4 (0,7%) – эзофагогастропластика Hill.

Результаты. Отдаленные результаты у пациентов, оперированных в РКОЦ МЗ Республики Татарстан, прослежены в срок от 6 месяцев до 20 лет. Рецидив ГЭРБ вследствие повторной дислокации желудочно-пищеводного соустья в средостение и разрушения антирефлюксной реконструкции диагностирован у 87 пациентов (7,9%). Отдаленные результаты лечения пациентов, оперированных в ПСПбГМУ им. И.П. Павлова (и ЛОКБ) прослежены в срок от 6 месяцев до 10 лет. Рецидив гастроэзофагеального рефлюкса диагностирован у 36 пациентов (6,1%). Специфических осложнений от применения протезирующих материалов при коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы (миграции имплантата, перфорации полых органов протезом, дисфагии вследствие развития фиброза) не отмечено ни в одном случае. Выводы. 1. Применение протезирующих материалов при коррекции размеров пищеводного отверстия диафрагмы является безопасным, и позволяет снизить частоту неудовлетворительных результатов хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на 2%. 2. Хирургическое лечение ГЭРБ, выполняемое в клинических центрах, обладающих большим опытом в данной проблеме, позволяет добиться хороших отдаленных результатов у подавляющего большинства пациентов, независимо от применяемых методик пластики пищеводного отверстия диафрагмы.

1257. АНТЕГРАДНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

*Меджидов Р.Т.(1), Абдурашидов Г.А.(2),
Меджидов Ш.Р.(2), Скороваров А.С.(2)*

Махачкала

1) ФГБОУ ВО «ДГМУ» МЗ РФ.2) ГБУ «РКБ» МЗ РД.

Введение Ежегодно отмечается рост количества пациентов с механической желтухой, особенно опухолевого генеза. В большинстве случаев хирурги отдают предпочтение двухэтапной тактике лечения, то есть декомпрессия билиарного тракта (БТ) на первом этапе, радикальная либо паллиативная операция на втором. Цель исследования Оценить эффективность атеградной декомпрессии при механической желтухе. Материал и методы. За последние 5 лет в гепатоэндовидоскопическом отделении республиканской клинической больницы прошли обследование и лечение 813 пациентов с механической желтухой. Из них в 409 (49,0%) наблюдениях была произведена двухэтапная



тактика лечения и антеградная декомпрессия БТ произведена 285 (69,6%) случаях. Наружное дренирование выполнено в 239 (84,0%) наблюдениях, наружно-внутреннее -42 (14,6%), стентирование БТ -4 (1,4%). Для проведения антеградной декомпрессии БТ использованы такие технические средства, как : УЗ-аппарат, рентгенустановка С-дуга, комплект для проведения чрескожной чреспеченочной холангиостомии(ЧЧХС), билиарный стент. Результаты Неудачная попытка проведения ЧЧХС отмечена в 8 (2,8%). Гемобилия, которая потребовала проведения лечебных мероприятий имела в 15 (5,2%) случаях, дислокация катетера отмечена в 8 (2,8%), атеградная декомпрессия оказалась неэффективной в 7 (2,5%) наблюдениях. Второй этап оперативного лечения проведен в 231 (81,0%) наблюдениях, из них радикальная операция выполнена в 89 (38,5%) случаях, паллиативная-142 (61,5%). Наружное либо наружно-внутреннее дренирование БТ явились окончательными лечебными мероприятиями у 52 (18,2%) пациентов. Постдекомпрессионные синдромы развились у 16 (5,6%) пациентов. После антеградной декомпрессии БТ умерло 2 (0,7%) пациента, причина - печеночная недостаточность. Заключение Антеградная декомпрессия БТ является универсальным способом разрешения холестаза на первом этапе лечения пациентов с механической желтухой и можно использовать при всех формах обструкции БТ. При наружно -внутренней декомпрессии реже встречаются постдекомпрессионные синдромы.

Оценить возможность и эффективность лечения непаразитарных кистозных образований печени перкутанной пункцией и склеротеропией под УЗ-навигацией.

Материалы и методы Нами проведен анализ результатов лечения 86 пациентов с непаразитарными кистами печени. Солитарные кисты отмечены в 60 (72,0%) наблюдениях, множественные – в 26 (28,0%). В 55 (64,3%) случаях диаметр кист не превышал 5,0 см; в 22 (25,3%) наблюдениях диаметр кисты находился в пределах от 5,0 см до 10,0 см; в 7 (8,1%)-от 10,0 до 20,0 см и в 2 (2,3%) случаях диаметр превышал более 20,0 см. Для пункции кисты использовали троакарный стилет (диаметр-0,38 дюйм) и доставочная канюля. В качестве склерозанта использован 96 о этанол. Результаты Реализовать пункционно – склерозирующий метод лечения удалось у 52 (60,1%) пациентов. Интраоперационные осложнения были отмечены в 2 случаях(3,8%), послеоперационные осложнения возникли в 2 случаях (3,8%). Рецидив кисты после проведенной склеротеропии отмечены у 5 (9,6%) пациентов. Общее осложнение связанное с действием склерозанта на организм в виде повышения температуры тела и активации печеночных трансаминаз имелись у 1 (1,9%) пациентов. Заключение Пункционно – склерозирующий способ лечения непаразитарных кист печени под УЗ-навигацией является наиболее щадящим, эффективным и малозатратным методом. Кроме того он имеет хороший косметический эффект.

1258. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗ-НАВИГАЦИЕЙ

Меджидов Р.Т., Абдурашидов Г.А., Гасанов Х.М., Хабибулаева З.Р.

Махачкала

ГБУ « Республиканская клиническая больница»
МЗ РД

Введение. Непаразитарные кисты печени выявляются у 1 % населения. Основным методом диагностики кист печени является УЗИ. Киста может быть солитарной и нередко встречается поликистоз печени. При них могут быть и осложнения, такие как: нагноение, кровотечение в полость кисты, либо в свободную брюшную полость вследствие ее разрыва, механическая желтуха, печеночная недостаточность. Наличие кистозных образований в печенистораживают пациента и он требует у хирурга решения вопроса. Цель исследования

1259. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ

Пилькевич Д.Н. (1), Скорняков С.Н. (1), Лехляйдер М.В. (2), Медяков А.С. (2), Горбунов Т.Ю. (2), Гатаутов Д.М. (2)

Екатеринбург, 2) Челябинск

- 1) ФГБУ Уральский НИИ Фтизиопульмонологии
- 2) ГБУЗ Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Актуальность: Диффузное поражение легких до настоящего времени остается сложной для диагностики проблемой. Несмотря на значительное развитие инструментальных, в том числе биопсийных, и лабораторных методов диагностики в ряде случаев не удается верифицировать патологический процесс в легких без применения хирургического вмешательства. Видеоторакоскопия в настоящее время является методом выбора для



получения хирургического биоптата ткани легкого для дифференциальной диагностики.

Материал и методы: Это ретроспективное клиническое исследование включило 258 пациентов (132 женщин), которым в период 2006-2015 гг выполнялись диагностические видеоторакоскопии с биопсией легкого. Средний возраст составил 43 года (от 17 до 75 лет). Слева произведено 168 операций, справа – 90. Диссеминация в легком сопровождалась внутригрудной лимфаденопатией (10), спонтанным пневмотораксом (3), экссудативным плевритом (7). Операции выполнялись под комбинированным интубационным наркозом у 243 пациентов (в том числе с отдельной интубацией бронхом у 207), внутривенным наркозом (5) и местной анестезией (10). Биопсия легкого выполнялась щипцовая (77), степлерная (179) и дополнительно плевры (72). Средняя продолжительность операции и составила 21,5 мин (от 5 до 105), средняя интраоперационная кровопотеря – 7,4 мл (от 2 до 70). Результаты: При комплексном обследовании пациентов были выявлены следующие заболевания: саркоидоз (124), диссеминированный туберкулез легких (33), пневмокониоз (8), альвеолиты (17), интерстициальная пневмония (35), канцероматоз легких (13), хроническая обструктивная болезнь легких (7), поражение легких при системных заболеваниях (2), гистиоцитоз Х (6), болезни накопления (2), лейомиоматоз (2), легочной кандидоз (1), сочетание саркоидоза и туберкулеза (1), прочие (7). Диагностическая эффективность щипцовой биопсии легкого при видеоторакоскопии составила 98,6%, степлерной биопсии – 100%. Осложнения наблюдались у 6(2,3%) пациентов: замедленное расправление легкого (4), расхождение краев раны (2).

Заключение: 1. Хирургические методы сохраняют свое значение на заключительном этапе диагностики диффузного поражения легких. 2. Видеоторакоскопия не уступает по диагностической эффективности торакотомии, но значительно менее травматична. 3. Щипцовая биопсия легкого при видеоторакоскопии незначительно уступает по эффективности степлерной.

1260. СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ В ФОРМИРОВАНИИ БАЗОВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Александров Ю.К., Потапов М.П., Беляков И.Е., Соколова Е.И.

Ярославль

ЯГМУ

Практико-ориентированный подход к системе подготовки специалистов первичного звена здравоохранения диктует необходимость выработки у студентов базовых профессиональных компетенций в диагностике различной патологии, в том числе хирургической. Важными и неотъемлемыми составляющими таких компетенций являются коммуникативные навыки. Формирование последних представляет серьезную проблему при реализации традиционной модели обучения специалистов в сфере клинической медицины. Использование виртуальной модели обучения, а именно технологии стандартизированного клинического сценария, в рамках преподавания хирургических дисциплин позволяет на основании активного проблемно-ситуационного анализа, основанного на обучении путем погружения в профессиональную среду при решении конкретных ситуационных кейсов, добиться решения реальных образовательных практико-ориентированных задач. Для реализации поставленной цели в качестве модели был взят клинический сценарий – обследование пациента с синдромом острого живота. Технология апробирована на обучающихся 5 курса педиатрического факультета на практических занятиях по госпитальной хирургии. В ходе симуляционного тренинга со стандартизированным пациентом, изображающим хирургическую патологию, испытуемому требовалось показать: 1. Навыки коммуникации; 2. Клиническое обследование пациента с хирургической патологией, выбрав оптимальный с позиций выделенного времени алгоритм действий; 3. Продемонстрировать навык дифференциального диагноза; 4. Способность к обеспечению комплаенса предложенным рекомендациям. Реализация новой для существующей системы медицинского образования симуляционной модели обучения на практических занятиях по хирургии было связано с решением следующих задач: 1) создание необходимых материально-технических условий, в частности, обеспечение аудио- и видео фиксации; 2) привлечение в качестве стандартизированного пациента студентов-тьюторов в условиях отсутствия преподавателей-актеров; 3)



1261. СИМУЛЯЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Александров Ю.К., Ларичев А.Б., Потапов М.П.

Ярославль

ЯГМУ

разработка стандартизированного клинического сценария в методическом плане потребовало от преподавателей новых знаний и навыков. Части обучающимся в виду ограниченности данного образовательного ресурса пришлось выполнять роль экспертов – заполнять заранее подготовленные оценочные листы. Анализ результатов, полученных в ходе реализации данной образовательной технологии позволил сделать следующие выводы: 1. Несмотря на достаточную теоретическую подготовку студентов старших курсов в вопросах диагностики различной хирургической патологии, возникают значительные сложности реализации полученных знаний на практике при конкретной клинической ситуации в рамках стандартизированного клинического сценария; 2. Необходимо дальнейшее совершенствование навыков клинического мышления при решении задач дифференциального диагноза в условиях максимально приближенных к профессиональной среде. 3. Отмечен недостаточный уровень коммуникативной компетентности и, в частности, навыков по разрешению конфликтных и кризисных ситуаций, разрешению вопросов, связанных с обеспечением необходимого комплаенса; Сформулированные выводы отражают общие тенденции практической подготовки при реализации традиционной модели преподавания при том, что некоторыми студентами были продемонстрированы выдающиеся результаты, свидетельствующие о достаточном уровне их подготовки. Однако следует учитывать всю условность обучающей клинической ситуации и ограниченный уровень реалистичности воссоздаваемой профессиональной среды, что, безусловно, не могло не сказаться на полученных результатах и сделанных выводах. Использование стандартизированного клинического сценария на практических занятиях у студентов старших курсов в качестве новой обучающей технологии имеет большие перспективы, позволяет выявить реальные пробелы в практической подготовке обучающихся, сделать больший акцент на преподавании отдельных навыков и компетенций, дать возможность обучающимся применить и закрепить полученные знания на практике в симулированных условиях.

Федеральные государственные образовательные стандарты по специальностям высшего образования "Лечебное дело" и "Педиатрия" (квалификация "специалист") предусматривают приобретение студентом профессиональных компетенций в области диагностики, лечения и профилактики различной патологии, в том числе хирургической. Традиционная модель практической подготовки "обучение у постели больного" не всегда гарантирует соблюдение прав пациента, а в случае с отработкой инвазивного навыка может быть по меньшей мере негуманной. В медицинском образовании применяются уже не один десяток лет вербальные тренинги по типу ситуационных задач и деловых игр, механические тренажеры навыков. Современное развитие науки и техники позволило создать и внедрить в образовательный процесс подготовки врачей виртуальные модели и роботизированные тренажеры-симуляторы, состыковать данную технику со специальной медицинской аппаратурой, организовав учебную копию профессиональной среды. Для развития у обучающихся широкого спектра профессиональных компетенций и прочного закрепления клинических навыков без риска нанесения вреда пациенту в 2009 году в Ярославском государственном медицинском университете был создан центр симуляционного обучения. Обучение компетенциям в области хирургии у студентов лечебного и педиатрического факультетов начинается с дисциплины "Уход за хирургическими больными". В рамках симуляционного тренинга преподаватель может препарировать любой навык на отдельные составляющие, побуждать обучающихся к дискуссии с целью обоснования выбранной позиции. В рамках дисциплины "Общая хирургия" студенты 2-3 курсов имеют возможность на практике закрепить теоретические знания по асептике и антисептике, пройти практический тренинг по основам первой помощи при ранениях, кровотечениях, ожогах, шоке и другой травме. Задачей подготовки будущего специалиста на данном этапе является доведение до автоматизма базовых навыков неотложной помощи. В рамках темы практических занятий "Основы анестезиологии и реанимации" студенты тренируются навыкам непрямого массажа сердца



и искусственной вентиляции легких. Возможность объективной оценки приобретаемого навыка является мощным стимулом к совершенствованию практической подготовки студента. Симуляционный тренинг сценарного типа предусматривает 3 основных этапа: непосредственно сама симуляция, дебрифинг (анализ действий участников симуляции, разбор ошибок и т.д.), подведение итогов. Погружаясь в искусственно воссозданную клиническую ситуацию (острая боль в животе, пневмоторакс, острая кровопотеря, анафилактический шок и т.д.), обучающийся начинает действовать исходя из имеющихся к тому времени у него знаний, опыта и переживает стресс. Уникальной особенностью симуляционного тренинга является его безопасность для пациента. Испытуемый может совершать любые ошибки, разбор которых на этапе дебрифинга усиливает позитивный образовательный эффект. Центр симуляционного обучения ЯГМУ – это то место, где на ошибках можно учиться. Использование симуляционных обучающих технологий конечно же не заменит реальность. Но независимо от того, насколько будет усовершенствована технология или повысится ее надежность, всегда наступит "первый раз", когда придется оказать помощь или выполнить манипуляцию на "реальном пациенте". Вероятность успеха при первом реальном опыте после прохождения симуляционного курса значительно возрастает. Несмотря на все перспективы развития симуляционных технологий в практико-ориентированной подготовке специалистов, существуют и сложности во внедрении симуляции в образовательный процесс: высокая стоимость приобретения и обслуживания оборудования, трудности воссоздания условий с максимальной степенью реалистичности; необходимость подготовки нового типа преподавателя, владеющего не только специальными знаниями, но и навыками работы со сложным в техническом плане оборудованием; трудности профессиональной мотивации преподавателей учебного центра.

1262. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Белик Б.М. (1), Баев О.В. (1), Скорляков В.В. (1), Подина М.В. (1, 2)

Ростов-на-Дону

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

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопического гемостаза (ЭГ) в лечении больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ОЯГДК).

Материал и методы. Анализ клинических наблюдений включает 228 больных с ОЯГДК, находившихся на лечении в хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко» г. Ростова-на-Дону за период с 2011 по 2015 гг. У 125 (54,8%) больных кровоточащая язва локализовалась в желудке и у 103 (45,2 %) – в двенадцатиперстной кишке. Размеры язвенного дефекта варьировали от 0,5 до 4,0 см. У 56 (24,6 %) больных отмечена кровопотеря I степени, у 82 (36,0 %) – II степени и у 90 (39,5 %) – III степени. Все пациенты в полном объеме получали комплексную многокомпонентную интенсивную терапию, включая внутривенное введение ингибиторов протонной помпы в максимальных дозах. При экстренной эзофагогастродуоденоскопии у 80 (35,1 %) пациентов установлено наличие признаков активно продолжающегося кровотечения (тип F I) и у 148 (64,9 %) – состоявшегося кровотечения (тип F II). Из 228 пациентов у 54 (23,7%) в условиях продолжающегося струйного кровотечения (Forrest Ia) ЭГ был изначально безуспешным или вообще не выполнялся. Все данные пациенты были оперированы в экстренном порядке. У 174 (76,3%) больных в процессе лечения осуществлялся ЭГ. С целью остановки и профилактики рецидива гастродуоденального кровотечения у больных использовали различные методы ЭГ: инфильтрацию ткани язвы и периульцерозной зоны гемостатическими и сосудосуживающими средствами (инъекционный метод), диатермокоагуляцию в моно- и биполярном режимах, аргоно-плазменную коагуляцию, клипирование, орошение язвенной поверхности растворами лекарственных средств (гемоспрей). У 53 (30,5 %) пациентов был применен лишь один из методов ЭГ. При этом чаще всего в качестве монотерапии использовали аргоно-плазменную



коагуляцию (25 больных) и диатермокоагуляцию (19 больных). У 121 (69,5%) пациентов применялся комбинированный ЭГ: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо аргоно-плазменная коагуляция) или клипирование. Результаты. Из 174 пациентов с ОЯГДК, которым осуществлялся ЭГ, у 148 (85,1%) удалось добиться остановки кровотечения. При этом у 126 (72,4%) больных получен стойкий гемостаз после одномоментной эндоскопической обработки кровоточащей язвы. У 22 (12,6%) пациентов в связи с неустойчивым гемостазом (Forrest IIa-IIb) или возобновлением кровотечения (Forrest Ib,) производился повторный ЭГ. В последующем все данные пациенты продолжали лечиться консервативно. Из их числа летальный исход наступил у 10 больных пожилого возраста с тяжелым ОЯГДК и наличием сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации. У 26 (14,9%) пациентов ЭГ был неэффективен и в сроки от 12 до 48 часов после его выполнения отмечался рецидив кровотечения. У этих больных кровоточащая язва локализовалась в 9 наблюдениях на малой кривизне желудка и в 17 – на задней стенке двенадцатиперстной кишки. При этом в большинстве случаев края язвенного кратера имели каллезный характер, а его размеры превышали 2 - 2,5 см. У всех этих пациентов было выполнено срочное оперативное вмешательство. При этом за счет ЭГ, имевшего временный характер, у больных удалось провести полноценную предоперационную подготовку, что в значительной мере снизило риск хирургического вмешательства. Из их числа умер 1 больной. В целом из 228 больных с ОЯГДК были оперированы 80 (35,1%) пациентов. Из их числа умерли 9 пациентов (послеоперационная летальность – 11,2%). Общая госпитальная летальность составила 8,3% (умерли 19 больных). Выводы. У больных с ОЯГДК наиболее эффективным является комбинированный ЭГ: аргоно-плазменная коагуляция в сочетании с инъекционным методом или клипированием. При кровоточащих больших каллезных язвах, локализующихся на малой кривизне желудка или задней стенке двенадцатиперстной кишки, а также продолжающемся струйном кровотечении (Forrest Ia) ЭГ, как правило, неэффективен или является временным. Вместе с тем временная остановка кровотечения у пациентов с высоким риском его рецидива позволяет провести качественную предоперационную подготовку и произвести срочное хирургическое вмешательство (в течение 24 часов), существенно снизив риск его выполнения.

1263. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛИТОМ РЕБЕР, ХРЯЩЕЙ И РЕБЕРНЫХ ХРЯЩЕЙ

Тетюшкин С.Н., Катасонов В.М., Колмаков Д.А., Дергунов И.В.

Тольятти

ГБУЗ СО ТГБ №4

Цель: поделиться собственным опытом лечения больных, с остеомиелитом ребер, грудины, реберных хондритов и остеоартриты грудино-ключичных сочленений. Определить оптимальную тактику лечения. Материалы и методы: за последние 5 лет, в отделении гнойной хирургии ГБУЗ СО ТГБ № 4 прошло лечение 36 человек с гнойными процессами, поражающими ребра, грудину, хрящи грудной клетки. На основании собственного опыта мы разделили пациентов по причинам возникновения остеомиелита на следующие группы: а) посттравматический - травма, осложненная нагноением; б) послеоперационный - после стернотомии; в) септический — вследствие распространения инфекции из первичного очага поражения на костно-хрящевые структуры грудной клетки. Результаты: В операционной во всех случаях проводилось вскрытие всех гнойников локализованных на грудной клетке с иссечением некротизированных тканей с использованием принципов радикальной хирургической обработки раны, разработанной в ИХ им. А.В.Вишневского. После чего выполняли тщательную ревизию раны, и при обнаружении некротического поражения хрящей, ребер, грудины выполняли радикальную секвестрэктомию. В случае поражения ребра выполняли его поднадкостничную резекцию, если в процесс вовлечен хрящ, то выполняли поднадхрящичную резекцию хряща, но удаляли его на уровне костной части ребра. Костный опил укрывался окружающими тканями. Оставление костного опилов открытым приводило к продолжению остеомиелитического процесса на ребре, оставление части хряща не резецированным также зачастую приводило к продолжению гнойной хондрита, а в дальнейшем и к остеомиелиту ребра. Обширная секвестрэктомия приводила к образованию обширных ран на передней грудной стенке, однако они активно и хорошо заживали вторичным натяжением, с образованием плотных рубцов и структур, патологическая подвижность грудной стенки уменьшается и в дальнейшем расстройств дыхания не возникает, на месте удаленных ребер и хряще образуется новая плотная рубцовая ткань. В случаях лечения нагноения после стернотомий, после вскрытия гнойника и ревизии раны, мы удаляли все серк-



ляжи, так как гнойный процесс на груди не всегда имел распространенный характер по всей длине стернотомии. Оставление серкляжей приводило к хронизации процесса и его прогрессированию. Удалив серкляжи выполняли секвестрэктомию в ране и в дальнейшем рану лечили исходя из принципов активной хирургической тактики. Раны заживали вторично. В случаях лечения остеомиелита поверхностных (кортикальных) слоев грудины, нами выполнялась секвестрэктомия кортикального слоя (поверхностного) с помощью долота или костных ложечек, до губчатого вещества, до «кровоавой росы». В дальнейшем, на этом месте, появлялись грануляции и краевая эпителизация. При поражении грудино-ключичных суставов нами выполнялась радикальная резекция данного сустава в пределах здоровых тканей с обязательным ушиванием резецированных костей местными тканями и восполнением дефекта, образующегося на месте резекции, участком большой грудной мышцы (миопластика с наложением первичных швов на рану, с дренированием). Обсуждение и выводы: Во всех случаях наступило заживление ран, первично или вторично. Сроки заживления составили от двух недель в случаях первичного до 2-3 месяцев в случаях заживления вторичным натяжением. Лечение пациентов с гнойно-некротическими процессами грудной клетки с поражением костей, хрящей и грудины является сложной задачей, требующей комплексного подхода с применением радикальной хирургической тактики, неоднократных санирующих операций и проведения интенсивной терапии хирургической инфекции и сопутствующих патологий.

1264. МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА ОТ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ ПИРОГОВА К ВОЕННО-ГОРОДСКОЙ ХИРУРГИИ СОВРЕМЕННОСТИ

Синькова В. К., Князев В. Н.

1) Москва, 2) Долгопрудный

1) ГБПОУ ДЗМ «МК №7, филиал Тимирязевский», фельдшерское отделение неотложной помощи, 2) Военный клинический госпиталь РФ, поликлиника №4 (Водники), Долгопрудный

ГБПОУ ДЗМ «МК №7, филиал Тимирязевский», фельдшерское отделение неотложной помощи, г. Москва, Россия Военный клинический госпиталь РФ, поликлиника №4 (Водники), Долгопрудный, Россия Как мы знаем, цель медицинской сортировки – распределить всех раненых и пострадав-

ших на группы в соответствии с их нуждаемостью в однородных профилактических, лечебных и эвакуационных мероприятиях. Исторический взгляд возвращает нас к временам Военно-полевой хирургии Пирогова, когда в осажденном Севастополе (Крымская война 1854-1855), где госпитали и лазареты были переполнены ранеными и тифозными, и суждено было ей родиться. Введенное Пироговым деление раненых на 4 группы в зависимости от тяжести состояния и развития раневых гангренов остановило в какой-то мере хаос и неоправданную гибель людей от травматической эпидемии. В дальнейшем заложенные Н.И. Пироговым принципы сортировки совершенствовались в ходе последующих двух мировых войн усилиями В.А. Опделя, Н.Н. Бурденко, Б.К. Леонардова, Е.И. Смирнова до системы этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. И здесь нам важно подчеркнуть, что ещё сто лет назад, выступая на Съезде хирургов в 1916 году, Опдель высказал суть этой системы простыми словами: «Раненый должен получать помощь там, где он в ней нуждается». В настоящее время основу медицинской доктрины в области хирургии катастроф и так называемой военно-городской хирургии составляет та самая вековая отечественная военно-полевая медицинская сортировка. Это подтверждается опубликованными с 1990 года совместными с зарубежными специалистами научными работами, в частности, с «отцом медицины катастроф», руководителем группы ученых Центра медицины катастроф в Питтсбурге профессором П. Саффаром. Участвуя в III съезде врачей неотложной медицины в Институте имени Н.В. Склифосовского (2016) во время показательных учений, мы могли видеть организацию медицинской сортировки в условиях военно-городской хирургии современности при массовых поражениях, которая отражала следующие принципы: 1. Проводится непрерывно от момента поступления пострадавших до их эвакуации. 2. Следует проводить на основе синдромного подхода. 3. Принято начинать медицинскую сортировку с категории тяжелораненых с травматическим шоком, которые потом направляются в операционную и шокую по жизненным показаниям. 4. На сортировочную площадку, как правило, выходят начальник медслужбы и главный хирург, т.е. администратор и клиницист. Они проходили красной линией и в докладах на Международном Форуме «Хирурги против терроризма» в Институте хирургии имени А.В. Вишневского (2016). Несомненно, Пироговская сортировка навечно вошла в историю отечественной и мировой медицины. Она знаменовала собой новый этап в развитии системы оказания помощи раненым, так как позволяла с наибольшей полнотой использовать наличный врачебный персонал, которого всегда



не хватало, и своевременно оказывать помощь в первую очередь той категории раненых, которые в ней действительно нуждались. Спустя много лет в своем труде «Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 году» Н.И. Пирогов напишет: «Я первый ввел сортировку раненых на Севастопольских перевязочных пунктах и уничтожил этим господствующий там хаос. Я горжусь этой заслугой».

1265. ХАРАКТЕРИСТИКА ОТМОРОЖЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ЧС И БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Князев В.Н. Козырьков В. А.

Долгопрудный, 2) Москва

- 1) Военный клинический госпиталь РФ, поликлиника №4 (Водники), Долгопрудный,
- 2) ГБПОУ ДЗМ «МК №7, филиал Тимирязевский» фельдшерское отделение неотложной помощи

Под гипотермией понимают снижение внутренней температуры тела ниже 35° С, когда возникает холодная дрожь, прогностический признак замерзания (Адамс Х.-А., Холодовые повреждения, Атлас по неотложной помощи, 2009). Холод может оказывать на организм и местное повреждающее действие, вызывая поверхностные и глубокие отморожения. В боевой обстановке неизбежны ситуации, при которых невозможно устранить поражающее действие низких температур. Поэтому значительные потери от холодových поражений наблюдались почти во всех войнах (В.А. Долинин, В.М., Бурмистров, Поражения холодом, Военно-полевая хирургия, 1994). Окунувшись в исторические события, мы видим частоту холодových травмы в войнах XX века в структуре боевой хирургической травмы, которая выглядит следующим образом: Советско-финляндская война (1939-1940): Красная армия - 9,4%, Финская армия - 12%; Итало-греческая война (1940-1941) - 31-32%; Великая Отечественная война (1941-1945) - 2-4%; Война в Афганистане (1979-1989) – 1-2 %; Боевые действия в Чеченской республике (1994-1996) -1,6 %. На современном этапе в структуре боевой хирургической патологии холодových повреждения как один из видов боевой травмы составляют в целом 1-2 % (Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х., Отморожения в современной боевой патологии, Военно-медицинский журнал №1, 2002). Наиболее опасными для возникновения холодových поражений являются ведение боевых действий в горах, воздушные и морские операции, рейды, дозоры, длительные марши в холодное время года. Этому способству-

ют такие факторы, как повышенная влажность воздуха, ветер, ношение промокшей одежды и обуви, травмы, физическое и психическое утомление. Для характеристики местных отморожений необходимо учитывать их вид, степень, распространенность и локализацию. Важным критерием, определяющим степень отморожения, является глубина некроза тканей, так как в патогенезе ведущая роль принадлежит нарушениям кровоснабжения и иннервации. В локальных военных конфликтах и различных ЧС современности основным видом холодových травмы становится поражение от действия сухого мороза (собственно обморожение) с учетом влияния возможных способствующих его развитию перечисленных факторов. При ведении боевых действий в горах весьма значимым фактором является гипоксия («высотные» отморожения). В условиях слабopоложительных температур длительное пребывание в сырой обуви приводит к развитию «траншейной стопы». Важно отметить, что в результате различных осложнений отморожений, чаще всего инфекционных, возможен и смертельный исход. В Крымскую войну (1854-1855) по материалам Florcken, Н.И. Пирогова, Sonnenburg, Tschmarke и др. летальность от холодových травмы достигала 23% всех случаев отморожения (Т.Я. Арьев, Ожоги и отморожения, 1971). Если мы раскроем рассказ Джека Лондона «Костер» о золотоискателе, который рискнул в одиночку отправиться на поиски золота и, замерзая, погибает, то красочно проследим описание клинических стадий замерзания. В наши дни в неотложных случаях отморожения смерть очень редка и, конечно же, для героя в рассказе было бы спасением оказание своевременной помощи службой медицины катастроф.

1266. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАДНЕЙ СЕПАРАЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДИННЫМИ ГРЫЖАМИ

Егиев В.Н., Кулиев С.А., Евсюкова И.В.

Москва

ФПК МР МИ РУДН,
кафедра хирургии и онкологии.

Лечение послеоперационных вентральных грыж остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. Формирование послеоперационной вентральной грыжи является наиболее частым осложнением после лапаротомии и составляет 2-25%. По данным зарубежной литературы, частота возникновения послеоперационной вентраль-



ной грыжи после натяжной пластики составляет от 25% до 54%, с использованием сетчатого имплантата до 32%. Вариантом оперативного лечения пациентов с послеоперационной вентральной грыжей с шириной дефекта более 10см является задняя сепарационная пластика. Способ задней сепарационной пластики подробно описан Y.W.Novitsky и соавт в 2009г. Актуальность. В отечественной литературе нами не найдены работы, в которых оценивались отдаленные результаты, качество жизни пациентов после выполнения грыжесечения, задней сепарационной пластики. Цель нашего исследования была оценить характер осложнений и качество жизни пациентов после выполнения задней сепарационной пластики. Материалы и методы. В период с января 2014г по январь 2017г, в герниологическом центре ГКБ №1, на кафедре хирургии и онкологии ФПК МР МИ РУДН, 51 пациенту выполнено оперативное лечение – грыжесечение, задняя сепарационная пластика передней брюшной стенки с пересечением поперечных мышц. При проведении исследования нами учитывались следующие характеристики пациентов: возраст, пол, индекс массы тела, сопутствующая патология, количество предыдущих операций на органах брюшной полости, отдельно учитывались операции по поводу грыж и раневые инфекции. Проводилась оценка риска возникновения тромбоза глубоких вен по шкале Caprini. Данные, полученные во время операции, включали: площадь дефекта, тип, размеры сетчатого имплантата, метод фиксации сетчатого имплантата, наличие или отсутствие дренажей. Длительность операции. Проводилось измерение внутрибрюшного давления до и после операции. В послеоперационном периоде отмечалось отсутствие или необходимость пациентов в нахождении в условиях реанимации, длительность госпитализации, длительность стояния дренажей, наличие ранних осложнений. Проводилась оценка результатов УЗИ, МСКТ брюшной полости на 4-5 сутки после операции. Послеоперационная оценка включала осмотр через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год и затем ежегодно. МСКТ выполнялось всем пациентам через 3 месяца, через 1 год и далее ежегодно. Оценка качества жизни пациентов осуществлялась с использованием опросника MOS SF -36, EuraHS Quality Of Life score. Результаты. В исследование включен 51 пациент. Соотношение мужчин и женщин одинаковое, средний возраст пациентов составил 56 лет. Большинство пациентов имело ИМТ ≥ 30 (69%). Из сопутствующей патологии следует выделить сахарный диабет 2 типа, это 9 пациентов (17,8%), онкологию – 4 пациента (7,8%). Оперативное лечение на органах брюшной полости перенесли все пациенты. Преимущественно выполнялись оперативные вмешательства в связи с панкреоне-

крозом, язвенной болезнью, ЖКБ, гинекологией, перитонитом. 10 пациентов перенесли оперативное лечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи, из них 4 пациентам выполнено оперативное лечение по поводу рецидива грыжи. У 1 пациентки после оперативного лечения возник длительно незаживающий свищ, 1 пациенту в связи с нагноением, выполнено удаление сетчатого имплантата. В своей работе мы использовали легкий полипропиленовый сетчатый имплантат, фиксация осуществлялась трансдермально в 6 точках с помощью монофиламентной нити с длительным сроком рассасывания. Длительность операции составила 177,2 мин (100 – 340 мин). Дренажи устанавливались на сетчатый имплантат. Средние сроки стояния дренажей – 4,9 (2-11) дней. Апоневроз ушивался непрерывным швом монофиламентной нитью с длительным сроком рассасывания. Средние сроки госпитализации составили 8,5 к/д, пациенты нуждающиеся в наблюдении в условиях реанимации – 16 (32%). Ранние послеоперационные осложнения со стороны послеоперационной раны – 9,8% (гематома 5,9%, серома 3,9%). Пневмония - 2 пациента (3,9%), тромбоз сосудов нижних конечностей – 3 пациента (5,9%), ТЭЛА – 1 пациент (1,96%). Повторное оперативное вмешательство потребовалось 3 пациентам. В связи с развитием острой кишечной непроходимости 2 пациента. Разрыв внутренних косых мышц живота 1 пациент. На 7 сутки после выписки повторная госпитализация потребовалась 1 пациенту и на 14 сутки 1 пациенту, по поводу инфицированной гематомы. Выполнено вскрытие, дренирование гематомы. На 14 сутки госпитализирован пациент с пневмонией; серомой послеоперационной раны, проводились пункции жидкостного образования. Поздние осложнения: снижение чувствительности передней брюшной стенки – 3 пациента (5,9%). Рецидив отмечен у 1 пациента через 6 месяцев (1,96%). Летальный исход – 1 (1,96%), в связи с развитием абдоминального компартмент-синдрома. Период наблюдений 11,7мес (1-26 мес). Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью 2 опросников: общий опросник MOS SF-36 и специальный опросник EuraHS Quality Of Life score. Достоверно значимых различий не выявлено по показателям RE (эмоциональное функционирование) и MH (психологическое здоровье) $p > 0,05$. Показатели физического функционирования увеличились на 19,3% через 3 месяца, на 19,8% через 1 год.



1267. СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Гаар Е.В.(1), Зубков И.В.(1), Гаар В.Г.(2),
Коротав П.Н.(1), Головизнин Ю.В (1)

Киров

- 1) НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО РЖД,
- 2) Кировская государственная медицинская академия

Актуальность. Широкое внедрение лапароскопических оперативных методик в практическую хирургию привело к увеличению количества симультанных операций при различных хирургических патологиях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Частота сочетанных заболеваний, требующих хирургической коррекции, достигает по данным различных авторов 63%. Особую значимость имеют сочетание патологий из смежных хирургических специальностей (хирургия, урология, гинекология и т.д.), т.к. для полноценного выполнения симультанных операций в таких случаях необходимо наличие специалистов соответствующего профиля. Возможность выполнения таких операций приводит к значительному снижению травматичности и операционного риска, а также приводит к снижению среднего койко-дня и времени нетрудоспособности пациентов. Цель работы. Обоснование внедрения в практику симультанных хирургических вмешательств при сочетании хирургической и урологической патологий. Материал и методы. В период с 2014 по 2016 годы в хирургическом отделении НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО РЖД выполнено 26 симультанных операций при сочетании различной хирургической и урологической патологий. Женщин было 6(23%), мужчин – 20 (77%). Такое распределение по полу связано с преимущественно мужской урологической патологии у рассматриваемой группы пациентов. Возраст больных был от 22 до 65 лет. Все пациенты были до госпитализации обследованы – выполнялся необходимый минимум лабораторных анализов, УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевых путей, при необходимости – КТ брюшной полости и забрюшинного пространства (при кистах почек). Обязательной была предоперационная консультация уролога. Следует отметить, что в больнице имеется также урологическое отделение. Результаты исследования. Распределение сочетаний патологии было следующим: ЖКБ и кисты почек - 10 больных (38,4%), паховая грыжа и вари-

коцеле слева – 10 больных (38,4%), паховая грыжа и врожденный крипторхизм – 6 больных (23,2%). Все операции выполнялись под комбинированным эндотрахеальным наркозом. В операционную бригаду как правило включался уролог. При сочетании ЖКБ и кист почек выполнялась лапароскопическая холецистэктомия и лапароскопическое иссечение кисты почки с последующим гистологическим исследованием ее оболочек. Следует отметить, что у 8-ми пациентов были кисты правой почки, а у 2-х – левой. Средняя длительность операций в этой подгруппе составила от 100 ± 20 мин. При сочетании варикоцеле и паховой грыжи выполнялось лапароскопическое выделение, перевязка и пересечение яичковой вены и трансперитонеальная лапароскопическая герниопластика. Варикоцеле у всех 10-ти пациентов было слева, левосторонняя и правосторонняя грыжи – в 7-ми и 3-х случаях соответственно. Средняя длительность симультанных операций здесь составила 130 ± 20 минут. Следует отметить, что часть этих операций пришлось на период освоения лапароскопической герниопластики в отделении хирургии, чем и объясняется значительная длительность операций. В случаях одновременного наличия паховой грыжи и атрофированного яичка в брюшной полости (вследствие неоперированного в детстве крипторхизма) оперативное пособие включало лапароскопическую трансперитонеальную герниопластику и лапароскопическую орхиэктомию. У всех пациентов данной подгруппы была левосторонняя паховая грыжа и крипторхизм слева. Среднее время выполнения оперативного пособия составило 100 ± 35 мин. Длительность пребывания пациентов в стационаре после перенесенных симультанных операций была от 4 до 6-ти суток. Послеоперационных осложнений в исследуемой группе пациентов не отмечено.

Выводы: Симультанные операции при сочетании хирургической и урологической патологии позволяют одновременно избавиться от двух патологий в ходе одного вмешательства, что уменьшает уровень стрессовой нагрузки на пациента, уменьшает общее время пребывания пациента в стационаре, имеет значительный экономический эффект. Целесообразно выполнять подобные операции при наличии в штате клиники и хирургов, и урологов.



1268. ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТА ХОЛЕДОХА В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕХОЛОЛИТИАЗА

Толстоколов А.С., Саркисян З.О., Дергунова С.А.

Саратов

СГМУ им. В.И.Разумовского

Наиболее частым осложнением в лечении холедохолитиаза является кровотечение из папиллосфинктеротомной раны непосредственно при проведении эндоскопического вмешательства или через несколько суток после него. Нами проанализировано лечение 280 пациентов клиники хирургии и онкологии ФПК и ППС, которым по поводу механической желтухи и холедохолитиаза выполнены эндоскопические папиллосфинктеротомия (ПСТ) и папиллотомия (ПТ) после предварительной ретроградной панкреатохолангиографии (ЭР-ПХГ), что выполняли в течение первых суток после поступления больного в стационар. Кровотечение возникло у 24 (8,5%). Из них у 6 (2,1%) - непосредственно во время проведения эндоскопического вмешательства на БДС, которое удалось остановить путём коагуляции (4) и открытой операции (1), и у 18 (6,4%) – через 24-48 часов после ЭПСТ. Причинами этого было отхождение конкрементов в данный промежуток времени из общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку, что приводило к травме ПСТ-раны и кровотечению. Удаление конкрементов из общего желчного протока часто проводили в несколько этапов. Причинами многоэтапности были: угроза массивного кровотечения, миграция конкрементов в правый и левый печёночные протоки, невозможность извлечения разрушенных конкрементов после литотрипсии вследствие усиления перистальтики двенадцатиперстной кишки. Повторное вмешательство было через 2-4 суток после ПСТ. Мы предложили способ профилактики кровотечения из ПСТ-раны при многоэтапных эндоскопических операциях по поводу холедохолитиаза, заключающийся во временной установке стента в дистальный отдел холедоха на 2-4 суток, если по время ПСТ не удавалось ликвидировать холедохолитиаз (стент Biliary Stents, Pigtail Type, Model: PBD7z-1. 7fr.). Это применено у 42 пациентов, кровотечения у них не наблюдали. Таким образом, для профилактики кровотечения из ПСТ-раны считаем необходимым устанавливать временный дистальный стент пациентам, у которых при выполнении эндоскопического вмешательства на БДС не удалось извлечь все конкременты.

1269. ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Фролков В.В.(1), Шалыгин А.Б.(1,2),
Горбачева И.В.(1,2), Кириллин А.В.(1,2)*

Москва

1)ГБУЗ "ГКБ им.Давыдовского"ДЗ Москвы,
2)Первый МГМУ им.И.М.Сеченова

Распространенный перитонит является основной причиной абдоминального сепсиса, частота которого у больных с распространенным перитонитом колеблется от 40% до 80%, а летальность при развитии септического шока достигает 60%. Основной проблемой является недостаточное время восстановления органных дисфункций в условиях реанимационных отделений до операции. С 2000 по 2016г.г. в ГКБ им.Давыдовского (базе кафедры общей хирургии ПМГМУ им. И.М.Сеченова) было пролечено более 3000 больных с перитонитом различной этиологии и распространенности. Из них 450 пациентов с программными этапными санациями. Всем больным проводилась катетеризация центральной вены, как для косвенной оценки гиповолемии (ЦВД), так и для возможности адекватной интраоперационной инфузии. Применялась методика импедансной кардиографии (ИКГ) мониторами Niccoto. Сердечный выброс (СВ), ударный объем (УО), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) дают наглядное представление о сердечной деятельности и необходимых интенсивных мероприятиях. При сравнительном исследовании ЦГД подтверждена положительная корреляционная связь низкого ЦВД и сниженного СВ, УО при сохраненном или даже повышенном ОПСС. При выполнении ИКГ удалось выявить нарушения ЦГД. Снижение СВ, УО и ОПСС приводило к компенсаторной тахикардии и повышению АД и не было связано с недостаточностью обезболивания. Обязательно включалась в план обезболивания регионарная анестезия: эпидуральная блокада (ЭДБ) в среднегрудном отделе низкоконцентрированным раствором ропивакаина гидрохлорида («Наропин» 0,15 - 0,25 %). СВ колебался в пределах 2,4-3,6 л/(мин.м²). Необходимость инотропной терапии при устойчивом снижении АД ниже 80 мм рт.ст. составила 24 %. Что обеспечивает достаточный обезболивающий эффект при низких концентрациях анестетика при несущественном влиянии на показатели ЦГД больного во время анестезии. Преимуществом ЭДА является возможность отказа от интраоперационного введения новокаина в



брыжейку кишки, полноценного послеоперационного обезболивания и стимулирующего действия симпатической блокады на перистальтику кишечника. Также ЭДА целесообразно применять при необходимости проведения программированных этапных санациях. Если индекс оксигенации (ИО) с показателем сатурации 92–94 % опускался ниже 210–190 мм рт.ст. в раннем послеоперационном периоде то в последующем потребовалось проведения ИВЛ у 50% таких больных. Необходимость в трахеостомии была у 10% больных. В группе с продленной ИВЛ, у которых критерии газообмена анализировали с учетом ИО, максимальное время послеоперационной ИВЛ составило на $16 \pm 1,8$ ч. больше чем в первой группе, но при этом не было необходимости в повторной ИВЛ. Концепция периоперационного парентерального питания, не нашла при ОП широкого применения в связи с необходимостью быстрого восстановления волемического статуса и особенностью введения парентеральных смесей. При позитивной оценке волемического статуса больного мы вводили 10–20% растворов глюкозы с электролитами и рибоксином во время оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде параметры парентерального питания определялись показателями волемического статуса, метаболических нарушений. Энтеральное питание проводилось через назо-интестинальный зонд начиная с первых суток после выполнения лаважа. Мы предпочитали использовать солевые растворы с переходом на сбалансированные смеси с 3 суток, в том числе у больных с «открытым животом». В зонд вводились пиобактериофаги с целью профилактики или терапии назокомиальной инфекции. Применение раннего энтерального кормления приводит к восстановлению перистальтики в среднем на 1,5 суток раньше и снижает риск реинфицирования брюшной полости. Применение рационального анестезиологического и комплексного хирургического лечения и периоперационного ведения больных с распространенным перитонитом позволила снизить летальность при распространенном перитоните до 15,7%, при перитоните, осложненным абдоминальным сепсисом до 25,8%.

1270. АНТЕГРАДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ – ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Ковалевский А.Д.

Екатеринбург

УГМУ

На клинической базе кафедры хирургических болезней Уральского государственного медицинского университета (ГКБ 14) в период с 2007 по 2016г.г. стентирование желчных протоков было выполнено 272 пациентам. Из них, ретроградный доступ использовали у 30 больных, антеградный через сформированный свищ в 242 наблюдениях. При стентировании антеградным методом у 59 больных использовали пластиковый стент, у 183 – металлический полностью покрытый или с частичным покрытием. Показанием к эндопротезированию являлось наличие злокачественных новообразований различных локализаций. Причинами отказа от ретроградного билиарного стентирования являлись как проблемы материально-технического характера (необходимость широкого манипуляционного канала дуоденоскопа; необходимость определенного набора инструментов, например хорошего проводника с гидрофильным кончиком для реканализации опухоли; наличие определенной линейки стентов различной длины и диаметра) так и отсутствие специалиста достаточной квалификации и необходимость глубокой седации или внутривенного обезболивания для проведения процедуры у соматически тяжелых больных. Антеградное билиарное стентирование пластиковым стентом ($n = 59$) имело ряд преимуществ, таких как простота в установке; отсутствие необходимости в седации и общем обезболивании; умеренность в ценовом выражении. К недостаткам относили достаточно короткий срок функционирования стента - 2-5 мес.; большое число раневых осложнений (41%), необходимость асептических условий при установке (режим операционной); миграция проксимальной заглушки, что усложняло его удаление. Для стентирования металлическим стентом ($n=183$) первым этапом формировали антеградный доступ. У 154 пациентов это была чрескожная чреспеченочная холангиостомия, у 27 больных – Т-образный дренаж холедоха и еще в 2 наблюдениях – холецистостома. В 34% случаев была выполнена реканализация опухоли под контролем рентгеноскопии или чресфистульной холедохоскопии. 54% пациентов, при риске обтурации вирсунгова протока стентом, выполнялась ЭПСТ. Осложнения антеградного стентирования наблюдали у 29 пациентов. Легкие осложнения, не потребовавшие повторных операций (рефлюкс-хо-



лангит, острый панкреатит, дистальная миграция стента), были зафиксированы у 20 (10,9%) больных. Тяжелые осложнения (обтурация стента, обрыв или деформация стента) – у 9 (4,9%). Выводы: Таким образом, при очевидных преимуществах антеградного стетирования металлическим стентом - прост в техническом исполнении; требует минимум инструментария, что делает процедуру дешевле; высока степень позиционирования стента; не требует седации и общего обезболивания отмечается и ряд моментов, ограничивающих широкое использование методики - Необходимость создания антеградного доступа; Сложности с реканализацией опухоли; Суммация нескольких этапов лечения суммирует и риски интра- и послеоперационных осложнений.

1271. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*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) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»;
- 2) ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
- 3) БУЗ Орловской области «Орловская областная

Актуальность. По данным литературы, в настоящее время, вопрос диагностики и лечения пациентов с синдромом механической желтухи продолжает оставаться актуальным. При этом в последние годы, наряду с эндоскопическими, 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 вовремя 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 (11,5%) больных, рак двенадцатиперстной кишки – у 1 (0,4%) пациента. В каждом случае первоначально было выполнено антеградное наружное дренирование желчевыводящих путей под соно-флуороскопическим 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. Результаты. 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 панкре-



атитом; у 13 пациентов - с гидротораксом (3,5%); у 5 пациентов - с окологепаточной билемой (1,3%). Летальный исход возник у 27 больных (7,2%) и был обусловлен прогрессирующим полиорганным недостаточности.

Выводы. Миниинвазивные вмешательства при синдроме механической желтухи, являются не только современным и эффективным методом декомпрессии желчных протоков, но и позволяют своевременно уточнить этиологический характер заболевания, эффективно купировать билиарную гипертензию, улучшить общее состояние пациентов и определить дальнейшую тактическую позицию в лечении данной категории больных.

1272. МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

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

Иваново

- 1) ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
- 2) ОБУЗ ГКБ №7

Одна из основных задач ургентной хирургии - обеспечение безопасности пациентов. Одним из путей решения этой задачи является раннее прогнозирование неблагоприятных исходов лечения. Для того, чтобы облегчить практикующему врачу задачу прогнозирования неблагоприятных исходов, разумно применять автоматизированные системы определения степени тяжести пациентов на основе алгоритмов машинного обучения. Особенно актуальной становится эта задача в связи с введением электронных историй болезни. Цель настоящего исследования — обучить алгоритм, позволяющий эффективно определять группу пациентов с высокой степенью риска летального исхода среди ургентных больных в хирургическом стационаре. Для исследования была сформирована выборка больных, проходивших лечение в хирургическом стационаре по экстренным показаниям, на базе ГКБ №7 в 2015г. В нее вошли 318 человек: 224 пациента, которые были выписаны из стационара с благоприятным исходом лечения, и 94 пациента, пребывание которых в хирургическом стационаре закончилось летальным исходом. Исследование основывалось на изучении данных, содержащихся в историях болезней. У пациентов из обеих групп анализировались признаки следующих категорий: общий анализ крови, обстоятельства госпитализации, антропометрические характеристики,

данные электрокардиографии и биохимического анализа крови. Полученные данные были внесены в единую базу. В дальнейшем эти данные были обработаны с использованием пакетов программ Scikit-learn и Pandas. Пропуски в базе заполнялись медианным значением для категориальных признаков и средним арифметическим для числовых признаков. На созданной базе данных был обучен градиентный бустинг на основе решающих деревьев — композиция алгоритмов, где каждый последующий стремится скомпенсировать недостатки предыдущих. Качество прогнозов оценивалось посредством кросс-валидации на 5 фолдах — выборка разбивалась на 5 равных частей, на четырех из которых последовательно проходило обучение, а на оставшейся проверка качества прогноза. Полученный нами алгоритм способен прогнозировать вероятность летального исхода у ургентного хирургического больного с точностью 80% (95%-й доверительный интервал (ДИ) 75%-84%). Чувствительность метода составила 68% (95%-й ДИ 57%-76%), специфичность 84% (95%-й ДИ 79%-89%). Качество прогноза может быть улучшено путем увеличения размера выборки, введения новых признаков и уменьшения количества пропусков в базе данных. Таким образом, задача выделения группы высокого риска в ургентной хирургии может быть решена с использованием методов машинного обучения. Предложенный алгоритм может быть полезен практикующему хирургу как инструмент, позволяющий обосновано выделять пациента в группу высокого риска и на основании этого профилировать возможные неблагоприятные исходы.

1273. НАВИГАЦИОННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФЛЕГМОН

Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Камерджиев А.В., Кубанов С.И., Пыхтин Ю.Ю.

Ставрополь

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», кафедра факультетской хирургии.

Актуальность. Деструктивный панкреатит традиционно считается одной из самых сложных проблем в хирургии из-за высокой летальности, которая составляет 25-60%. Большой процент осложнений после традиционных оперативных вмешательств заставляет хирургов искать новые



малотравматичные методы лечения данной категории пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность навигационных вмешательств под ультразвуковым и рентген-контролем при парапанкреатических флегмонах различной локализации. Материалы и методы: Проанализированы результаты применения малоинвазивных навигационных технологий чрескожного лечения у 102 пациентов с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом, находившихся на лечении в период с 2008 по 2016 гг. В анализируемой группе преобладали мужчины 77,5%. Как среди мужчин, так и среди женщин преобладали лица трудоспособного возраста. Суммарный процент последних составил 65,7%. В этиологическом аспекте преобладающим был алиментарно – алкогольный фактор 51,9%. На втором месте билиарный панкреатит 45,2%. Также имели место случаи посттравматического панкреатита. (2,9%). Ориентируясь на классификацию гнойно-некротического парапанкреатита по распространенности патологического процесса (А.Д. Толстого 2003) все больные были распределены следующим образом: с парапанкреатическим поражением типа А - 19,6%, с типом В - 25,5%, с типом С - 30,4%, парапанкреатит типа D - 15,7% и с типом Е – 8,8%. Обсуждение. Изначально пункция и последующее дренирование жидкостных скоплений сальниковой сумки и клетчаточных пространств осуществлялось под УЗ-навигацией при помощи УДПО, что позволяло дренировать патологический очаг дренажом 12-14 СН. В последующем проводились санации полости при помощи монооксид азотсодержащего газового потока со скоростью 2 л/мин. Время инфуляции рассчитывалось в зависимости от объема пораженного участка из расчета 0,6 секунды на 1 кв см. Поэтапная замена дренажей под рентген-навигацией на дренажи большего диаметра (максимально 24 СН), способствовала вымыванию мелких секвестров. Манипуляция с самими дренажами под рентген-контролем (например, возвратно-поступательные, вращательные движения) позволяли фрагментировать рыхлые секвестры, а сформированный, достаточно широкий раневой канал позволял производить ревизию зажимом и под контролем ЭОПа удалять достаточно крупные секвестры. Выполняемые фистулографии позволяли расположить имеющиеся дренажи наиболее рационально, а в случае распространения флегмоны по ходу дренажа кнаружи делало возможным рассечение тканей под в/в наркозом и введение обычного дренажа значительного диаметра. При этом формировался раневой канал, позволяющий производить инструментальную ревизию и удаление некротических тканей окончательным зажимом. При применении миниинвазивных методик от-

мечалось 3,9% тяжелых осложнений (3 геморрагических осложнения и один эпизод перфорации полого органа). Легкие осложнения наблюдались в 33,3%. Оперативные вмешательства в процессе применения малоинвазивных навигационных технологий были выполнены у 14 больных (13,7%). Показаниями к оперативному вмешательству послужили: не выявленные гнойные очаги, сложная форма флегмоны, объективный отказ от дальнейшего пункционного лечения, а также ранее упомянутая перфорация полого органа. Все случаи перехода к оперативному вмешательству пришлось на случаи с флегмонами D и E. Выздоровело 83,3% пациента, умерло 16,7%. Длительность госпитального этапа лечения составила у оперированных больных 48,4±3,6 у неоперированных больных - 37,6±4,1. Выводы. Применение навигационных малоинвазивных методов позволяет в большинстве случаев выполнить адекватное дренирование гнойно-некротических очагов и чрескожное удаление секвестров. Наилучшие результаты получены у пациентов с парапанкреатическими флегмонами типа «А», «В» и «С». При отдаленных затеках и двустороннем поражении нескольких клетчаточных областей получено больше всего осложнений, приведших к оперативным вмешательствам.

1274. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, КОСТЕЙ И СУСТАВОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ СЕПСИСОМ

Тетюшкин С.Н., Катасонов В.М., Колмаков Д.А., Дергунов И.В., Апасьева О.Ю.

Тольятти

ГБУЗ СО ТГБ №4

Цель: поделиться опытом лечения больных с обширными гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей, в том числе и с вовлечением костей и суставов, осложненных сепсисом и определить оптимальную хирургическую тактику лечения данной группы пациентов.

Материалы и методы: За три года в отделении гнойной хирургии ГБУЗ СО ТГБ № 4 находилось на лечение – 362 человека с обширными гнойными и гнилостно-некротическими процессами, в том числе и с вовлечением костей и суставов. 10% (36 пациентам) выставился диагноз тяжелый сепсис. Всего же в качестве патологического процесса разной степени тяжести сепсис выставлен как осложнение 25% (90 пациентам). Причинами являлись травмы, постинъекционные осложнения от



введения лекарственных препаратов, наркотических препаратов, осложненные формы рожистого воспаления, сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз и ожирение. Лабораторное подтверждение в виде положительных посевов крови имело место в 70% случаев. В качестве возбудителя выступали золотистый и эпидермальный стафилококки, анаэробная инфекция (нет возможности лабораторного подтверждения). Результаты: если данная группа пациентов поступала в тяжелом состоянии с выраженными явлениями интоксикации, на фоне тяжелых сопутствующих патологий, то проводили интенсивную предоперационную подготовку. В операционной выполняли радикальное вскрытие обширных флегмон и гнойников с иссечением некротизированных тканей, при необходимости - секвестрэктомии, этапные некрэктомии, а при прогрессировании патологического процесса и угрозе жизни – ампутации конечностей или их сегментов. В ряде случаев имело место поражение суставов и костей, при обширных некротических поражениях мягких тканей, и для предотвращения прогрессирования процесса и предупреждения возникновения грозных осложнений, обязательным являлась иммобилизация. Наилучшим средством иммобилизации оказалось наложение аппарата внешней фиксации Г.А.Илизарова. Методика позволяла в случае поражения костей выполнить резекцию пораженного участка и его замещение за счет регенерата. В послеоперационном периоде — антибактериальная терапия, гемотрансфузии, инфузионная терапия, вазотоники, дезагреганты, ГБО. После очищения ран, почти всем больным выполнялось пластическое закрытие ран путем наложения вторичных швов и пластик смещенными лоскутами 68% (40 пациентов), сведения ран пластырем 5% (3 пациентов), кожной пластики расщепленным лоскутом 20% (12 пациентов). 5% (3 пациентов) выписаны с гранулирующими и эпителизирующими ранами. У 20% (5 пациентов) потребителей наркотиков, после перевязки магистральных бедренных сосудов паховой области, на фоне обширной гнилостно-некротической флегмоны и нагноения ложной аневризмы бедренной артерии, развилась гангрена и выполнена была ампутация нижних конечностей. У 5% (3 пациентов) с обширной гнилостно-некротической флегмоной кисти, предплечья и плеча выполнена ампутация верхней конечности, по жизненным показаниям. Летальность данной группы составила 8,3%, а при развитии тяжелого сепсиса и септического шока – 85%. Обсуждение и выводы: лечение пациентов с обширными гнойно-некротическими поражениями мягких тканей, с вовлечением костей и суставов и осложненным сепсисом требует комплексного и мультидисциплинарного подхода, сочетанного применения радикальной

хирургической тактики, методик травматологии и ортопедии на фоне проведения интенсивной терапии хирургической инфекции. Для достижения удовлетворительных результатов лечения, особенно в отдаленном периоде, необходимо пластическое закрытие ран и дефектов мягких тканей и костей, образующихся в процессе лечения.

1275. БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

*Ересько Ф.А., Карчевский Е.В.,
Симонян О.А., Багдасаров В.В.*

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Цель - представить первый опыт эндоскопической баллонной дилатации в предоперационной подготовке при декомпенсированном рубцовом пилородуоденальном стенозе.

Материал и методы исследования: Наблюдали 8 больных, перенесших эндоскопическую баллонную дилатацию (ЭБД) при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе, обусловленного пептической язвой. Тяжесть состояния по шкале APACHE II при поступлении $17,4 \pm 4,8$, по шкале SOFA > 6 баллов. ЭБД у больных использовали как первый этап в подготовке к операции. Применяли баллонные катетеры фирмы Cook длиной от 5.5 до 8 см. Для раздувания используется гидростатическое устройство. Диаметр баллонов составляет от 6 до 20 мм. У дилататоров имеется внутренний канал с рентгенпозитивным проводником, который применяется для более точной установки баллона. В среднем раздували дважды (от 1 до 3 раз), на время от 30 до 120 сек (60сек в среднем). Проведена 21 процедура, у 6 пациентов единожды и у 2 несколько раз. Для визуализации суженного участка выполняется эндоскопия. Далее использовали баллон с проводником. Проводник устанавливается за суженным участком, для уточнения его позиции использовали рентгеноскопию. Баллон устанавливается так, чтобы его центр находился в центре стеноза. Далее при помощи инсуффлятора баллон раздувается до нужного давления (12-14атм). Во время надувания необходимо контролировать баллон во избежание дислокации. Выбор диаметра баллона зависит от субъективного мнения эндоскописта в данном конкретном случае и основан на диаметре стенозированного канала. Результаты: Размер рубцового стеноза в



среднем составил 3 мм. Больных с язвами в исследовании не брали. Необходимой задачей было достичь диаметра в 15-18мм в короткие сроки. Рекомендуемый интервал- 2 раза в неделю. По нашим данным эффективность ЭБД связана с давлением баллона в области стеноза. Мы создаем давление в баллоне не менее 12-14 атм. Улучшение после ЭБД наблюдали у всех исследованных больных. У пациентов появлялась возможность перорального питания. Неудачная процедура была в 4% у больных с длинными дуоденальными стенозами. Оперировали больных после ЭБД на 7-8 сутки. Операцией выбора была резекция желудка по Бильрот I (4 больных) и резекция по Ру (4 б-х). Летальных исходов не было. Вывод: первый опыт использования ЭБД в предоперационной подготовке больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом показывает эффективность метода, направленного на возможность перорального приема пищи и подготовки к операции.

1276. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Старков Ю.Г., Солоднина Е.Н., Замолотчиков Р.Д., Джантуханова С.В., Выборный М.И., Лукич К.В.

Москва

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

Введение. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии является серьезным осложнением с тяжелыми последствиями в послеоперационном периоде. Частота встречаемости данного вида операционной травмы достигает 0,6%, что в 2 раза выше, чем при открытой холецистэктомии. Цель. Продемонстрировать возможности эндоскопического лечения ятрогенных стриктур желчных протоков. Материалы и методы. Представлена серия наблюдений, включающая 14 пациентов, которым в период с 2014 по 2016 год проводилось эндоскопическое лечение ятрогенных стриктур желчных протоков. Протокол лечения включал в себя выполнение ЭРХПГ, баллонной дилатации или бужирования зоны стриктуры с последующим стентированием несколькими пластиковыми стентами. После первичной манипуляции через каждые 3-4 месяца проводилось этапное рестентирование с минимальным сроком лечения 12 месяцев. Результаты. Уровень технического успеха составил 100%. Этапное стентирование завершено у 7 пациентов из 10 находящихся под наблюдением пациентов. Клинический

успех, определенный как разрешение стриктуры, отмечен у 6 из 7 пациентов с завершённым стентированием. Интраоперационное осложнение, в виде кровотечения, отмечено в 1 наблюдении, по поводу чего с гемостатической целью было выполнено успешное стентирование общего желчного протока покрытым металлическим стентом. Рецидив стриктуры отмечен также в 1 наблюдении, что потребовало повторного эндоскопического вмешательства. Заключение. Эндоскопическое лечение может рассматриваться в качестве эффективного и безопасного метода устранения ятрогенных стриктур желчных протоков. Оценка уровня эффективности и безопасности требует дальнейших крупных исследований в данном направлении.

1277. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ЧРЕСКОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Вольтер Т.А.(1), Корнилова А.Б.(1), Котин А.Н.(3), Щебеньков М.В.(2)

Санкт-Петербург

1)ДГБ №1, 2)СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 3)Первый СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова

Цель: определить оптимальные показания к лапароскопически ассистированной эндоскопической гастростомии у детей.

Материалы и методы: в 2008-2012 гг. в нашей клинике выполнено 42 гастростомии по Кадеру. У 33 детей - временная гастростома с закрытием ее через 1-2,5 года (после восстановления акта глотания). У 9 детей с грубыми неврологическими нарушениями - постоянная гастростома. В 2012-2016 гг. в нашем стационаре произведено 52 гастростомии по Кадеру, 5 лапароскопических гастростомий и 66 чрескожных эндоскопических гастростомий (ПЭГ). Лапароскопическая ассистенция при проведении эндоскопической гастростомии применена у 6 детей (9%) и содержала несколько этапов: выполнение видеоэзофагогастроскопии, установка одного или нескольких троакаров для лапароскопии, проведение ПЭГ под контролем лапароскопа или подведение стенки желудка к месту пункции брюшной стенки, установка гастростомической трубки по методу «pull».

Результаты: гастростомии по Кадеру («открытым» способом) были выполнены у детей первых суток жизни, в т.ч. с атрезией пищевода, у недоношенных детей с нарушениями акта глотания и с массой тела менее 3000 г, у детей с приобретенными стриктурами пищевода. Из 5 выполненных лапа-



роскопических гастростомий у 4 детей с тяжелым гастроэзофагеальным рефлюксом гастростомия дополняла операцию Ниссена. У одного ребенка с выраженной сколиотической деформацией и органическим поражением ЦНС, без гастроэзофагеального рефлюкса выполнена лапароскопическая гастростомия для обеспечения энтерального питания. В нашей клинике показаниями к эндоскопической гастростомии являлись нейрогенные нарушения глотания, длительное выживание пациентов на фоне этапных хирургических вмешательств (кардиохирургия, комбустиология) и дети с синдромом короткой кишки. Противопоказанием для проведения ПЭГ относили анатомические изменения, при которых навигация путем чрезжелудочной трансиллюминации на переднюю брюшную стенку не возможна. К относительным противопоказаниям относили гепатоспленомегалию, выраженный сколиоз и перенесенные операции на брюшной полости. В группе детей с относительными противопоказаниями высок риск осложнений, в том числе требующих повторного оперативного вмешательства. При сравнении методик гастростомии отмечено, что время выполнения ПЭГ меньше, чем лапароскопической или открытой гастростомии. Питание через гастростомическую трубку после ПЭГ начиналось через 15-24 часа. В 2-х случаях при проведении ПЭГ встретились с осложнениями: повреждением стенки желудка с развитием пневмоперитонеума и повреждением ободочной кишки. Выводы: чрескожная эндоскопическая гастростомия признана стандартной процедурой для обеспечения долгосрочного энтерального питания. Применение лапароскопической ассистенции при ПЭГ является альтернативным вариантом установки гастростомической трубки в анатомически сложных случаях, когда установка ПЭГ затруднена. Двойной визуальный контроль снижает риск развития осложнений – перфорации кишки, возникновения желудочно-толстокишечного свища, травмы селезенки или печени.

составляет 100 случаев на 100000 населения с тенденцией к увеличению. В 15% случаев острый панкреатит носит тяжелый деструктивный характер и сопровождается различными осложнениями, которые являются основной причиной летального исхода. В 10% сопровождается развитием органной недостаточности. Летальность при панкреонекрозе остается крайне высокой и по данным различных авторов составляет 30-40%. Выполнен ретроспективный анализ 2937 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону в 2010-2015 гг. с диагнозом «острый панкреатит». На фоне примерно одинаковых показателей оперативной активности (20,31% в 2010 г, 26,24% в 2014 г) доля эндоскопических вмешательств возросла в 3 раза (с 22,64% в 2010 г. до 64% в 2015 г), при этом летальность снизилась в 2 раза за истекшие 6 лет (с 5,36% до 2,13%). Лечебными задачами при выполнении лапароскопии при остром панкреатите являлись эвакуация перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости, лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (выполнялась в случаях геморрагического пропитывания вдоль восходящей и нисходящей ободочной кишки), вскрытие и дренирование сальниковой сумки с осмотром поджелудочной железы, при сочетании острого панкреатита с деструктивным панкреатитом выполнялась холецистэктомия с дренированием холедоха. Отечная форма панкреатита, характеризовавшаяся наличием стекловидного отека корня брыжейки, наличием серозного выпота в брюшной полости с повышенным содержанием амилазы, единичными очагами стеатонекроза, диагностирована у 78% эндоскопически прооперированных больных. Геморрагический панкреатит, свидетельствующий о ферментативной аутолитической деструкции поджелудочной железы – 14,8% при выполнении лапароскопии. Больным с деструктивным панкреатитом (инфицированный панкреонекроз) с выраженной гнойно-некротической инфильтрацией печеночно-двенадцатиперстной, круглой и желудочно-ободочной связок, брыжейки поперечной ободочной кишки, забрюшинной клетчатки, распространенными очагами стеатонекроза, выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха, а затем — лапаротомия с санацией, дренированием брюшной полости, забрюшинной клетчатки, секвестрнекрэктомией, оментобурсостомией. Всем больным с острым панкреатитом выполнялась дуоденоскопия с осмотром БДС. При подозрении на «вклиненный» конкремент БДС, а также при выявлении на интраоперационной холангиографии конкремента дистального отдела холедоха пациентам выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция.

1278. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Турбин М.В., Бондаренко В.А., Давыденко А.В.,
Лукаш А.И., Устименко И.В.*

Ростов-на-Дону

МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону

Заболеваемость острым панкреатитом в России



Разработка лечебно-диагностического алгоритма лечения острого панкреатита, позволяющего снизить летальность в данной группе больных, является актуальной проблемой современной хирургии. В настоящее время острый интерстициальный панкреатит и стерильные формы панкреонекроза, осложненные развитием ферментативного перитонита, являются показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Лапаротомное хирургическое вмешательство, предпринятое в экстренном порядке по поводу ферментативного перитонита в доинфекционную фазу заболевания следует считать необоснованным лечебным мероприятием. Этапность использования эндоскопических и «открытых» методов лечения острого панкреатита позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом. Перспективами улучшения результатов лечения острого панкреатита следует считать расширение показаний для назобиларного дренирования, использование наружного дренирования главного панкреатического протока, расширение показаний для эндоскопической папиллосфинктеротомии, дальнейшее увеличение доли миниинвазивных вмешательств при лечении острого панкреатита в первые 3-4 недели заболевания, стремление выполнять «открытые методы» дренирования в максимально отдаленные сроки (более 3-4 недель). Эндоскопическая хирургия в лечении острого панкреатита имеет возможность обеспечить этиопатогенетическое лечение острого панкреатита, расширяет диагностические, тактические и лечебные возможности хирурга, позволяет отказаться от ранних лапаротомий на высоте эндогенной интоксикации, сопровождающихся высокой летальностью.

1279. КОНЦЕПЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОПАНКРЕАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ромашенко П.Н. (1), Майстренко Н.А. (1), Орлова Р.В. (2), Лысанюк М.В. (1)

Санкт-Петербург

1) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2) СПбГУ, медицинский факультет

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) характеризуются более благоприятным прогнозом течения заболевания по сравнению с другими новообразованиями. Трудности хирургического лечения НЭО обусловлены выявлением заболевания у 50% больных на стадии генерализации. В связи с

этим является актуальным выбор обоснованной тактики хирургического лечения НЭО с учетом прогноза течения заболевания. Цель исследования – разработать современную концепцию хирургического лечения гастроэнтеропанкреатических нейроэндокринных опухолей, позволяющую улучшить результаты лечения и качества жизни больных с учетом прогнозирования исходов заболевания. Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения 190 больных гастроэнтеропанкреатическими нейроэндокринными опухолями (ГЭП-НЭО). НЭО поджелудочной железы (ПЖ) диагностированы у 84 (44,2%) больных, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – у 88 (46,3%), НЭО с метастатическим поражением печени без выявленной локализации первичной опухоли – у 18 (9,5%). Женщин было 61,1%, мужчин – 38,9%. Возраст больных варьировал от 22 до 86 лет. В результате обследования I ст. заболевания диагностирована у 43,7% больных, II ст. – у 15,8%, III ст. – у 12,1%, IV ст. – у 28,4%. НЭО G-1 и G-2 выявлены у 86,7% больных, нейроэндокринной карциномы (НЭК) G-3 – у 13,3%. Отдаленные результаты лечения оценены у 85,8% больных. Результаты исследования. Хирургическое лечение проведено у 63,2% больных ГЭП-НЭО, комбинированное (хирургическое, локальные методы лечения метастазов печени, лекарственная терапия) – у 16,8%. Причинами отказа от хирургического лечения у 20% больных явились: генерализованный онкологический процесс при невозможности выполнения циторедуктивного оперативного вмешательства, неудаляемая первичная опухоль. Установлено, что основными критериями выбора объема оперативного вмешательства при НЭО ПЖ являются: локализация опухоли, связь опухоли с главным панкреатическим протоком и магистральными сосудами, признаки распространения опухоли за пределы ПЖ. Оценка указанных критериев позволила установить показания к дистальной резекции ПЖ у 36,9% больных, панкреатодуоденальной резекции – у 10,1%, срединной резекции – у 2,9%, атипичной резекции головки ПЖ – у 2,9%, энуклеации опухоли – у 47,8% соответственно. Критериями выбора объема оперативного вмешательства при НЭО ЖКТ являются: локализация опухоли, размер $\geq 2,0$ см, глубина инвазии опухоли в стенку органа. Изучение представленных критериев позволили выполнить эндоскопическое удаление образования у 39,8% больных, резекцию органов ЖКТ с опухолью – у 60,2%. Послеоперационные осложнения развились у 19,7% больных ГЭП-НЭО, из которых 16,4% отмечены после операций на ПЖ. Летальность в послеоперационном периоде у больных ГЭП-НЭО составила 2,6%. Выживаемость пациентов ГЭП-НЭО в течение 5 лет составила при I ст. заболевания – 92,3%, II ст. – 71,4%, III ст. – 57,1%, IV



ст. – 27,6% соответственно. Обоснованное проведение комплексного лечения больных генерализованными ГЭП-НЭО по сравнению только с лекарственной терапией позволило увеличить медиану выживаемости при НЭО в 2 раза (с 24 до 48 мес.), НЭК – в 2,7 раза (с 6,1 до 16,5 мес.). Проведенное изучение выживаемости пациентов в зависимости от клинико-морфологических характеристик НЭО позволило определить неблагоприятные факторы прогноза заболевания: возраст > 60 лет, локализация опухоли в ПЖ, толстой кишке и метастатические НЭО без выявленной первичной опухоли, опухоли G-2 с Ki-67 > 10% и G-3, НЭО III-IV стадии ($p < 0,05$). Выявление неблагоприятных факторов прогноза у больных ГЭП-НЭО является основанием для тщательного наблюдения с проведением комплексного лечения при генерализованных формах и прогрессировании онкологического заболевания. Таким образом, разработанная концепция хирургического лечения ГЭП-НЭО обеспечивает точную дооперационную оценку больных, позволяет обосновать рациональный вариант и объем оперативного вмешательства на ПЖ и органах ЖКТ, прогнозировать течение заболевания на основании оценки предложенных клинико-морфологических критериев.

1280. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАДИЦИОННОГО (ОТКРЫТОГО) ВМЕШАТЕЛЬСТВА С НАЛОЖЕНИЕМ ГЛУХОГО ШВА ХОЛЕДОХА И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ

Павелец К.В., Гацко Д.В., Русанов Д.С.

Санкт-Петербург

СПбГПМУ Кафедра факультетской хирургии
имени проф. А.А.Русанова,
СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

У пациентов с желчнокаменной болезнью холедохолитиаз встречается в 8—30%, что может приводит к развитию тяжелых осложнений в виде механической желтухи, холангита, стриктуре терминального отдела холедоха, острого и хронического панкреатита. Преимущественно методом выбора в лечении холедохолитиаза в настоящее время считают эндоскопические вмешательства - папиллотомия, литоэкстракция (дополненная различными способами наружного или внутреннего дренирования желчного дерева), инструментальная санация желчных путей с последующей лапароскопической холецистэктомией. Эндоско-

пическая папиллосфинктеротомия безуспешна у 5-12% пациентов. Количество осложнений после эндоскопической операции колеблется в пределах 6-10%, летальность – 1-4%. Летальность при панкреатите после ЭПСТ составляет 13%. Особого внимания заслуживают сложные формы холедохолитиаза к которым относятся: - крупный конкремент или множественные конкременты (более 1 см); -труднодоступные конкременты по расположению и их форме; -нарушенная анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны. Остается дискуссионным вопрос о тактике хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза. Цель работы: повысить эффективность лечения больных желчнокаменной болезнью осложненной сложными формами холедохолитиаза. Материалы и методы: С 2000 по 2015 год в СПб ГБУЗ «Городской Мариинской больницы» проведено лечение 218 пациентов страдающих желчнокаменной болезнью осложненной сложными формами холедохолитиаза. Среди них 143(65,6%) женщин и 75(34,4%) мужчин, средний возраст пациентов исследуемой группы составил – 66,3 года. Диагноз установлен на основании клинической картины, данных лабораторно-инструментального обследования (биохимические результаты, УЗИ, МРТ-холангиопанкреатографии, КТ брюшной полости). У 98 пациентов выполнено открытое оперативное вмешательство с холецистэктомией (77 пациентов) или без нее (21 пациент), с ревизией желчных протоков, литоэкстракцией, интраоперационной фиброхоледохоскопией и последующим наложением глухого шва холедоха по разработанной методике (приоритетная справка №2015106471). В 120 случаях использован эндоскопический метод лечения сложных форм холедохолитиаза. При использовании эндоскопической методики лечения в раннем послеоперационном периоде повторные операции потребовались у 18 (15%) пациентов. ЭПСТ и холедохотомия с ревизией желчных путей у 16 (13,3%) и открытое хирургическое пособие у 2 (1,6%). При традиционных (открытых) операциях с наложением глухого шва холедоха значимых осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. В большинстве случаев среди осложнений ЭПСТ превалировал острый панкреатит, отмеченный у 50 (41,7%) пациентов, из них в 4(3,3%) случаях развился деструктивный панкреатит, что послужило причиной летального исхода у 3 (2,5%) больных. Следует отметить, что при использовании традиционной методики данное осложнение полностью отсутствовало. Другим осложнением, возникшим в послеоперационном периоде, являлось кровотечение из зоны оперативного вмешательства, отмеченное в первой группе у 4 (3,3%), во второй группе у 1(1,02%) пациента. Летальный исход при оперативном вмешательстве открытым



доступом был отмечен в 1(1.02%) случае, причиной которого стал острый инфаркт миокарда на 8 сутки. Средний послеоперационный койко-день при использовании методики с наложением глухого шва холедоха составил – 8,8, а при эндоскопическом лечении – 9,9. Выводы: использование предлагаемой методики лечения желчнокаменной болезни осложненной сложными формами холедохолитиаза позволяет осуществить одноэтапное оперативное вмешательство, снизить риск послеоперационных осложнений, уменьшить сроки госпитализации пациента.

1281. МЕТОД СРЕДИННОГО ЗАКРЫТИЯ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С УМЕНЬШЕНИЕМ ГЛУБИНЫ МЕЖЪЯГОДИЧНОЙ СКЛАДКИ

*Карукес Р.В., Чернышёв А.А., Абовян А.Р.
Калиниченко И.А.*

Ростов-на-Дону

НУЗ "ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО "РЖД"

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – хроническое, часто рецидивирующее заболевание. Заболеваемость составляет 26 случаев на 100 000 населения. Чаще болеют мужчины в постпубертатном периоде. Предположительно, мужчины находятся в зоне риска из-за более выраженного волосяного покрова. Другими, часто взаимосвязанными состояниями являются ожирение, сидячий образ жизни, локальная травма. Предложено множество теорий объясняющих природу формирования ЭКХ и на данный момент широко распространена теория, связывающая формирование воспалительных полостей в межъягодичной складке с врастанием волос в кожу, что вызывает ответную реакцию на инородное тело. На данный момент, среди значительного многообразия предложенных хирургических способов лечения, нет единственной стандартизированной техники, гарантирующей безрецидивный послеоперационный период. Цель исследования: Принимая во внимание теорию формирования ЭКХ, связанную с врастанием волос в кожу межъягодичной складки, целью исследования явилось внедрение в клиническую практику и сравнительная оценка метода срединного закрытия раны после удаления ЭКХ с уменьшением глубины межъягодичной складки. Материалы и методы: В исследование были включены 82 пациента, которым было выполнено оперативное пособие в условиях НУЗ ДКБ на ст.Ростов-Главный с 2012 по 2016 гг. В исследование включены только

мужчины. Всем пациентам выполнялось рутинное амбулаторное обследование. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа больных, которым выполнялось простое иссечение ЭКХ с послойным ушиванием раны, 2-я группа больных, которым выполнена изначально разметка межъягодичной складки (линия соприкосновения ягодич в положении стоя) для определения безопасных границ иссечения мягких тканей для её уплощения. Затем выполнено удаление ЭКХ, мобилизация боковых краев раны в субфасциальном слое и послойное ушивание раны с подшиванием противоположных краев мобилизованной фасции по срединной линии. При выполнении исследования учитывался возраст, метод оперативного пособия, объем иссеченной кожи, оценивалась продолжительность оперативного пособия и частота осложнений. Результат: При ретроспективном анализе 36 (44%) пациентам первой группы выполнено простое послойное ушивание раны, 46 пациентам (56%) выполнено иссечение ЭКХ по описанной выше методике. Средний возраст в обеих группах составил 26,4 года. Средняя продолжительность оперативного пособия в первой группе была 47 минут, объемом удаленных мягких тканей составил в среднем 37 см³, средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 5,3 дней. В то же время во второй группе продолжительность операции была 63 минуты, средний объем иссеченных тканей составлял 63 см³, средняя продолжительность стационарного пребывания составила 5,4 дня. Ранними послеоперационными осложнениями были: несостоятельность швов, нагноение раны. Чаще данные осложнения наблюдались в нижней трети послеоперационного шва. В первой группе частота осложнения развились у 9 человек (25%), во второй группе у 7 человек (15%). Рецидив заболевания в течение 24 месяцев после операции составил: в первой группе 7 человек (19,5%), во второй группе 3 человека (6,5%). Имело место статистически значимое различие между двумя группами по средней продолжительности операции, рецидива и развитию осложнений. Выводы: Оптимальный хирургический метод должен быть направлен не только на лечение конкретного случая заболевания, но и так же направлен на снижение риска рецидива заболевания с точки зрения этиологии патологического процесса. Оцениваемый метод является конкурентноспособным так как обеспечивает сглаживание межъягодичной борозды, что снижает риск развития инфекционно-воспалительных процессов в волосяных фолликулах в операционном поле, вследствие изменения направления роста волос, и снижает локальную травму и потливость, таким образом снижая риск формирования новых полостей.



1282. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛЕВОМ ГОСПИТАЛЕ ВЦМК «ЗАЩИТА»

Петлах В.И.(1-2), Розинов В.М.(2), Мусаев Г.Х. (3), Шилкин И.П.(1), Шабанов В.Э.(1), Шишкин Е.В.(1)

Москва

- 1) Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»
- 2) НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- 3) Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Целью исследования являлся анализ опыта проведения телемедицинских консультаций (ТМК) в условиях практической работы полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК «Защита». Материалы и методы. ТМК применялись в различных условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС). Вариант 1. В полевом педиатрическом госпитале (ППГ) ВЦМК «Защита», развернутом в Гудермесском районе Чеченской Республики (2002 г.), было установлено стационарное оборудование для подготовки и проведения ТМК с использованием спутниковой системы комбинированного доступа «HeliosNet». Всего было проведено 64 телемедицинские консультации, из которых $\frac{3}{4}$ (76%) у больных хирургического профиля. Вторая модель проведения ТМК апробирована на территории Гальского района Абхазии и Лениногорского района Южной Осетии, где в 2009 -2011 гг. развертывался полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита». В его состав входил мобильный комплекс спутниковой связи, предназначенный для автономной работы. Скорость передачи данных достигала 2 Мбит/с, имелись 4 канала телефонии (GSM). Телемедицинская аппаратура с соответствующим программным обеспечением позволяла проводить видеоконференцсвязь с передачей данных 9600 бит/с. с гарантией безопасности конфиденциальной информации. Консультации проводили ведущие специалисты Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, ЦИТО, и др. московских клиник, а также врачи Северо-Кавказского медицинского центра, (С.Осетия-Алания), Ставропольской краевой больницы, Республиканской детской больницы г. Владикавказа. Результаты и обсуждение. В ППГ, замещавшем нефункционирующее педиатрическое звено республиканского здравоохранения, за 14 месяцев работы было проведено 64 ТМК, из которых $\frac{3}{4}$ (76%) у больных хирургического профиля. Наибольшее число ТМК (10) провел пластический хирург по поводу послеожоговых контрактур, торокальный

хирург консультировал больных с осложненными пневмониями и деформациями грудной клетки (6 ТМК), нейрохирург (5 ТМК) больных с врожденной патологией головного и спинного мозга и ЧМТ, ортопеды-травматологи больных с осложненными повреждениями конечностей и пороками развития (9 ТМК). Комбустиологом проконсультировано 2 больных с обширными глубокими ожогами, детским хирургом 9 больных по поводу гнойных заболеваний, свищей, опухолей. По результатам проведенных ТМК были переведены непосредственно из ППГ в специализированные отделения 10 больных, уточнена тактика лечения в госпитале у 7-х больных, направлены на оперативное лечение в плановом порядке 29 детей, рекомендована очная консультация и обследование 3 больным с множественными пороками конечностей. В Абхазии и Южной Осетии были выполнены 121 ТМК, из которых 80 (66,1%) больным хирургического профиля. Наиболее часто нуждались в ТМК больные с различными травмами и заболваниями органов опоры и движения (38). Детскими хирургами проведено 26 ТМК больным с врожденной и приобретенной патологией органов грудной и брюшной полости, урологическими заболеваниями. Общими хирургами проконсультировано 11 больных с заболеваниями сосудов, патологией брюшной стенки и панкреодуоденальной зоны; онкологами выполнены 3ТМК по поводу опухолей различной локализации. По результатам ТМК 7 детей направлены в московские клиники (Московский НИИ педиатрии и детской хирургии, ЦИТО), 4 взрослых больных в Северо-Кавказский медицинский центр, рекомендации по тактике лечения (10) и обследования получены - 17, установлен диагноз и назначено лечения -44. Заключение. В работе полевых госпиталей в зоне ЧС ограниченному числу медицинских специалистов приходится сталкиваться с широким спектром поражений и заболеваний у многочисленных пациентов. Анализируя практический опыт проведения регулярного телемедицинского консультирования в условиях полевого госпиталя, следует отметить высокую эффективность использования ТМК не только при установлении диагноза и определения лечебной тактики, но и в оперативном решении вопросов госпитализации больных в специализированные отделения.



1283. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ИЗЛУЧЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гульмурадова Н.Т., Гаджиев А.И., Струков С.Ю

Москва

ФГБУ "ГНЦ ЛМ ФМБА России"

Целью настоящего исследования является поиск путей улучшения результатов лечения больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы с применением высокоэнергетического и низкоинтенсивного лазерного излучения. Представлен клинический материал по наложению цисто-гастроанастомоза по модифицированной методике Юраша с применением высокоэнергетических лазеров «Ланцет-2» и полупроводникового - «Аткус-15» у 41 пациента с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Среди наблюдавшихся больных были 31 мужчина и 10 женщины, в возрасте от 32 до 66 лет, в сроки от 8 мес до 3-х лет от момента заболевания. Все они ранее перенесли панкреонекроз, алкогольного генеза у 25, алиментарного - 10, билиарного - у 6 пациентов, в частности у 5 больных в анамнезе были лапаротомии. Наличие ложной кисты головки (n=30) или тела (n=11) поджелудочной железы подтверждены на основании данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ, ЭГДС и КТ). Размеры постнекротических кист по данным КТ составляли от 80x113x71мм до 120x126x82 мм. Всем пациентам на всех этапах операции выполняли лазерную диссекцию тканей полупроводниковым лазером «Аткус-15» (длина волны - 0,81 мкм, мощность излучения 10-15 Вт, в непрерывном режиме,) и CO₂ лазером (длина волны 10,6 нм, мощность излучения 10-12 Вт, в непрерывном режиме), а также лазерную вапоризацию полости кисты «Ланцет-2» расфокусированным лучом в режиме «Superpulse», мощностью излучения 6-8 Вт. С первых суток после операции проводили внутривенное лазерное облучение крови аппаратом «Мустанг-2000», с экспозицией по 20 мин и комбинированное одномоментное лазерное облучение излучающими импульсными головками ЛО-2 и ЛО-3, в проекции парапанкреатических зон аппаратами «Милта-Ф» и «Мустанг-2000» (длина волны - 0,89 мВт, мощность варьировала от 70 до 100 мВт, частота импульсов в первые процедуры составляла 150 Гц, далее ее увеличивали до 1500 Гц, а в последние 2 процедуры применяли исходную частоту импульсов - 150 Гц.). Количество сеансов варьировало от 6 до 8. В раннем послеоперационном периоде летального

исхода, кровотечения не было, обострение хронического панкреатита, с переходом на деструкцию поджелудочную железу, сахарного диабета также не наблюдалось. Спустя три месяца всем пациентам выполняли ЭГДС, где отмечали облитерацию остаточной полости. Представленный нами метод дает надежный гемостаз, профилактику рецидива кист, сокращает койко-дни, в среднем 6-8 суток, а использование бюджетного отечественного оборудования без дополнительного расходного материала играет важное социально-экономическое значение.

1284. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГЕМОРРОЕ

Чистохин С.Ю.(1), Белоцкая Л.В.(2)

Чита

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия (1) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 (2)

Актуальность. Лечение больных геморроем остается одной из самых актуальных проблем колопроктологии. С внедрением малотравматичной технологии DHAL-RAR и с увеличением сроков наблюдения за больными после операции выявлен серьезный недостаток: почти у всех больных с III стадией болезни формировались множественные бахромки из перерастянутой за время геморроеносительства перианальной кожи. Это вызывает дискомфорт, трудности гигиенического характера и неудовлетворенность пациентов и врачей результатами операции. Цель исследования - сравнить ближайшие и отдаленные результаты геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, изолированной DHAL-RAR и гибридной операции - дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов. Материал и методы. В течение 2013-2016 годов в клинике общей хирургии ЧГМА оперировано 430 больных с хроническим геморроем. 105 пациентам выполнена классическая геморроидэктомия по Миллигану-Моргану (I группа), 115 больным - изолированная DHAL-RAR на отечественном оборудовании "Ангиодин-Прокто" (II группа) и 210 пациентам - гибридная операция - УЗИ-контролируемая дезартеризация и мукопексия внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов (III группа). Результаты. У больных I группы в первые сутки



после классической геморроидэктомии констатируется выраженный болевой синдром на уровне 7,5+1,8 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), продолжительностью от 3 до 5 суток, стойкие боли до 4-6 недель беспокоили троих (2,9%). Отёк перианальный наблюдался у 76 (72,4%), отек с выпадением слизистой у 12 (11,4%) из них. Послеоперационные кровотечения, потребовавшие повторного прошивания отмечались у 5 (4,8%) и небольшие кровотечения остановлены консервативными мероприятиями у 8 (7,6%). Нагноение ран по типу подкожно-подслизистых парапроктитов пришлось санировать у трех (2,9%) больных. Продолжительность стационарного лечения составила 9,5+1,8 дней, амбулаторного долечивания – 28+4,5 дней. В отдаленные сроки по 2-6 раз обследовались 102 пациента из I группы: рецидивы заболевания выявлены у 5 (5%), все пятеро оперированы повторно с благоприятными результатами. У 8 сформировавшиеся кожные бахромки иссекались при контрольных осмотрах. Рубцовые перианальные деформации отмечены у 4 (4%). Отдаленные результаты в I группе расценены как хорошие у 80%, удовлетворительные – у 15% и плохие – у 5%. Во II группе из 115 больных после DHAL-RAR боли на уровне 4,2+1,8 баллов по ВАШ, купировались в течение суток ($p=0,03$). Перианальный отёк отмечен у 26 (22,6%), ($p=0,04$), отек с выпадением прошитых узлов у 7 (6,1%), ($p=0,05$) из них. Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,004$). Сроки стационарного лечения составили 4,5+1,4 дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – 18+3,5 дней ($p=0,28$). В отдаленные сроки по 2-5 раз обследовались 105 пациентов из II группы: рецидивы заболевания выявлены у 2 (2%), оба оперированы повторно методом Миллигана-Моргана, результаты благоприятные. В этой группе у 78 (74,3%) сформировалось по 3-6 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в первые же 2-3 недели в составе амбулаторной послеоперационной реабилитации. Рубцовая перианальная деформация отмечена лишь у 1 (1%). Отдаленные результаты во II группе расценены как хорошие у 95%, удовлетворительные – у 3% и плохие – у 2%. В III группе из 210 больных после гибридной УЗИ-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов с иссечением их наружных компонентов боли на уровне 5,6+1,9 баллов купировались несколько позже, на 2-3 сутки ($p=0,09$). У 45 больных этой группы в конце операции выполнены параректальные лидокаин-дипроспановые блокады, у этих пациентов боли отмечены на уровне 3,5+1,1 баллов и купировались менее, чем за сутки. Транзиторные отеки отмечены у 53

(25,2%), ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,003$). Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациентов этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромки ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили 4,5+1,7 дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – 21+4,5 дней ($p=0,32$). В отдаленные сроки осмотрен 201 пациент III группы: ни одного рецидива болезни, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты. Заключение. Гибридные операции в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с одномоментным иссечением их наружных компонентов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику. Применение параректальных лидокаин-дипроспановых блокад в конце операций значительно уменьшает частоту и выраженность послеоперационных перианальных отеков и болевого синдрома, заметно сокращают продолжительность реабилитационного периода.

1285. ЛИГАТУРНЫЕ СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Белоцкая Л.В. (1), Чистохин С.Ю. (2)

Чита

НУЗ Дорожная клиническая больница
на ст. Чита-2 (1),
ФГБОУ ВО Читинская государственная
медицинская академия (2)

Актуальность. Остаются актуальными и до конца нерешенными вопросы оперативного лечения параректальных свищей, особенно свищей III-IV степеней сложности, по-прежнему затруднены разработка и внедрение малотравматичных и сфинктер-сохраняющих вариантов операций при таких свищах.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных со сложными параректальными свищами за счет внесфинктерного проведения латексных лигатур.

Материал и методы. За минувшие 4 года (2013-2016) в ДКБ ст.Чита-2 мы наблюдали и оперировали



78 пациентов со свищевой формой хронического парапроктита. У 53 больных со свищами I-II степени сложности выполнено иссечение по Габриэлю, с восстановлением сфинктера у 36 из них; 14 пациентам из 25 со свищами III-IV степени сложности выполнено субтотальное иссечение свищевого хода с ушиванием внутреннего отверстия и проведением латексной лигатуры вокруг сфинтеров (I группа), а 11 – субтотальное иссечение свищевого хода с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексной лигатуры через оба свищевых хода при подковообразных вариантах или через свищ и наложенную контрапертуру. Результаты. В I группе из 14 больных проведенная лигатура сразу же выполняла «прорезающую» функцию, низведения свищевого хода и заживления ран удавалось достичь к 8-12 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена у 9 (64,3%) пациентов, транзиторное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 6 (42,9%). В этой группе сроки стационарного лечения составили 12+ 2,9 койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – 38+ 5,7 дней. В отдаленные сроки рецидив свища наступил у 2 (14,3%). Во II группе из 11 больных проведенная лигатура первые 10-12 дней выполняла дренирующую функцию, после санации иссеченного свищевого хода лигатуру переводили на «прорезающую» роль, низведение свищевого хода и заживление ран наступало к 6-10 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена лишь у 1 (9,1%) пациента ($p=0,02$), транзиторное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 1 (9,1%), ($p=0,03$). В этой группе продолжительность стационарного лечения составила 11+2,4 койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – 32+5,7 дней. В отдаленные сроки ни одного рецидива свища не выявлено ($p=0,01$). Заключение. Субтотальное иссечение свища с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексной лигатуры можно считать малотравматичной и физиологичной операцией, уменьшает частоту рецидивов, частоту и выраженность рубцовых деформаций перианальной зоны, заметно улучшает качество жизни таких пациентов.

1286. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ, ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО МЕТОДИКЕ ONSTEP

Шейрман В.В.

Новокузнецк
ГБУЗ КО "НГКБ №22"

История грыж по сути, история развития хирургий, поскольку третья часть больных общего хирургического стационара – пациенты с грыжами. Грыжа

доставляет физические неудобства, боли, но самое главное осложнения. Самая главная причина-слабость тканей брюшной стенки, как правило, приводящая к потери эластичности. Операция Лихтенштейна без натяжной метод пластики грыж с использованием полипропиленовой сетки, которой укрепляют брюшную стенку. Этот материал хорош тем, что через него прорастают сосуды и соединительные ткани. В период с февраля 2016 года по сентябрь 2016 года по методике ONSTEP оперировано 14 больных с паховыми грыжами. Среди оперированных пациентов, 50-60 лет. Прямые грыжи - 4(классификация по L.M.Nyhys IIIA). Косыегрыжи -10 (классификация по L.M.Nyhys III B). Всем пациентам был установлен анатомический имплантат PolySoft 10x5 см. Всего установлено 14 имплантатов. Имплантат устанавливался частично преперитониально, и частично интрамурально. Полипропиленовая сетка фирмы BARD PolySoft используется для открытой не натяжной преперитониальной герниопластики. Сетчатый имплантат изготовлен из полипропилена, его отличительной особенностью является наличие PET кольца с эффектом памяти формы. Благодаря чему сетчатый имплант самораскрывается и удерживает нужную форму вовремя и после имплантации. Средняя продолжительность операций составляет 20-25 минут. В раннем послеоперационном периоде для обезболивания, как нестероидные противовоспалительные средства, так и наркотические анальгетики не применялись. Все пациенты были выписаны на 2 – сутки после операции. Койко-день составил 2-3 суток. Возврат к трудовой деятельности пациентов на 14 сутки, период наблюдения в течений 6 месяцев, рецидивов и послеоперационных осложнений не отмечено. Сетчатый имплантат PolySoft имеет преимущества: - наличие PET кольца с эффектом памяти формы, благодаря чему сетчатый имплантат самораскрывается и удерживает нужную форму вовремя и после имплантации. - За счёт PET кольца имплантат устанавливается частично преперитониально, и частично интрамурально, тем самым не требуя дополнительной фиксации лигатурами. Саморасправление сетки способствует закрытию всех возможных мест рецидивов грыж в паховой области. Первый опыт показал простоту выполнения операций по методике ONSTEP. В раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. Сроки наблюдения 6 месяцев, результаты лечения признаны хорошими, но требуют дальнейшего накопления опыта и обсуждения результатов.



1287. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ, ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ ПО МЕТОДИКЕ ЛИХТЕНШТЕЙНА, И МЕТОДИКЕ ONSTEP

Шейерман В.В., Баранов А.И.

Новокузнецк

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

На базе нашей больницы, послеоперационным пациентам, по методике грыжесечений Лихтенштейна, а также по методике ONSTEP, проведено ультразвуковое исследование через 6 месяцев. Цель исследования: сравнить толщину фиброзной капсулы, после операций Лихтенштейна, и по методике ONSTEP, а также выявления жидкостных скоплений. Всем оперируемым больным, через 6 месяцев проводилось ультразвуковое исследование на аппарате ACCUVIXV20 (Medison), с линейным датчиком (7,5 МГц), применяемый для исследования поверхностных структур, в продольной плоскости сканирования. Положение пациентов при обследовании - горизонтальное. Исходное положение датчика на 1-2 см, выше паховой связки, параллельно к поверхности тела. Ультразвуковое исследование дало нам возможность послойно визуализировать ткани паховой области на предмет жидкостного скопления, а так же оценить толщину фиброзной капсулы по данным методикам. Наши результаты: Операция Лихтенштейна: в мягких тканях определяется инородное тело (полипропиленовая сетка), скопление жидкостей, виде ограниченных скоплений, отёка мягких тканей. Толщина фиброзная капсулы 0,3-0,5 см. Операция ONSTEP: в мягких тканях определяется инородное тело (полипропиленовая сетка Polisoft), в виде линейного гиперэхогенного фрагмента, жидкостных включений нет. Толщина фиброзной капсулы 0,2-0,3 см. Предварительные выводы: Ультразвуковое исследование проводят через 6 месяцев после оперативного вмешательства. Определяют толщину фиброзной капсулы вокруг сетчатого имплантата. При толщине менее, или равной 0,3-0,4 см, прогнозируют спокойное течение раневого процесса. А при толщине более 0,5-0,6 см, прогнозируют осложнение в форме воспалительного изменения мягких тканей и сохранение или развитие болевого синдрома.

1288. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАХОВЫХ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ, ПО МЕТОДИКЕ ONSTEP ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ

Шейерман В.В., Баранов А.И.

Новокузнецк

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

Наиболее отличительными признаками по методике ONSTEP- является простота способа, возможность ранней активизаций больных, отсутствием хронического болевого синдрома, возврат к трудовой деятельности через две недели. Данная методика не требует дорогостоящего оборудования и проведения наркоза, выполняется как под местной, так и под спинномозговой анестезией. На базе нашей больницы используются два метода паховых грыжесечений: грыжесечение по методике Лихтенштейна, и грыжесечение по методике ONSTEP. За период с февраля 2016г по сентябрь 2016г., общее число оперируемых пациентов по методике Лихтенштейна 21. Средний возраст пациентов 50-60 лет, из них прямые грыжи по классификаций L.M.Nyhys III A - 3 пациента, косые грыжи L.M.Nyhys IIIB - 18 пациентов. В после операционном периоде выявлено: 2 серомы (у 2 пациентов), у 2-х пациентов хронический болевой синдром до 6 месяцев. Средний возраст про оперируемых пациентов за этот же период по методике ONSTEP составил 50-60 лет (14 пациентов). Из них прямые грыжи по классификаций L.M.Nyhys III A- 4 пациента, косые грыжи L.M.Nyhys IIIB-10 пациентов. В среднем койка день составил 2-3-е суток, осложнений и болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде не выявлено. Уровень послеоперационной боли, первые сутки, составил по 10-бальной шкале 1-2 балла. В течении 6 месяцев у данных пациентов хронический болевой синдром не отмечен. Данный метод грыжесечения, герниопластика по методике ONSTEP, показал простоту выполнения операций. Герниопластика по методике ONSTEP, не требует дорогостоящего оборудования, специальной подготовке хирурга, возможность проведения операций под спинномозговой и местной анестезией.



1289. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Маркина В.А. (1), Севостьянова К.С. (1,2,3),
Гмыза С.В. (2,3)

Новосибирск

1) ФГАОУВО НИИГУ, 2) ИХБФМ СО РАН,
3)ООО ЦПМ

Актуальность. Наиболее эффективными методами лечения паховых грыж признаны ненатяжные методы. Установка сетчатого импланта может проводиться как открытым методом, так и лапароскопически, «золотой стандарт» лечения паховых грыж не определен. Цель исследования: изучить течение послеоперационного периода у пациентов после паховой герниопластики по Лихтенштейну и лапароскопической паховой герниопластики. Задачи исследования: 1.Оценить течение послеоперационного периода у пациентов после герниопластики по Лихтенштейну. 2.Оценить течение послеоперационного периода у пациентов после лапароскопической паховой герниопластики.3.Сравнить течение послеоперационного периода у исследуемых групп пациентов. Материалы и методы: В I группу вошли 50 пациентов, которым была проведена паховая герниопластика по Лихтенштейну: мужчины (84,0%, средний возраст $57,0 \pm 2,5$ лет), женщины (16,0%, средний возраст $62,7 \pm 9,8$ лет). Во II группу вошли 38 пациентов, которым была проведена лапароскопическая паховая герниопластика: мужчины (94,7%, средний возраст $55,7 \pm 2,4$ лет), женщины (5,3%, средний возраст $47,5 \pm 26,5$ лет). В структуре сопутствующей патологии в обеих группах преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта. Оценка течения послеоперационного периода производилась по следующим параметрам: наличие осложнений со стороны операционной, длительность пребывания в стационаре, температурная реакция, болевой синдром. Болевой синдром оценивался на основании потребности пациента в опиоидном анальгетике (трамадол). Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, перенесших паховую герниопластику по Лихтенштейну и лапароскопически в период с 2014 по 2015 год. В исследование включены пациенты с неосложненными паховыми грыжами, оперированные в плановом порядке. Статистический анализ данных исследования проводился с использованием программ «Microsoft Office Excel 2007»

и Statistica 10.0, оценка достоверности различий между исследуемыми группами проводилась с использованием критерия Хи-квадрат, t-критерия. Результаты: Назначение трамадола в I группе потребовалось 1 (2,0%) пациенту, во II группе - 2 (5,3%) пациентам ($p > 0.05$). Местные осложнения в виде подкожной гематомы и подкожной серомы наблюдались у 2 (4,0%) пациентов, во II группе местные осложнения не наблюдались ($p > 0.05$). В I группе у 3 (6%) пациентов наблюдалась фебрильная температура тела, у пациентов второй группы температура тела в раннем послеоперационном периоде сохранялась в пределах нормы ($p > 0,05$). Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов I группы составила 7,5 койко-дней, II группы - 1,1 койко-день.

1290. ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ГЕМОСТАЗА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Петриков А.С.(1,2,3), Шойхет Я.Н.(1,3),
Дудин Д.В.(1,3), Карбышев И.А.(2)

Барнаул

1)ФБОУ ВО АГМУ МЗ РФ 2)КГБУЗ ДЦАК
3)КГБУЗ Городская больница №5

Цель: изучить содержание и динамику изменений, а также взаимосвязь маркеров воспаления и гемостаза у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) и тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) в остром периоде на фоне антикоагулянтной терапии. Материалы и методы. В проспективное сравнительное исследование с ноября 2015 по сентябрь 2016 г. на клинической базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ в отделении сосудистой хирургии КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул», года были включены 25 больных (основная группа) – 17 (68%) мужчин и 8 (32%) женщин в возрасте от 25 до 69 лет с документально подтвержденным ТГВ (21 больной; 84%) и ТЭЛА(4 больных; 16,0%). Дистальный ТГВ установлен у 5 больных (20%), проксимальный - у 20 больных (80%). Критерии исключения: онкологические заболевания, оперативные вмешательства, острые инфекционные заболевания, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация. В контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 68 лет – 16 (53,3%) мужчин и 14 (46,7%) женщин, у



которых не наблюдались ВТЭО, инсульты и инфаркты. У всех больных в остром периоде были изучены маркеры воспаления (С-реактивный белок) и гемостаза (D-димеры) на 1-3, 5-7 и 12-14 сутки от момента госпитализации. Лечение ТГВ и ТЭЛА в остром периоде осуществлялось согласно последним Российским клиническим рекомендациям. В течение первых 5 суток пациенты получали лечебную дозу НФГ. В дальнейшем трем больным осуществлен подбор дозы варфарина (12,0%), двум больным назначен ривароксабан (8,0%), а 20 больным (80%) на 6 сутки - дабигатрана этексилат (150 мг 2 раза в сутки) после отмены парентерального введения НФГ. Определение уровня D-димеров и концентрации С-реактивного белка (СРБ) проводилось на автоматическом иммунохимическом анализаторе Immulite 2000 (Siemens) методом иммунохемилюминесценции с использованием реагентов «Immulite 2000 hsCRP» (Siemens). Среднее содержание СРБ в контрольной группе составило $0,7 \pm 0,03$ мг/л, D-димеров - $101 \pm 8,7$ нг/мл. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы STATISTICA, version 10. Статистически значимыми принимались различия.

1291. СПОСОБЫ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА ТАЗОВОГО ДНА У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Соловьев И.А., Васильченко М.В., Лычѳв А.Б.,
Балюра О.В.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Введение. У больных раком прямой кишки местно-распространенные формы наблюдаются в 20%-30% случаев. На долю брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки у них приходится от 33 до 50% операций, после которых образуются обширные дефекты в тазовой брюшине и диафрагме таза. Среди хирургов-онкологов нет общепринятой тактики в выполнении реконструктивного этапа в этих случаях. Одни проводят пластику тазовой брюшины (абдоминальный подход), а другие – пластику дефекта тазового дна (промежностный). Наличие «пустого малого таза» и необходимость проведения адъювантной лучевой терапии при осложненном течении онкологического процесса свидетельствуют о предпочтении выполнения пластики тазовой брюшины у данной категории больных. **Цель.** Изучить возможности пластики

тазовой брюшины при расширенных и комбинированных брюшно-промежностных экстирпациях прямой кишки у больных осложненным местно-распространенным раком прямой кишки. **Материалы и методы.** С 2011 г. по 2015 г. было выполнено 43 расширенных и комбинированных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки в изучаемой группе больных. Опухоль локализовалась в нижеампулярном отделе прямой кишки и соответствовала T3-T4N0-2M0 стадии онкологического процесса. Средний возраст больных составил $62 \pm 7,2$ лет. Ушивание тазовой брюшины выполняли 6 больным, пластику дефекта тазовой брюшины прядью большого сальника – 9, маткой с придатками – 3 и антиадгезивными сетчатыми эксплантатами – 25 пациентам. Полученные результаты. В послеоперационном периоде осложнения со стороны промежностной раны наблюдались у 8 (18,1%) больных: нагноение – в 7 (16,3%) случаях, кровотечение – в 1 (2,3%). Осложнений, связанных с миграцией внутренних органов в полость «пустого малого таза» не было. При проведении адъювантной лучевой терапии осложнений со стороны кишечника не наблюдали, что позволило подвести запланированные радикальные дозы ионизирующего излучения без перерыва в лечении. **Обсуждение.** При выполнении расширенных и комбинированных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки образуется «пустой» малый таз. Отсутствие пластики дефекта в тазовой брюшине приводит к миграции внутренних органов, что является предрасполагающим фактором в развитии различных послеоперационных и постлучевых осложнений (спаечная кишечная непроходимость, эвентрация внутренних органов и промежностные грыжи). Реконструкция тазовой брюшины удерживает внутренние органы в брюшной полости и препятствует их миграции в образовавшуюся после операции полость малого таза, что способствует профилактике развития этих осложнений. **Выводы.** После расширенной и комбинированной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки у больных осложненным местнораспространенным раком прямой кишки оптимальным методом пластики дефекта тазового дна является реконструкция тазовой брюшины, что способствует профилактике развития острой кишечной непроходимости, эвентрации внутренних органов и промежностных грыж, в том числе увеличивает эффективность проведения адъювантной лучевой терапии. **Рекомендации.** При выполнении реконструктивного этапа операции у больных осложненным местнораспространенным раком прямой кишки, направленного на устранение дефекта тазового дна показана пластика тазовой брюшины. Предпочтение отдается методам аутопластики – ушиванию тазовой брюшины, пла-



стике большим сальником и маткой с придатками. В случаях невозможности их выполнения –реконструкции тазовой брюшины антиадгезивными сетчатыми эксплантатами.

1292. ВАРИАНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ МАЛОГО ТАЗА

Севостьянова К.С.(1,2,3), Тулупов А.А.(3,4), Шевела А.И.(1,2)

Новосибирск

- 1) ИХБФМ СО РАН, 2) ООО ЦПМ,
- 3) ФГАОУВО ННИГУ, 4) МТЦ СО РАН

На сегодняшний день нет определенного алгоритма ведения пациенток с варикозной болезнью малого таза (ВБМТ). Диагноз обычно устанавливается на основании данных УЗИ малого таза. Перспективным является внедрение в диагностическую практику магнитно-резонансной томографии (МРТ) с возможностью прижизненного неинвазивного изучения структур тела и широким спектром научно-диагностических подходов к визуализации сосудистой системы. Лапароскопическое вмешательство можно рассматривать как лечебную и диагностическую процедуру у пациенток с данной патологией. Цель исследования: Оценить возможности магнитно-резонансной томографии в качественной и количественной оценке венозного кровотока у пациентов с варикозной болезнью малого таза в пред- и послеоперационной диагностике, эффективность лапароскопической диссекции гонадных вен. Материалы и методы. На МР-томографе «Achieva» с напряженностью магнитного поля 1,5 Т было проведено исследование 24 пациенток с первичной и вторичной варикозной болезнью малого таза II-III степени по данным УЗ-обследования. Исследование начинали с рутинного протокола МР-томографии органов малого таза и брюшной полости, включающего получение T1- и T2-взвешенных изображений и изображений с подавлением МР-сигнала от жировой ткани. Проводили бесконтрастную трехмерную МР-ангиограмму сосудов, а для детального изучения количественных параметров венозного кровотока была использована методика количественной оценки потока Quantitative Flow (Q-Flow). Пациентки (3) с клиникой хронических тазовых болей, варикозной болезнью малого таза по данным УЗИ и расширением левой гонадной вены до 8-10 мм рефлюксом по ней по данным бесконтрастной МР-венографии были прооперированы. Выполне-

на лапароскопическая диссекция левой гонадной вены.

Результаты исследования. Выявлена выраженная индивидуальная анатомическая вариабельность венозной системы: изолированное варикозное расширение вен малого таза, варикозная трансформация левой гонадной вены с ретроградным потоком крови по ней, расширение правой гонадной вены, двустороннее расширение гонадных вен, расширение и удвоение гонадных вен. У пациенток с первичной ВБМТ выявлено, что в горизонтальном положении скорость кровотока по яичниковым венам стремится к нулю, или имеет выраженный ретроградный компонент. Комплексное МРТ исследование органов малого таза позволило исключить экстравазальную компрессию в этой области. Лапароскопическое вмешательство у пациенток с ВБМТ, позволило помимо непосредственной лечебной манипуляции (диссекция левой гонадной вены) также выполнить визуальную диагностику органов малого таза и брюшной полости, и симультантное лечение (сальпингооариолизис, консервативная миомэктомия). Операция и послеоперационный период без осложнений. С первых суток пациентки отметили уменьшение либо купирование тазовой боли. Эффект сохраняется более полугода. При МР-обследовании пациенток в послеоперационном периоде было отмечено: уменьшение расширенных вен в области малого таза и запустение левой гонадной вены через 1-2 месяца и отсутствие их визуализации в сроки более 4х месяцев. Заключение. Для оценки венозного кровотока по венам малого таза и брюшной полости предложен комплекс МР-томографических методик, возможности которых позволяют не только качественно, но и количественно оценивать особенности потока крови без использования контраста и лучевой нагрузки. Эта информация важна для определения тактики консервативного и оперативного лечения данной патологии. Отмечены положительные результаты лечения после лапароскопической диссекции левой гонадной вены. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований № 16-34-00554 мол_a.



1293. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

*Тонеев Е.А.(1,2), Чарышкин А.Л.(2),
Медведев А.А.(1)*

Ульяновск

1)УОКОД, 2)УлГУ кафедра факультетской хирургии

У пациентов старше 60 лет наличие тяжелых сопутствующих заболеваний ограничивает радикальное хирургическое лечение. По данным литературы летальность у пациентов раком легкого пожилого возраста выше, чем у пациентов до 60 лет. Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого у больных в разных возрастных группах. Материалы и методы. В исследование включены 280 больных раком лёгкого, которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении Ульяновского областного клинического онкологического диспансера. Предоперационное исследование больных раком лёгкого включало клинико-инструментальную оценку местной и отдалённой распространённости опухолевого процесса, а также результаты лабораторного и функционального исследования органов и систем организма. Всем пациентам была выполнена операция (пневмонэктомия, лоб- и билобэктомия) и систематическая медиастинальная билатеральная лимфодиссекция. Дополнительная лучевая и/или химиотерапия для комбинированного лечения назначалась преимущественно в молодом и среднем возрасте. Результаты исследования. Мужчин среди анализируемых больных было 262(93,6%) и женщин 18(6,4%). Возраст пациентов варьировал от 39 до 75 лет. Больных старше 60 лет было 28,5%. В возрасте старше 70 лет оперировано 2,1%. Пневмонэктомия (27,8%) чаще выполнялась у пациентов молодого и среднего возраста, что обусловлено частотой выявления на III стадии рака легкого у пациентов данных возрастных групп. В пожилом и старческом возрасте у 64 % больных выполнена лоб- и билобэктомия, в этом возрасте диагноз чаще устанавливался на I и II стадии рака легкого. Общая 5-летняя выживаемость составила 29%, при послеоперационной летальности 4,9 %. Летальность после пневмонэктомий составила 6,5%, после лоб- и билобэктомий – 4,0%. Таким образом, радикальное хирургическое лечение по показаниям может быть применено больным в молодом, среднем и пожилом возрасте с резектабельным немелкоклеточным раком легкого с удовлетворительными отдаленными результатами.

1294. РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

*Тонеев Е.А.(1,2), Чарышкин А.Л.(2),
Медведев А.А.(1)*

Ульяновск

1)УОКОД, 2)УлГУ кафедра факультетской хирургии

Осложнения раннего послеоперационного периода возникают у 12 до 30–50% больных раком легкого с летальным исходом в 0,6–9% случаев. Частыми осложнениями являются гнойно-воспалительные п/о раны, эмпиема плевры, наиболее тяжелыми – кровотечение, бронхиальные свищи. Цель исследования. Анализ осложнений раннего послеоперационного периода у больных раком легкого. Материалы и методы. В исследование включены 280 больных раком лёгкого, которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении Ульяновского областного клинического онкологического диспансера. Всем пациентам была выполнена операция (пневмонэктомия, лоб- и билобэктомия) и систематическая медиастинальная билатеральная лимфодиссекция. Дополнительная лучевая и/или химиотерапия для комбинированного лечения назначалась преимущественно в молодом и среднем возрасте. Результаты исследования. Послеоперационный период без осложнений протекал у 56,5% больных, с осложнениями – 43,5%. Сочетанные осложнения наблюдались у 12,9% больных. Статистически значимых различий в структуре осложнений в зависимости от пола и возраста не выявлено. В раннем послеоперационном периоде выявлен бронхоплевральный свищ у 31,8 % больных, геморрагические осложнения (свернувшийся гемоторакс, внутриплевральное кровотечение) – 6,3%, гнойно-воспалительные раневые п/о осложнения наблюдались у 38,7% больных, эмпиема плевры – 4,9%, пневмония – 3,6%. Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее частыми осложнениями являются гнойно-воспалительные раневые п/о осложнения (38,7%) и бронхоплевральный свищ (31,8 %). Для снижения количества данных осложнений необходимо совершенствовать предоперационную подготовку, технику оперативного вмешательства, послеоперационное лечение.



**1295. ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СТАЦИОНАРЕ
КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ ПРИ
ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА 12 ЛЕТ**

*Жданов А.И.(1), Рудой В.Г.(1-2),
Разворотнев А.В.(2), Бредихин С.В.(2),
Ткачев И.Е.(2), Соловьев А.И.(2), Шевченко Д.С.(2),
Стрыгина К.Х.(2)*

Воронеж

- 1) Кафедра госпитальной хирургии ВГМУ им.
Н.Н.Бурденко
- 2) ЦАХ Воронежской городской клинической
поликлиники № 7

Актуальность. Создание при поликлинике центра амбулаторной хирургии (ЦАХ) со стационаром кратковременного пребывания (СКП) предоставило возможность выполнять в нем различные оперативные вмешательства, которые до этого производили только в стационарах больниц. Среди этих вмешательств госпитального реестра малоинвазивные видеоэндоскопические операции являются одними из наиболее многочисленных и перспективных. Цель. Обоснование возможности эффективного выполнения видеоэндоскопических операций в условиях СКП ЦАХ при поликлинике. Материалы и методы. Стационар кратковременного пребывания от 1 до 3 суток ЦАХ при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) функционирует с 2004 года. 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. 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. Результаты. С 2004 года по настоящее время в СКП ВГКП № 7 произведено 11759 операций. При этом 5759 (49.3%) оперативных вмешательств выполнили с применением видеоэндоскопической техники. Из них: 2361 операций хирургического профиля, 1507 - травматолого-ортопедического и 1891 - гинекологического. Из хирургических вмешательств выполнили 2010 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), 332 лапароскопические герниопластики и 19 диагно-

стических лапароскопий. По поводу хронического калькулезного холецистита ЛХЭ произведена у 1947 (96.9%) пациентов. Из них в 143 случаях обнаружили нефункционирующий желчный пузырь, заполненный «белой желчью» и конкрементами, а в 27 - инфильтраты, с наиболее частой локализацией в области шейки желчного пузыря. У 63 (3.1%) больных ЛХЭ выполнена по поводу полипов желчного пузыря. Из операций, сочетанных с ЛХЭ произвели: грыжесечений по поводу пупочных грыж способом Мейо - у 21 больного и у 13 - по способу Сапежко; фенестраций ретенционных кист печени - у 22; биопсий из очаговых образований печени - у 25 пациентов. Интраоперационные осложнения выявлены у 39 (1.9%) больных и у 25 (1.2%) - послеоперационные. С 2009 года в СКП ВГКП №7 у больных с паховыми грыжами выполнено 332 лапароскопические герниопластики (ЛГП) методом ТАРР. При этом у 9 (2.7%) пациентов эти ЛГП были произведены по поводу рецидивных паховых грыж (после ранее выполненных герниопластик по различным методикам с использованием собственных тканей). У 61 (18.4%) пациента с двухсторонними паховыми грыжами ЛГП была произведена одномоментно с обеих сторон. Рецидивы грыж после ЛГП возникли у 7 (2.1%) пациентов в сроки от двух до шести месяцев. Устранение рецидивов грыж этим пациентам было произведено при помощи аллопластики по Лихтенштейну. Артроскопические вмешательства по поводу последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата с 2004 г. выполнили 1507 пациентам. Из них: диагностических артроскопий - 141 (9,4%); резекций медиального мениска - 525 (34,8%); наружного мениска - 264 (17,5%); суставных лаважей при деформирующем остеоартрозе, хроническом синовите - 188 (12,5%); хейл - и синовэктомий, резекций гипертрофированной медиопателлярной складки, тела Гоффа - 124 (8,2%) и 96 (6,3%) удалений хондромных тел. В 65 (4,3%) случаев 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 12 (0,8 %) операций обнаружен паракапсулярный разрыв мениска, выполнен артроскопический шов. Послеоперационные осложнения в этой группе больных составили 5.4%. Из них случаев синовита - 4.6%, гемартроза - 1.1% и 0.5% - нарушений чувствительности в области оперативного воздействия. С 2013 года выполнили 73 (4,8%) артроскопические пластики передней крестообразной связки (ПКС) при помощи аутооттрансплантата, выкроенного из сухожилий нежной и полусухожильной мышц по транстибиальной методике формирования туннелей. После



артроскопических пластик ПКС синовит развился у 4 пациентов, у 2 - в результате повторной травмы произошла внутритуннельная миграция винта. У всех пациентов, несмотря на осложнения, функция оперированного сустава восстановлена полностью. В 2014-2016 гг. выполнено 19 (1.3%) артроскопических вмешательств на плечевых суставах в объеме капсулотомии, иссечения ротаторного интервала, тенотомии длинной головки бицепса, субакромиальной декомпрессии и редрессации сустава, шов дефекта суставной губы гленоида и ротаторной манжеты с последующим удовлетворительным восстановлением объема движений. Из гинекологических видеоэндоскопических вмешательств произвели 1739 гистерорезектоскопий и гистероскопий с раздельным диагностическим выскабливанием, а также 152 лапароскопические операции: резекции яичников, туб- и аднексэктомии, устранение очагов наружного эндометриоза при трубноперитонеальном бесплодии, хирургической стерилизации. Интраоперационные осложнения во время этих лапароскопических операций установлены у 17 (11.3%) больных и у 13 (0,8%) - во время внутриматочных вмешательств. Осложнений, связанных с анестезией при видеоэндоскопических вмешательствах хирургического, травматологического и гинекологического профиля не наблюдали. Гнойно-септических осложнений, 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. Выводы. Создание стационара кратковременного пребывания ЦАХ при ВГКП №7 позволило внедрить в повседневную хирургическую практику такие малоинвазивные стационарозамещающие технологии, как видеоэндоскопические вмешательства, что дало возможность оказывать своевременную, специализированную, многопрофильную хирургическую помощь большему количеству населения при существенном снижении материальных затрат.

1296. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Архаров А.В., Каприн И.А., Быков А.Н.,
Муслимов Б.Г., Глабай В.П.*

Москва

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Желчнокаменная болезнь как причина билиарного панкреатита может быть признана лишь при превышении амилазы крови в 3 раза выше нормы. Главная причина острого билиарного панкреатита - "общий канал", микролитиаз (73%), вклинение или миграция камней через большой дуоденальный сосок. В 0.3-3% холецистэктомия не избавляет от атак острого панкреатита. Причина - "переток жидкостей" при общем канале. Диагностика билиарного панкреатита - УЗИ, эндоУЗИ, МРПХГ, РПХГ. Наблюдали 378 больных острым билиарным панкреатитом, 304 легкого течения и 74 тяжелого. При легком течении билиарного панкреатита проведено консервативное лечение и холецистэктомия, преимущественно лапароскопическая, через 3-7 дней. При вклинении камня в БДС ЭПСТ в первые часы после поступления (5). Деструкция желчного пузыря и стерильные жидкостные скопления - холецистэктомия и дренирование скоплений под УЗИ (9). Холедохолитиаз, холангит, желтуха, скопление жидкости - ЭПСТ, дренирование скоплений под УЗИ в первые 24 часа. Холецистэктомия после разрешения осложнений (22). Инфицированные ограниченные скопления - пункционно-катетеризационное лечение под УЗИ или "открытое" вмешательство. Холецистэктомия после разрешения осложнений (9). Инфицированный панкреонекроз без тенденции к ограничению - "открытый" живот, холецистэктомия, наружный дренаж желчных протоков (22), при невозможности - холецистолитотомия, холецистостомия (7). При легком течении панкреатита летальности не было, при тяжелом - 4%.



1297. ОЦЕНКА СОПРОТИВЛЕНИЯ ОТТОКА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ АРТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ МСКТ АНГИОГРАФИИ

*Маслов А.Л.(1,2), Кармазановский Г.Г.(1,2),
Зотилов А.Е.(1)*

Москва

- 1) ФГБУ Институт хирургии им. А.В.Вишневского» МЗ РФ,
- 2)ООО РЭМСИ Диагностика Рус

Цель: Оценить эффективность МСКТ ангиографии при определении состояния артерий оттока у пациентов с атеросклеротическим поражением подколенных артерий. Актуальность: Наиболее частая локализация облитерирующих поражений артерий нижних конечностей это бедренно-подколенно-тибиальный сегмент. Несмотря на проводимое лечение, у 10-20% больных прогрессирование заболевания приводит к ампутации, показатели летальности при этом составляют 15%. При плохих путях оттока в первые два года после операции тромбоз протезов наблюдается в 40-55% случаев. Для диагностики поражения артерий голени с оценкой путей оттока применяются различные методы. Мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием (МСКТ ангиография) широко используется, однако в литературе мы не нашли данных о ее применении в оценке артерий путей оттока. Материал и методы: На базе РЭМСИ Диагностика Рус Москва проведен анализ 147 МСКТ ангиографических исследований артерий нижних конечностей. Из анализа исключено 2 исследования: у пациента 17 лет с новообразованием бедра и у пациента 45 лет с артериовенозными свищами. Всего проанализировано 145 исследований 142 пациентам с заболеваниями артерий нижних конечностей, из них четверо наблюдались в течении года повторно. Обследовано 32 женщины в возрасте от 30 до 88 лет, средний возраст женщин 66 лет и 108 мужчин в возрасте от 27 до 86, средний возраст - 64,7 лет. Атеросклеротические изменения в подколенной артерии, артериях голени и стопы описано 91 пациента, изменения в только в подколенной артерии у 57. Для анализа выбраны пациенты с поражением бедренно-подколенных артерий по Типу Dсогласно TASCII(хронические тотальные окклюзии общей бедренной артерии или поверхностной бедренной артерии более 20см, с вовлечением подколенной артерии и хронические тотальные окклюзии подколенной артерии подколенной артерии и ее трифуркации). У пациентов проведен анализ состояния путей артериального оттока по

модифицированной классификации, где каждой артерии голени присваивалось 3 балла, сопротивление тока крови оценивалось как 0 баллов – отсутствие стеноза или стеноз менее 20%, 1 балл – стеноз 20-49%, 2 балла стеноз 50-99%, 3 балла – окклюзия. Полученные результаты: Всего проанализировано 53 таких пациента, из них окклюзия обеих подколенных артерий была у 4-х пациентов, окклюзия правой подколенной артерии была у 14 пациентов, окклюзия левой подколенной артерии была у 20-ти пациентов, окклюзия бедренно-подколенного шунта была у 2-х пациентов, окклюзия бедренно-тибиального шунта была у 2-х пациентов. У одного из пациентов из-за протяженных окклюзий, множественных критических стенозов наружных подвздошных артерий, общих бедренных артерий, протяженных критических стенозов наружных бедренных и подколенных артерий отмечалось слабое контрастирование артерий голени, подошвенных артерий, при этом все равно было возможно визуализировать пути оттока одной из стоп с дифференцировкой коллатералей от тыльной артерии стопы через глубокую подошвенную артерию к латеральной подошвенной артерии. Рассчитана степень сопротивления артерий путей оттока 39 конечностей (16 правых и 23 левых) у 53 пациентов: 10 баллов в 23,7% случаев; 9 баллов в 5,1%; 8 баллов – 2,5%; 7 баллов 18%, 6 баллов в 5%; 5 баллов 2,5%; 4 балла 15,4%; 3 балла 7,7%; 2 балла 0; 1 балл 20,5%. Выводы и рекомендации: МСКТ ангиография артерий нижних конечностей позволяет оценить и наглядно представить уровень, выраженность, протяженность поражения оформлением заключения в соответствии с хирургической классификации TASCII, кроме того позволяет оценить состояние путей оттока, важного для выбора тактики лечения у больных с тяжелым атеросклеротическим поражением, что позволит прогнозировать исходы операций, снизить процент тромбозов шунтов и протезов в первые два года после операций. Необходимо стандартизировать протоколы описания и заключения по полученным результатам МСКТ ангиографии, провести сравнительную оценку возможности определения состояния путей оттока артерий голени и стопы.



1298. ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ СТЕНТ-ГРАФТА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОЙ АОРТЫ

Ревишвили А.Ш., Попов В.А., Коростелев А.Н., Малышенко Е.С.

Москва

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

В зарубежной литературе все чаще появляются сообщения о чрезвычайно тяжелом осложнении эндопротезирования грудной аорты инфекции стент-графта (СГ), частота которого достигает 2-5%. Консервативное лечение таких пациентов в подавляющем большинстве бесперспективно. Хирургическое вмешательство сложно, травматично, летальность достигает 80%. Цель: представить возможную тактику и случай успешного оперативного лечения инфекции СГ грудной аорты. Материал и методы. У пациента Б. 60 лет через 5 лет после неосложненного эндопротезирования грудной аорты по поводу аневризмы без видимых провоцирующих моментов появилась гектическая температура с ознобами. При компьютерной томографии в проксимальной части грудной аорты выявлен парааортальный абсцесс. Начата интенсивная антибактериальная терапия. Состояние больного улучшилось, уменьшился объем жидкости и газа в области абсцесса. Далее в два этапа проведено хирургическое лечение. Вначале наложен шунт между левыми сонной и подключичной артериями с перевязкой последней. Через 2 недели в условиях гипотермического ИК (минимальная температура 20,3°) и полной остановкой кровообращения с перфузией головного мозга проведена вторая операция. Доступом через срединную стернотомию выполнено экстраанатомическое шунтирование аорты с проксимальным анастомозом «конец в бок», трансперикардальным дистальным анастомозом «конец в конец» с пересечением и ушиванием проксимального отдела аорты. Дополнительно от протеза шунтирована перевязанная ранее левая сонная артерия. После пересечения дуги аорты удален инфицированный СГ, полость абсцесса санирована и герметично ушита. Искусственное кровообращение продолжалось 280 минут, полная остановка кровообращения 58 минут. Результат. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Заживление операционной раны первичное. При контрольном обследовании функция наложенных протезов адекватная, рецидива септического процесса нет. Выписан в удовлетворительном состоянии на 17 сутки после операции. Выводы. Учитывая

специфику и сложность операций на грудной аорте при наличии инфицированного эндопротеза, необходима детальная диагностика и индивидуальный подход к каждому пациенту. При планировании хирургического вмешательства должны быть рассмотрены различные варианты доступа, подключения ИК, возможность полной остановки кровообращения. Экстраанатомическое асцендо-десцендное шунтирование является одним из вариантов хирургической реконструкции.

1299. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Вильк А.П., Корнеева С.А., Абакумов М.М.

Москва

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

За период с 2010 по 2016 гг в НИИ Скорой помощи им. Склифосовского с закрытой травмой и повреждением селезенки поступило 210 пациентов. Из них у 134 пациентов (63.8%) была сочетанная травма, в том же числе травма груди с переломами ребер (36%). У 76 пациентов (36.1%) наблюдалась изолированная травма живота с повреждением селезенки. Средний возраст пациентов был 35±13.5 лет (от 15 до 68). 83% являлись мужчинами, 27% женщины. У всех больных повреждение селезенки, было диагностировано при УЗИ, выполненном при поступлении. Динамическое УЗИ в первые сутки после травмы проводили каждые 2 часа, в последующие сутки – каждые 12 часов, в последующем – каждые 2-3 дня или при клиническом ухудшении состояния больного. Экстренное оперативное вмешательство в течение первых четырех часов после поступления выполнено 136 больным, что составило 65%. В последующие сутки после поступления были оперированы 15 больных(7%). В течение 3-6 суток были оперированы 17 больных(8%), в 7-14 сутки оперативное вмешательство выполнено 6 пациентам. Дренирование плевральной полости, лапаротомия и спленэктомия у 53 пострадавших (36%), лапаротомия и спленэктомия – у 80 (64%), торакотомия, ушивание межреберных артерий, лапаротомия, спленэктомия выполнены у 1-го больного (0.5%). Двухмоментные разрывы селезенки имели место у 10 пострадавших, что составило 4.7%. При нестабильных гематомах селезенки, спленэктомия была выполнена у 15 пациентов (7%). Консервативное лечение проведено 36 пациентам, что составило 17%. Показаниями к консервативному



методу лечения являлись стабильная гематома селезенки, не нарастающая при УЗИ в динамике, отсутствие в ней кровотока при доплерографии, незначительное количество свободной жидкости в брюшной полости, не нарастающее в динамике, стабильная гемодинамика. Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны, однако у 4 больных (11%) в сроки до 3 месяцев с момента травмы сформировались абсцессы селезенки, что потребовало повторной госпитализации и спленэктомии. Общая летальность при закрытой травме селезенки составила 4.3% (9 пациентов). Таким образом, основным методом диагностики и определения тактики лечения повреждений селезенки у больных с сочетанной травмой остается ультразвуковое исследование. Это исследование должно включать в себя сведения о размерах и динамике развития гематомы, изменение количества жидкости в брюшной полости (локализация, количество), а также изменения эхоструктуры самого органа.

1300. КАРТИНА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОТОМИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Исаев Д.Н.

Ульяновск

Ульяновский Государственный Университет

Актуальность: Число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в России составило более 1 млн. (1062476 человек на 1.08.2016). Из них 226 тысяч уже умерло по разным причинам. На диспансерном учете в специализированных медицинских организациях в 2016 году состояло 628 073 больных, инфицированных ВИЧ. Все чаще хирургам приходится сталкиваться во время оперативных вмешательств с ВИЧ-инфицированными пациентами. Цель: изучить состояние органов брюшной полости при лапаротомии у ВИЧ-инфицированных пациентов. Материал и методы: 148 пациентов с ВИЧ-инфекцией III стадии, оперированных на брюшной полости в хирургическом отделении областной больницы УФСИН г. Ульяновска в период с 2000 по 2015 годы. Из них у 85 (57,4%) сопутствующий диагноз туберкулез, вирусный гепатит был выявлен у 78 пациентов (52,7%). Всем больным была выполнена операция на органах брюшной полости. Первую группу составили пациенты, которым была выполнена аппендэктомия 98 пациентов (66,2%). Вторую группу составили 42 (28,4%) больные, которым была выполнена лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости. Тре-

тью группу пациентов составили 8 больных (5,4%), у которых была выполнена лапаротомия, ревизия брюшной полости. У данной группы клинически были симптомы перитонизма, однако во время оперативного вмешательства источник был не найден, операция ограничилась лишь дренированием брюшной полости и взятием биопсии лимфатических узлов. Результаты исследования: При ревизии брюшной полости гепатомегалия была выявлена у 119 пациентов (80,4%), спленомегалия в 75%, самым характерным признаком ВИЧ-инфекции являлось изменение мезентериальных узлов 126 пациентов (85,1%). Узлы были размерами от 10 до 20 мм., с характерным белесоватым цветом, плотной консистенции, при этом в 50,1% с гнойным отделяемым, с творожистым отделяемым (37,1%). Абсцессы брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства выявлены у 43 пациентов (29,1%) Послеоперационная летальность составила 10,1%. (15 пациентов). Выводы: поражение мезентериальных узлов при ВИЧ-инфекции III стадии наблюдается в 85%, при этом гнойный мезаденит в 50%. Острая хирургическая патология у ВИЧ-инфицированных часто сопровождается, сопутствующим поражением лимфатических узлов с формированием абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства (29%). Клиническая картина в диагностике острого хирургического заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией сложная, что приводит к необходимости ревизии брюшной полости (5,4%).

1301. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВНУТРИПРОСВЕТНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВАРИКОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Самарцев В.А. (1), В.В. Протасов(2),
Н.В. Ложкина(1), Р.Ж. Кулаков(2)*

Пермь, 2)Березники

1) Кафедра общей хирургии №1 ПГМУ
им. Е.А. Вагнера, ГКБ №4,
2)ГБ им. Е.А. Вагнера

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) является пятой по частоте причиной смерти у взрослых, медиана выживаемости больных с декомпенсированным ЦП (класс В/С по Child-Pugh) составляет 1,8 года. Летальность после эпизода варикозного кровотечения (ВК) при развитии первого и второго негеморрагического осложнения ЦП в течение пяти лет достигает 80% и 88% соответственно (G. D'Amico et al, 2014 - doi:10.1111/apt.12721). Актуальной про-



блемой остается оценка клинической значимости интервала между сессиями эндоскопического лигирования (ЭЛ) варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) с учетом стратификации риска декомпенсации ЦП. Материал и методы. Эндоскопические внутрисветовые вмешательства (ЭВВ), включающие эндоскопическое лигирование (ЭЛ) и эндоскопическую склеротерапию (ЭС) ВРВП выполнены у 104 больных ЦП. 29 пациентов отказались от продолжения лечения, 7 исключены из исследования по критерию декомпенсации ЦП (>13 баллов по Child-Pugh). Проведен ретроспективный анализ ЭВВ у 71 больного, 26 (36,6%) женщин и 45 (63,4%) мужчин, в возрасте 25-78 лет (47±17,6). В 15(21,1%) случаях выполняли ЭЛ ВРВП с последующей ЭС; у 56(68,1%) только ЭЛ. У больных I группы (n=24) ЭВВ завершали к 60 дню после эпизода пищеводного ВК; во II (n=21) сессии вторичной эндоскопической профилактики ВК продолжали в сроки до 16 месяцев; у пациентов III группы (n=26) проводили первичную эндоскопическую профилактику ВК. С гемостатической целью выполняли тампонаду пищевода зондом-обтуратором Сенгстака-Блэкмора до 4 часов, после декомпрессии баллонов зонд оставляли для контроля рецидива ВК. У 1(2,2%) (n=45) больного использовали стент Danis. Для ЭЛ применяли многозарядный однозарядный лигатор типа Stiegmann-Goff и многозарядные устройства. ЭС выполняли 1% этоксисклеролом. У больных I группы в среднем фиксировали 7 лигатур с интервалом 3-20 дней; II – 12; III – 11 с интервалом 30-45 дней, до 6 лигатур одновременно. Первичную эндоскопическую профилактику ВК проводили при наличии вариксов в пищеводе диаметром до 5мм. Медикаментозная терапия включала трансфузию эритроцитарной взвеси, криоплазмы, альбумина и кристаллоидов, апротинин, транексам, аминокaproновую кислоту, антибиотики, октреотид, терлипессин, пропранолол, карведилол, изосорбида мононитрат, симвастатин, ингибиторы протонной помпы, гевискон – форте, лактулозу, L-орнитин, диуретики, гепатопротекторы, препараты магния, калия, кальция, железа, витамины. Результаты. ЦП в исходе хронического вирусного гепатита регистрировали у 27(38%) пациентов, хронического неуточненного гепатита – у 21(29,6%), алкогольной болезни печени – у 21(29,6%), токсической болезни печени – у 1(1,4%), первичный билиарный цирроз – у 1(1,4%). По шкале Child-Pugh оценивали функциональный класс ЦП: А – у 16(22,5%) больных, В – у 45(63,4%), С – у 10(14,1%). Эрадикацию ВРВП наблюдали у 44(62%) пациентов, регрессию у 4(5,6%), у 19(26,8%) лечение не завершено. В I группе (n=24) осложнение ЭЛ в виде ulcerогенного кровотечения наблюдали у 3(12,5%) больных; летальный исход у 2(8,3%), у 1 из них на фоне кровотечения из

лигатурной язвы. У пациентов II и III групп осложнений ЭВВ и летальности не отмечали. У 2 пациентов III группы (n=26) при неявке на этапную госпитализацию в сроки более 3 месяцев отмечено кровотечение из ВРВП. В I группе (n=24) годовая выживаемость оценена у 19 больных и составила 68,4%, во II группе (n=21) составила 100% у 13 пациентов; в III группе (n=26) оценена у 17 больных, составила 88,2%. Повторное ЭЛ после рецидива ВРВП выполнено у 4 больных в сроки 11-21 месяца. Максимальный срок диспансерного наблюдения после эпизода ВК составил 6 лет 3 месяца у больного алкогольным ЦП. Выводы. Удлинение интервала между сессиями ЭЛ до 30-45 дней сопровождалось снижением частоты осложнений, летальности и увеличением годичной выживаемости в группах вторичной эндоскопической профилактики ВК у больных ЦП. В группе первичной профилактики превышение указанного интервала являлось фактором риска кровотечения из ВРВП.

1302. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ СЛИЗИСТЫХ ИЛИ СЛИЗИСТОМЫШЕЧНЫХ ЛОСКУТОВ

*Карукес Р.В., Чернышёв А.А., Абовян А.Р.
Калиниченко И.А.*

Ростов-на-Дону

НУЗ "ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО "РЖД"

Свищи перианальной области являются значительной проблемой современной колопроктологии, что в первую очередь связано с отсутствием стандартизированных методов лечения, а так же со сравнительно большим количеством рецидивов. Заболеваемость составляет 5,6 на 100 000 среди женщин и 12,3 на 100 000 среди мужчин. Большинство авторов придерживаются криптоглангулярной теории развития заболевания в основу которой, как источника воспалительного процесса, положены железы локализирующиеся на уровне зубчатой линии. Все свищи по отношению к сфинктеру прямой кишки можно условно разделить на простые (с низким расположением свищевого хода) и сложные (с высоким расположением свищевого хода). Предложено множество способов хирургического лечения, которые в зависимости от хирургического воздействия на сфинктер условно можно разделить на две большие группы: сфинктер-сберегающие и операции при которых затрагивается пораженная часть сфинктера. На сегодняшний день результаты лечения высоких или



сложных свищей остаются неудовлетворительными в связи с высокой частотой рецидивов и развития различных степеней послеоперационной инконтиненции. Цель: Сравнение способов лечения высоких трансфинктерных свищей с использованием перемещенного слизистого лоскута и слизисто-мышечного лоскута и частоты рецидивов после данных операций на основании ретроспективного анализа историй болезни и активного наблюдения пациентов в послеоперационном периоде. Материалы и методы: В исследование были включены 36 пациентов, находившихся на стационарном лечении в условиях НУЗ ДКБ на ст. Ростов с 2012г. по 2016г. и получавших хирургическое лечение по поводу высоких свищей перианальной области. Всем больным в качестве предоперационного обследования выполнялись рутинные амбулаторные анализы, а так же фиброколоноскопия, МРТ сфинктерного аппарата прямой кишки, фистулография. Больные были разделены на две группы. В первой группе выполнено закрытие внутреннего свищевого отверстия слизистым лоскутом, во второй группе слизисто-мышечным лоскутом. Техника выполнения оперативного пособия в обоих случаях заключалась в иссечении наружного свищевого отверстия и далее удалении свищевого хода на максимальном протяжении достигая наружного сфинктера. Затем в проекции внутреннего отверстия выполнялось иссечение пораженной ткани эллипсоидным разрезом, при невозможности достаточного удаления свищевого хода, выполнялся механический кюретаж свища с удалением гипергрануляций. Различие в группах заключалось на этапе выделение лоскута от уровня зубчатой линии. Так в первой группе в лоскут включался слизистый и подслизистый слой, во второй группе слизисто-мышечный слой. Путем активного наблюдения пациентов в послеоперационном периоде оценивалась частота возникновения рецидива в течение первого года после операции. Результат: Пациенты разделены на две группы, первая группа включала 22 человека, во вторую группу было включено 16 человек. В обеих группах было больше мужчин, в первой группе 17 (77,3%), во второй группе 13 (81,3%). В первой группе переднее расположение свища диагностировано в 4 случаях (18%). Во второй группе 2 случая (12,5%). Продолжительность госпитализации составляла в среднем 5.9 дней. К ближайшим осложнениям послеоперационного периода относится несостоятельность швов перемещенного лоскута, которое наблюдалось в первой группе у 7 пациентов (32%), во второй группе 3 случая (18%). Рецидив наблюдался в первой группе у больных с диагностированной несостоятельностью швов лоскута, а так же еще у двух пациентов, что составило 9 случаев (41%), во второй группе 2 случая

рецидива (12,5%). Выводы: Согласно полученным результатам выполнение пластики внутреннего отверстия перемещенным слизисто-мышечным лоскутом коррелирует с лучшими результатами лечения и проявляется в снижении частоты рецидивов в течение первого года после операции, что по видимому связано со снижением частоты несостоятельности швов, в связи с сохранением более адекватного кровоснабжения выделенного слизисто-мышечного лоскута.

1303. ФАКТОРЫ РИСКА ПОРТАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

Морару В.А., Бужор П.В., Павлюк Г.В., Бужор С.П.

Кишинев, Республика Молдова

ГУМиФ "Н.Тестемицану"

Постспленэтомический портальный тромбоз является прогностически неблагоприятным осложнением хирургической коррекции портальной гипертензии. У больных циррозом печени обструкция воротной вены зачастую сопровождается стертой клинической картиной и отсутствием характерных признаков. Нарушения печеночной гемодинамики отрицательно влияют на перфузию и функциональное состояние печени и наряду с операционной травмой могут способствовать развитию тяжелой печеночной недостаточности. Цель: изучить прогностические факторы риска портального тромбоза у больных циррозом печени подвергнутых спленэктомии с азиго-портальным разобщением.

Материалы и методы: проведен анализ результатов хирургического лечения 117 больных циррозом печени. Показания были обусловлены спленомегалией, гиперспленизмом с прогрессирующей коагулопатией, варикозно-расширенными венами пищевода и желудка. В до- и послеоперационном периодах методом ультразвуковой доплерографии исследованы параметры сплено-портального кровотока, установлен показатель послеоперационного тромбоцитарного роста. Результаты: Постспленэтомический тромбоз воротной вены выявлен у 37 (31,6%) больных. В 9 случаях были отмечены клинические проявления, у 28 больных наблюдалось асимптоматическое течение. В раннем послеоперационном периоде установлено снижение скорости ($c 11,5 \pm 0,49$ до $8,1 \pm 0,34$ см/сек) и объема воротного кровотока ($1334,1 \pm 70,8$ мл/мин до операции и $747,8 \pm 45,7$ мл/мин после операции). Одновременно выявлена значитель-



ная разница показателя тромбоцитарного роста, составивший $328,0 \pm 15,6\%$ у больных с портальным тромбозом и $211,5 \pm 13,9\%$ при отсутствии воротной обструкции.

Выводы: Портальный тромбоз характеризуется относительно высокой частотой развития у цирротических больных подвергшихся спленэктомии с азиго-портальным разобщением. Факторами риска развития данного осложнения являются постспленэктомический тромбоцитоз наряду с гиподинамическим состоянием воротного кровотока в раннем послеоперационном периоде.

1304. ПОРОКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ. КОГДА КОРРЕГИРОВАТЬ И КАК?

Базылев В.В., Немченко Е.В., Карнахин В.А.

Пенза

ФГБУ ФЦССХ г.Пенза

Цель исследования. Оценить сочетанное влияние основных факторов риска развития рецидива ФП после операции Соx-Maze 4, выполненной одномоментно с коррекцией приобретенного порока. Материалы и методы. В исследование вошел 141 пациент с изученными отдаленными результатами. Из 82 (58%) женщин и 59 (42%) мужчин в возрасте от 30 и до 70 лет ($58,8 \pm 11,0$ лет) 128 (91%) имели постоянную форму фибрилляции предсердий, 13 (9%) - пароксизмальную. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу вошло 84 человека (60%) с двумя факторами риска; во 2 группу – 57 (40%) пациентов с сочетанием трех основных факторов риска рецидива. Всем пациентам выполнялась операция Соx-Maze IV с помощью оборудования для монополярной и биполярной абляции при открытых вмешательствах на сердце. Давность анамнеза ФП составила в среднем $43,2 \pm 43,6$ мес.; передне-задний размер левого предсердия - $70,9 \pm 11,2$ мм. Результаты. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до трех лет изучены у 100% пациентов. В 1 группе – синусовый ритм в отдаленные сроки сохранялся у 78 (93%) пациента, фибрилляция предсердий – у 6 (7%). Во 2 группе у 45 (78%) сохранялся синусовый ритм, у 12 (22%) фибрилляция предсердий. Актуарная свобода от фибрилляции предсердий в первой группе составила $88\% \pm 0,3\%$; во второй группе $62\% \pm 1,6\%$. Различия между группами оказались статистически значимыми ($P=0,04$). Выводы. Синусовый ритм после процедуры Соx-Maze сохранялся у 2/3 больных с сочетанием двух факторов рецидива, что выше,

чем в группе пациентов только с тремя факторами в сроки до 3,5 лет. Статистически значимыми факторами рецидива фибрилляции предсердий являются возраст пациента и размер ЛП.

1305. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ (СОННО-ПОДКЛЮЧИЧНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ИЛИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ) БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРВОГО СЕГМЕНТА ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ

*Гавриленко А.В. (1,2), Иванов В.А. (3),
Аль-Юсеф Н.Н. (1, 2), Куклин А.В. (1)*

Москва

- 1) ФГБНУ «Российский Научный Центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского»,
- 2) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
- 3) ФГКУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского»
Минобороны России

Цель работы: определение оптимального метода лечения (сонно-подключичное шунтирование или эндоваскулярные методы лечения) пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями первого сегмента подключичной артерии.

Материалы и методы: в исследование вошло 150 больных с поражением первого сегмента ПкЛА. В 1 группу вошло 75 больных, которым было выполнено сонно-подключичное шунтирование. Степень стеноза варьировала от 65% до 95%, окклюзия ПкЛА была у 39 (52%) пациентов, постоянный стил-синдром наблюдался у 54 (72%) пациентов. Сопутствующая кардиальная патология наблюдалась у 41 (55%) больного, инсульт в анамнезе у 2 пациентов (3%). 2-ая группа - 75 больных, которым были выполнены эндоваскулярные вмешательства. Степень стеноза от 65% до 95%, окклюзия ПкЛА была у 32 (43%) пациентов. Постоянный стил-синдром наблюдался у 49 (65%) пациентов, Сопутствующая кардиальная патология у 38 (51%) больных, инсульт в анамнезе у 11 пациентов (15%)
Результаты: Длительность операции - 1 группа $2 \pm 0,54$ часа, 2 группа 40 ± 12 минут. (P0.05) Тромбозов шунтов или стентов - 0 Через 6 месяцев после операции: в 1 группе из 73 наблюдаемых пациентов у 3 был выявлен тромбоз шунта. Во 2 группе из 72 пациентов тромбоз стента был выявлен у 12 пациентов, у 11-ти из них исходно была окклюзия подключичной артерии. (P0.05).

Закключение: В ближайшем послеоперационном



периоде оба метода лечения одинаково эффективны. Но начиная с 6-го месяца наблюдения у больных с исходной окклюзией ПкЛА результаты открытых реконструкций значительно лучше. Поэтому у этой группы больных не рекомендовано использовать эндоваскулярные методы лечения. При наличии сопутствующей кардиальной патологии, инсульта в анамнезе и нахождении больного в группе риска проведения длительной анестезии предпочтение отдается эндоваскулярным методам лечения.

1306. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ГЛУБОКИХ ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

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

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская больница №14»

Актуальность. Частота гнойно-воспалительных осложнений у пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД) варьирует от 25 до 50%. Обширные глубокие флегмоны туловища и конечностей у таких пациентов часто (до 40% случаев) оказываются причиной летальных исходов даже при оказании им медицинской помощи в условиях специализированного стационара. Сахарным диабетом нередко 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 больных варьировал от 43 до 82 лет, однако преобладали пациенты от 45 до 60 лет (83% клинических наблюдений). В 22 (91,7%) случаях у больных диагностирован СД в стадии декомпенсации, метаболический синдром. Такая патология углеводного обмена впервые выявлена в 18 (75%) клинических наблюдениях. Причинами развития ОГФПБС у пациентов, данные о которых включены в исследование, в 14 случаях стали внегоспитальные инъекции инсулина, а в 10 клинических наблюдениях произошло нагноение ран передней брюшной стенки после абдоминальных операций. Полученные результаты, их обсуждение. Медицинская помощь больным оказывалась

с соблюдением базисных 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 большинстве клинических наблюдений у больных диагностированы синдром системной воспалительной реакции, сепсис, инфекционно-токсический шок. Течение заболевания у всех пациентов сопровождалось декомпенсацией СД. В 24 (100%) случаях выполнено вскрытие, дренирование гнойного очага с первичной хирургической обработкой гнойной раны. Однако несмотря на радикальный подход к первичной операции, во 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%) случаях потребовалось наложение вторичных швов, в 5 (20,8%) клинических наблюдениях также выполнена аутодермопластика расщепленным кожным трансплантатом. Показатель общей летальности в группе исследования составил 33,4%. 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 в настоящее время часто оказываются неудовлетворительными, а показатель общей летальности среди этого контингента больных достигает 33,4%.



1307. ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА КЛИНИКУ И ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Идов Э.М., Кирина О.В., Божко Я.Г.

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет

Цель исследования — оценить тенденции к изменению клинической характеристики и хирургической тактики у больных с инфекционным эндокардитом (ИЭ). Работа выполнена на базе Центра Сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1». Материалы и методы исследования Исследование выполнено у 494 оперированных и 115 леченных консервативно пациентов с установленным диагнозом ИЭ за период с 1980 по 2016 годы. Проанализированы клиника ИЭ, структура фоновых заболеваний, сроки диагностики, клапанная локализация ИЭ, показания и сроки оперативного вмешательства, выживаемость пациентов в зависимости от вида лечения. Результаты и обсуждение Определенная эволюция проявилась в достоверном увеличении числа больных с активным ИЭ в среднем на 22% за последние 25 лет. В 2000-е годы, по сравнению с 80-90-ми, в структуре фоновых заболеваний значительно уменьшилась частота встречаемости ревматических пороков на 28,6%, с возрастанием доли врожденных пороков сердца на 11,2%, дисплазии и дисгистогенеза митрального клапана на 19,7%. Несомненным эволюционным фактом является возрастающая роль грамотрицательной флоры как этиологического фактора ИЭ на 11,2%, а также грибов и грибково – бактериальных ассоциаций, что в 2,5 раза привело к учащению абсцессов и в 1,5 раза к отрыву хорд. Эволюция клапанной локализации ИЭ за 30 лет выразилась в снижении инфицированности аортального клапана в 2000 – е годы в 2 раза, в то же время митральная локализация ИЭ приблизилась к аортальной, и до 23% возросло количество больных с многоклапанными поражениями, что практически в 3 раза больше, чем в предшествующие 20 лет. Только раннее оперативное лечение позволяет существенно повысить выживаемость пациентов. Госпитальная летальность у оперированных больных составила 5,7%, что в 2 раза ниже, чем у пациентов, леченных консервативно. Поздняя диагностика ИЭ и отсроченные операции ассоциированы с более высокими показателями летальности. Сравнительная оценка результатов медикаментозного и оперативного лечения ИЭ у

инъекционных наркоманов показала, что эволюция от медикаментозного лечения в 80-90-е годы к ранней хирургической коррекции в 2000-е годы при левосторонней локализации процесса привела к снижению летальности со 100% до 7,6 %, а при правосторонней локализации ИЭ с 40% до полного её отсутствия. Эволюция ИЭ протезированных клапанов заключалась в росте его с 0,5% - 5,9% в 80 – 90 – е годы до 16,6% в 2000 – е (ранний протезный эндокардит за последние 15 лет достоверно вырос на 19,6%, а поздний – на 29,6%). Заключение Эволюция современного инфекционного эндокардита привела к росту первичного эндокардита, увеличению тенденции к активной стадии, изменению фоновых состояний для его развития, увеличению сочетанных поражений клапанов сердца, изменению бактериальной структуры с увеличением грибковой флоры. Эволюционными особенностями инфекционного эндокардита инъекционных наркоманов являются продолжающийся рост первичного эндокардита, значительное увеличение поражений левых камер сердца, увеличение ИЭ протезированных клапанов. Принципиальные изменения в хирургической тактике ИЭ в сторону раннего хирургического лечения, дополненного адекватной антибиотикотерапией, привели к существенному снижению летальности у этого тяжелого контингента больных.

1308. НОВЫЕ УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРОВ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Сажин А.В. (1), Мосин С.В. (1,2), Иванов А.А. (3), Макарова О.К. (1), Мирзоян А.Т. (1), Ивахов Г.Б. (1), Дзусов М.А. (1), Нечай Т.В. Т.В. (1)

Москва

- 1) Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- 2) Московский Клинический Научный Центр
- 3) Учебный Центр Инновационных Медицинских Технологий (УЦИМТ) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Новые образовательные стандарты предусматривают изучение и отработку мануальных навыков хирургов, в том числе, в условиях центров симуляционного обучения. Разработка и внедрение обучающих программ обучения требует разработки новых критериев оценки качества полученных мануальных навыков.

Цель исследования. Кафедрой факультетской хирургии №1 л/ф, совместно с УЦИМТ РНИМУ им.



Н.И.Пирогова, на основании 12-летнего опыта применения лапароскопии в клинике неотложной хирургии, были разработаны лечебно-диагностические алгоритмы и учебная программа по неотложной малоинвазивной абдоминальной хирургии, для изучения в условиях симуляционного центра. Программа составлена по основным нозологическим формам в экстренной хирургии. После прохождения программы хирург может самостоятельно принять решение и выполнить лапароскопическую операцию в стандартном варианте, имея необходимый уровень в мануальных навыках. Адаптированная программа включает в себя теоретический курс, разбор учебных фильмов, а также отработку мануальных навыков. Кроме стандартных упражнений на лапароскопических симуляторах и коробочных тренажёрах, мы разработали три биологические модели для выполнения типичных неотложных хирургических операций - лапароскопическая аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы и лапароскопический адгезиолизис с выполнением межкишечного анастомоза (модель тонкокишечной непроходимости). Материалы и методы. Критерии оценки качества разработанной программы изучались в двух вариантах. Первый вариант – сравнительная оценка полученных навыков в симуляционном центре («in vitro»). Второй вариант – сравнительная оценка полученных навыков в клинике («in vivo»), на примере выполнения лапароскопической аппендэктомии. В части исследования, «in vitro», хирурги были разделены на две группы: основная (курсанты, проходившие учебную программу–14 человек) и контрольная (хирурги с опытом аналогичных операций, полученным в клинике, выполняющие более 50 операций в год–12 человек). Обе группы после прохождения учебной программы самостоятельно выполняли стандартизированные лапароскопические операции на биологических моделях. Во второй части, «in vivo», были исследованы результаты лапароскопических аппендэктомий, выполненных самостоятельно 8-ю начинающими хирургами, не прошедшими обучение по программе (обучение «на рабочем месте», в период 2009-11гг). Результаты. «In vitro» оценке подлежали теоретические знания (подготовка пациента и оборудования, базовые теоретические знания) и практические навыки выполнения отдельных этапов и стандартизированных операций. Оценка проводилась путем вычисления среднего итогового балла. При сравнении групп, статистически значимых различий не выявлено. Средний балл в основной и контрольной группах составил $4,2 \pm 0,7$ и $4,45 \pm 0,3$ соответственно.

1309. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК И ТРАВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ ЗА 70 ЛЕТ

Гуманенко Е.К., Насонкин О.С., Чурилов Л.П.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Первое крупное клиничко-патогенетическое исследование проблемы травматического шока у раненых было выполнено в нашей стране в 1942-1945 гг. на фронтах Великой Отечественной Войны легендарной «Группой №1 по изучению шока», созданной и руководимой выдающимися отечественными хирургами Н.Н. Еланским и М.Н. Ахутиным. Выводы «Группы» настолько противоречили идеологии «нервизма», господствовавшей в то время, что «Труды» её, изданные в действующей армией в Праге в 1945 г., не рекомендовались к широкому доступу и цитированию. Возрождение идей, изложенных в этом «Труде», принадлежит видному военно-полевому хирургу, начальнику кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова А.Н. Беркутову. Именно эти идеи лежат в основе современного понимания проблемы травматического шока, они послужили стартом для последующего развития этой проблемы и, несомненно, являются ценным вкладом в отечественную военно-полевую хирургию и хирургию повреждений. В докладе представлена эволюция взглядов на эту проблему за прошедшие с того времени 70 лет. Они формировались коллективом кафедры и клиники военно-полевой хирургии с НИЛ шока и терминальных состояний и прошли сложный путь от концепции травматического шока до концепции травматической болезни (ТБ) и до современной стратегии лечения тяжёлых огнестрельных ранений и травм, сочетанных травм и политравм. Тезисы этих взглядов представляются следующими положениями. 1. Травматический шок – в большей степени понятие клиническое нежели патогенетическое. Им обозначается синдром гиподинамии и гипоперфузии тканей, возникающий при тяжёлых огнестрельных ранениях и травмах груди, живота, таза, конечностей вследствие кровотечения и кровопотери, разрушения тканевых массивов и сверхсильной афферентной ноцицептивной импульсации. В патогенетическом отношении травматический шок – явление моноэтиологическое и полипатогенетическое, поскольку патогенез острого периода тяжёлых огнестрельных ранений и травм складывается из ряда патологических, защитных



и компенсаторно-приспособительных реакций, формирующих типовые патологические процессы: кровопотеря, гипоксия, стресс, СВО и другие. 2. Травматический шок является одной из наиболее часто встречающихся клинических форм тяжёлого состояния раненых или пострадавших и, соответственно, одной из клинических форм I (острого) периода ТБ. При тяжёлых огнестрельных ранениях травматический шок является клинической формой тяжёлого состояния у 78,4% тяжелораненых, в то время как при тяжёлых механических травмах – у 63,2%. Другими клиническими формами тяжёлого состояния тяжелораненых или тяжелопострадавших являются: травматическая мозговая кома – у 14,5% раненых с тяжелыми огнестрельными ранениями и у 17,9% - при тяжёлых механических травмах, острая дыхательная недостаточность – у 6,1% и у 13,0% , острая сердечная недостаточность – у 1,0% и у 5,9%, соответственно. 3. Травматический шок - не является универсальной концепцией для оказания неотложной помощи и лечения всех тяжёлых ранений и травм, поскольку при тяжёлых черепно-мозговых травмах и тяжёлых травмах груди без большой кровопотери, но с множественными переломами грудной стенки, повреждением лёгких или ушибом сердца - стратегия и тактика оказания неотложной медицинской помощи и последующего лечения существенно отличаются. 4. Травматический шок как концепция не объясняет развитие патологических процессов и патологических состояний, развивающихся после выведения раненых из состояния травматического шока, и их причинно-следственной связи с патологическими процессами острого периода травмы. Поэтому по мере развития реанимации и интенсивной терапии, увеличения ближайшей выживаемости тяжелораненых, появления у них новых патологических состояний и осложнений в процессе лечения, требующих других подходов к их интенсивной терапии и хирургическому лечению – начался поиск новой универсальной и динамической концепции лечения тяжёлых травм. Такой концепцией в 1980-е гг. стала концепция ТБ. 5. Травматическая болезнь является патогенетической сущностью и клиническими проявлениями тяжёлых огнестрельных ранений и механических травм, а также их последствий в динамике: от момента травмы до окончательного исхода. В методологическом аспекте, ТБ – это лечебно-тактическая концепция, то есть методология толкования патогенетических и клинических проявлений тяжёлых огнестрельных ранений и травм в динамике и на её основе – разработки оптимальных диагностических и лечебно-тактических решений. 6. Основу периодизации ТБ составляют патогенетические и клинические особенности каждого её периода и вытекающие из них лечебно-так-

тические решения. Клинико-патогенетическую характеристику I периода ТБ составляют острые нарушения жизненно важных функций, проявляющиеся травматическим шоком, травматической мозговой комой, острой дыхательной недостаточностью или острой сердечной недостаточностью. Поэтому лечебная тактика состоит в неотложном устранении причин нарушения жизненно важных функций хирургическим путём, восстановлении их и относительной стабилизации способами направленной интенсивной терапии. Клинико-патогенетическую характеристику II периода ТБ составляют прогрессирующее СВО и формирование ПОД/ПОН. Соответственно и лечебная тактика строится на объективном мониторинге жизненно важных функций, ранней посистемной диагностике ПОД/ПОН с помощью шкалы ВПХ-СС и посистемной интенсивной терапии с целью коррекции функций пострадавших органов и систем организма. Клинико-патогенетическую характеристику III периода ТБ составляют осложнения ранений и травм, преимущественно инфекционные. Лечебная тактика состоит в профилактике и лечении осложнений. Клинико-патогенетическую характеристику IV периода ТБ составляют нарушения структуры и функции повреждённых органов и систем организма пострадавшего при компенсированном общем состоянии. Лечебная тактика – восстановление структуры и функции повреждённых органов и систем организма хирургическим путём, восстановительное лечение и реабилитация. 7. Травматическая болезнь не является универсальной концепцией для всех огнестрельных ранений и механических травм. Как концепция, она применяется только в отношении тяжёлых огнестрельных ранений и механических травм, сопровождающихся острым нарушением жизненно важных функций в виде травматического шока, травматической мозговой комы, острой дыхательной недостаточности или острой сердечной недостаточности. 8. Травматическая болезнь не является самостоятельной нозологической единицей, поскольку не имеет конкретной этиологии, патогенеза и клинических проявлений. Она является лечебно-тактической концепцией. 9. В настоящее время концепция ТБ является методологией формирования стратегии и построения лечебно-тактических схем при оказании неотложной медицинской помощи, лечении и реабилитации раненых с тяжёлыми огнестрельными ранениями и пострадавших с тяжёлыми травмами и политравмами.



1310. БЕСШОВНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ

Акимов В.П., Волков А.М.

Санкт-Петербург

Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова и
СПб ГБУЗ «Александровская больница»
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»
Минздрава России.

Актуальность. Сетчатое протезирование при грыженосительстве является золотым стандартом лечения в последние годы. Частота рецидивов после оперативного лечения с применением сетчатого импланта снизилась до 1-4%, в зависимости от выбранного метода. На первый план выходят позиции, которые ранее рассматривались как второстепенные. Повышение качества жизни и быструю реабилитацию после операции в последние годы выносят как наиболее актуальные и важные задачи. Для решения поставленных задач необходимо снизить травматизацию и ишимизацию тканей вовремя и после операции, сократить время операции. Бесшовная методика фиксации сетчатого протеза позволяет решить поставленные актуальные задачи, сохранив надежность шовных методов. Материал и методы. Исследование проводилось в КБ№122 им. Л.Г.Соколова и ГБ№17 «Александровская больница) на кафедре хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. Были изучены результаты проведенных 120 операций на паховой грыжи с применением методике Лихтенштейна в период с 2011 по 2016 г. Нами применялось два вида бесшовной фиксации по средствам самофиксирующегося сетки ProGrip (группа II) и «простой» сетки с последующей фиксации ее к тканям клеевой композицией (группа III). В каждой группе было по 40 пациентов. В контрольной группе было 40 пациентов, применлась методика Лихтенштейна с фиксацией «простого» сетчатого импланта шовным материалом (группа I). Для чистоты исследования все операции проводились на пациентах мужского пола с первичновыявленным грыженосительством. Пациенты делились по возрасту на 3 однородные группы, возраст пациентов составлял от 39±8 лет. Под эндотрахеальным наркозом. Время операции составляло 29±4 мин. в группах с применением бесшовной методики и 42±6 мин. в контрольной группе. Оценка результатов проводилась как на раннем сроке послеоперационного периода (1 до 14 суток), так и оценивались отдаленные результаты 2 раза в год сроком

от 3-х до 5 лет. Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде всех пациентов исследовали на выраженность послеоперационного невралгического болевого синдрома и возможные осложнения, такие как: серома, гематома, острая задержка мочи, отек мошонки, водянка оболочек яичка. Обсуждение. Сравнительный анализ ранних послеоперационных результатов показал преимущество бесшовных методов фиксации. Выводы и рекомендации. Таким образом применение бесшовных методик фиксации сетчатого импланта при выполнении операции Лихтенштейна может считаться, как наиболее оправданный метод.

1311. МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО И ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Афанасьев С.Г.(1), Усынин Е.А.(1),
Фурсов С.А.(2), Хадагаев И.Б.(2)*

Томск, 2) Новосибирск

- 1)Томский национальный исследовательский медицинский центр, НИИ онкологии,
- 2) Новосибирский областной клинический онкологический диспансер

Введение. В настоящее время, в клинической онкологии значительно расширились показания для мультिवисцеральных резекций малого таза (МРМТ), однако непосредственная и отдаленная эффективность подобных операций при местнораспространенном раке прямой кишки остается предметом дискуссий.

Цель исследования: оценка эффективности расширенных операций при местнораспространенных раке прямой кишки.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 32 больного (мужчин – 13, женщин – 19) в возрасте 44-69 лет, с местнораспространенными злокачественными опухолям малого таза, получавших лечение в 2010-2016 гг. Из них у 28 (87,5%) пациентов – рак прямой кишки (РПК) с инвазией в смежные органы (задняя стенка мочевого пузыря – 13, матка – 10, мочеточники – 5, простата – 4, влагалище – 3; в 14 случаях – одновременное поражение более 2-х органов), у 4 (12,5%) – первично-множественные злокачественные опузоли органов малого таза (РПК + рак мочевого пузыря – 2, РПК + рак эндометрия – 1, РПК + GIST прямой кишки – 1). Во всех случаях до лечения получена морфологическая верификации, про-



водилось комплексное обследование (УЗИ и МРТ органов малого таза, видеоколоноскопия, цистоскопия, осмотр гинеколога). Результаты и обсуждение. Объемы выполненных операций: в 6 (18,8%) случаях – полная эвисцерация малого таза, в 26 (81,2%) – комбинированная резекция прямой кишки с резекцией смежных органов. Чаще всего выполнялась резекция мочевых путей – у 24 (75,0%) больных, из них у 13 (40,6%) – первичная пластика мочевого пузыря и/или мочеточников. Послеоперационные хирургические осложнения развились у 11 (34,4%) пациентов, что потребовало повторных операций в 7 (21,8%) наблюдений. В раннем послеоперационном периоде умер 1 (3,1%) больной, причина – тромбоз правых подвздошных сосудов с последующей острой почечной недостаточностью. Отдаленные результаты: РПК – общая и безрецидивная 2-летняя выживаемость – 75% и 56,3%, ПМЗО – все пациенты живы без признаков рецидивов, сроки наблюдения >24 мес.

Заключение. Лечение распространенных опухолей органов малого таза требует выполнения обширных операций мультидисциплинарной бригадой хирургов. Несмотря на травматичность побочных вмешательств, при адекватном обеспечении периоперационного периода, непосредственные результаты можно расценивать как удовлетворительные. Отдаленные результаты позволяют рассматривать подобные операции в качестве метода выбора при местнораспространенном и первично-множественном раке прямой кишки.

1312. ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Смирнов Д.А., Корольков А.Ю., Комличенко Э.В., Китаева М.А., Большакова М.В.

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Срок постановки диагноза является важным фактором, определяющим эффективность лечения пациента с неотложным хирургическим заболеванием, особенно если ситуация развивается в период беременности. Существующие клинические рекомендации утверждают, что по показаниям у беременной может быть использован практически любой из современных методов диагностики, за исключением рентгеновских исследований в

первом триместре. Организация в составе ПСПБГМУ отделения, в котором сконцентрированы диагностические ресурсы, включая МСКТ и МРТ, доступные круглосуточно, дала возможность эффективно и быстро обследовать пациентов. Представилось важным оценить, насколько востребованы и информативны применяемые методики. Цель исследования – оценка методов диагностики, применяемых у беременных с подозрением на неотложные хирургические заболевания. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток, поступивших в ПСПБГМУ за 2015-2016 годы. Было доставлено 248 пациенток, в 54,03% случаев был заподозрен острый аппендицит, в 16,13% - холецистит, в 8,47% - панкреатит, в 1,61% ОКН. 10,89% поступили с диагнозом «острый живот». У 8,87% в диагнозе хирургические заболевания не фигурировали, но консультация хирургов потребовалась, у некоторых из них была выявлена острая хирургическая патология. При поступлении всем выполнялись клинический и биохимический анализы крови. Информативность клинического анализа крови оказалась относительной: несмотря на то, что среднее количество лейкоцитов в группе пациентов с подтвержденным диагнозом неотложного хирургического заболевания ($13,83 \pm 1,17$) выше, чем у тех, у кого диагноз не подтвердился ($10,10 \pm 1,06$, $p=0,0002$), тем не менее, у отдельных пациентов второй группы встречается лейкоцитоз до $19 \times 10^9/л$. В показателях биохимического анализа крови у беременных специфических отличий не выявлено. В целом УЗИ брюшной полости при поступлении выполнено 48,4% пациенток. В 2016 году число УЗИ увеличилось, что связано с организационными изменениями. В диагностике заболеваний желчного пузыря, желчевыводящих протоков и поджелудочной железы беременность не оказывает влияния на информативность метода. При остром аппендиците (обследовано 74,26% пациенток) ни в одном случае не удалось выявить червеобразный отросток, чаще определялась свободная жидкость в брюшной полости, что не всегда коррелировало с интраоперационными находками. В литературе МРТ описывается как метод выбора при необходимости более качественной, чем при УЗИ, визуализации. Однако, несмотря на имеющуюся возможность, МРТ было выполнено всего у 2 (0,81%) пациенток, поступивших с подозрением на острый аппендицит. У пациенток с подозрением на холедохолитиаз и острый панкреатит МРТ не назначали, считая достаточными результаты УЗИ. Кроме противопоказания к введению контраста и длительности пребывания в замкнутом пространстве, есть риск прерывания беременности: имеются собственные наблюдения выраженного сокращения матки на фоне МРТ. В наших случаях преждевременные роды были у 1



пациентки вне связи с МРТ, после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита. Обзорная рентгенография брюшной полости выполнялась в 3 (1,21%) случаях при подозрении на ОКН, а в 1 (0,4%) случае был выполнен контроль пассажа бария. МСКТ за рассмотренный период не выполнялась. Диагностическая ФГДС выполнена у 4 (1,61%) больных, в 2 случаях (0,81%) выполнена ЭПСТ. Процедуры не повлияли на течение беременности. Выводы: Возможности УЗИ используются недостаточно: характер исследования позволяет применять его в качестве скрининга. МРТ применяется намного реже, чем в мире, судя по данным литературы. Требуется дополнительный анализ соотношения рисков и информативности для разработки стандартов. Рентгеновские исследования используются в полном объеме, но по крайне строгим показаниям. ФГДС у беременных применялось редко, не вызывало осложнений течения беременности.

1313. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Поляев А.Ю. (1,2), Лисин С.В. (1), Орлов С.Ю. (1,2), Вахрамеев С.С. (1), Гатикоева Т.Д. (1)

Москва

1) ГБУЗ ГКБ №42) РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цели и задачи. Оценить эффективность эндоваскулярного гемостаза у больных пожилого возраста с высоким риском рецидива желудочного кровотечения. Материалы и методы. Проанализированы результаты стационарного лечения 70 пациентов пожилого возраста (средний возраст 76,6±16,5 лет), находившихся на лечении по поводу желудочного кровотечения в период с 2014 по 2016 годы. Мужчин было 53 (75,7%), женщин — 17 (24,3%). Всем пациентам при поступлении выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с оценкой интенсивности кровотечения (классификация Forrest (F)), а также прогнозировался риск рецидива кровотечения (система Rockall). В большинстве случаев причиной кровотечения явилась хроническая язва желудка (ХЯЖ) — 51 (72,8%), в 19 (27,2%) — злокачественные новообразования желудка (ЗНЖ). В 44 (62,8%) случаях (F1-F2b) применяли эндоскопический гемостаз. У большинства пациентов использовали комбинированный эндоскопический гемостаз (аргоноплазменная коагуляция + инъекционный способ). Всем пациентам, в условиях отделения интенсивной терапии, проводили

антисекреторную терапию с применением препаратов из группы блокаторов протонной помпы. В связи с высоким риском рецидива кровотечения, малоэффективным консервативным лечением, высоким операционно-анестезиологическим риском — 33 (47,1%) больным выставлены показания к эмболизации левой желудочной артерии. Причем, в 20 случаях пациентам с ХЯЖ, а в 13 — с ЗНЖ. В качестве эмболизирующего агента использовали: микроэмболы ПВА, цилиндрические гидрогелевые эмболы и микроспираль. Результаты. В связи с особенностью ангиоархитектоники, технического успеха, а именно отсутствие кровоснабжения в зоне эмболизации, удалось добиться у 18 пациентов (13 — ХЯЖ; 5 — ЗНЖ), что составило 54,5%. Остальным 15 (45,5%) продолжено консервативное лечение. Рецидив кровотечения в данной группе больных отмечен в 11 (73,3%) случаях. 8 больным выполнялся повторный эндоскопический гемостаз, трое — экстренно оперированы (паллиативная субтотальная резекция желудка (2) и гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы желудка). Скончалось 8 (72,7%) пациентов. В группе больных, перенесших эмболизацию левой желудочной артерии (N=18), клинический успех (отсутствие рецидива кровотечения) достигнут у 13 (72,2%) больных. Рецидив кровотечения отмечен у 5 (27,8%) пациентов. Летальный исход в 2 (11,1%) случаях. 3 пациентов подверглись повторному эндоскопическому гемостазу. Заключение. Применение эндоваскулярного гемостаза у пожилых пациентов с высоким риском рецидива желудочно-кишечного кровотечения позволяет в 72% случаев добиться клинического успеха и снизить летальность до 11%.

1314. СТЕНТИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА: НЕ ТОЛЬКО ПРИЧИНА, НО И СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ

Аллахвердян А.С., Прищепо М.И., Кригер П.А., Шабаров В.Л., Шаповалов А.В.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Хирургическое торакальное отделение

Стентирование пищевода в настоящее время является стандартом паллиативного лечения при стенозирующих заболеваниях пищевода. Выбор устройств велик: стенты имеют различные модели, степень жесткости, обладают биodeградирующими свойствами. Стентирование пищевода относительно несложная манипуляция, проводит-



ся под рентгенологическим и эндоскопическим контролем, не требует общей анестезии и специальной подготовки пациента и персонала и позволяет надежно избавить больного от дисфагии. Наличие стента не исключает проведения других дополнительных способов лечения, таких как лучевая и полихимиотерапия, избавляя от хирургической гастростомы. С увеличением количества стентирований, появились наблюдения перфорации пищевода при стентировании и проведение временной герметизации перфораций пищевода стентом. Цель работы: Проанализировать осложнения стентирования пищевода и определить пути их профилактики; определить возможности лечения перфораций пищевода стентированием. Материалы и методы: Стентирование пищевода производилось 52 больным. У 47 (98,38%) пациентов стентирование проводилось по поводу стенозирующих опухолей пищевода. В 1 (1,9%) случае стент установлен при стриктуре эзофагоэтеро анастомоза после его неэффективного бужирования. Перфорации пищевода при стентировании мы наблюдали в 3-х случаях (5,8%). 4 (7,7%) больным стентирование проводилось для герметизации перфораций пищевода различного генеза. Результаты: При установке стента: у 1 больного произошла перфорация пищевода в области нижнего края стента. Стент был сразу удален, в связи с наличием ложного хода большого размера больному произведена торакотомия справа, дренирование средостения и плевральной полости, гастростомия. Дефект пищевода закрылся, больной выписан. В 1 случае произошла перфорация стенки пищевода в средней его трети в массиве опухоли, растущей в левый главный бронх, с развитием медиастинита и эмпиемы плевры справа. Стент удален, выполнена лапаротомия, перевязка абдоминального отдела пищевода ниже дефекта, гастростомия, дренирование правой плевральной полости. Воспалительные явления купировались. Больной выписан. Еще в 1 случае произошла перфорация абдоминального сегмента пищевода у пожилой больной, стент был удален, начата подготовка к операции, однако, больная умерла на фоне раковой интоксикации и кахексии. При стентировании для закрытия дефектов пищевода: В 1 случае герметизации дефекта средней трети пищевода после правосторонней пневмонэктомии установленный пищеводный стент неоднократно мигрировал в желудок. У больного трижды производилась репозиция стента, в том числе с фиксацией стента нитью за ушную раковину. У этого же больного наблюдалась нарушение покрытия стента в виде перфорации, что потребовало установки другого стента в данный стент, а затем замена модели. Дефект пищевода закрылся за 2 недели. В 3-х случаях при ятрогенных повреждениях пищевода

и спонтанном его разрыве удалось добиться временной герметизации дефекта, что позволило наладить питание, уменьшить проявления гнойного медиастинита и острой эмпиемы плевры. Однако во всех наблюдениях отмечалась миграция стентов, что требовало проведения репозиции. Все эти больные умерли от тяжелых гнойно-септических осложнений. У 1-го пациента при стентировании зоны несостоятельности швов резецированного дивертикула средней трети пищевода удалось закрыть дефект, больной выписан с выздоровлением. Обсуждение: Пациенты для стентирования пищевода при опухолевой патологии должны отбираться. Перфорации пищевода при данной патологии возникли у больных с протяженными (более 4 см) опухолевыми стриктурами, отсутствием видимого просвета и извитостью хода пищевода. Герметизация перфорации стентами возможна, она носит временный характер. Однако, наблюдается частая их миграция. Выводы: Стентирование пищевода должно проводиться по показаниям: для профилактики перфорации пищевода при стентировании необходимо избегать попыток грубого проведения доставочного устройства, особенно при извитом ходе в опухоли. Герметизация стентами дефектов пищевода целесообразна при тяжелом состоянии больного и невозможности выполнить операцию по ушиванию дефекта. Рекомендации: Необходим тщательный отбор больных для стентирования, а персонал иметь опыт установки. Стентирование при перфорациях целесообразно как временная мера, позволяющая подготовить больного к радикальной операции.

1315. ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХОНАВИГАЦИОННЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ НА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНАХ

Влахов А.К.

Симферополь
Медицинская академия имени
С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО
«КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность. В настоящее время отсутствует единый взгляд на понятие «осложнение чрескожного эхоконтролируемого пункционно-дренажного вмешательства» паренхиматозного органа (ПО). Мы не обнаружили единой классификации ГО. Имеются немногочисленные разноречивые подходы расчёта частоты и тяжести ГО. Нет единых подходов к способам устранения таких осложнений. Существует путаница в терминологии. Цель работы: разработка оптимального комплекса про-



филактических мероприятий ГО в периоперационном периоде при выполнении эхонавигационных интервенций (ЭИ) на ПО. Материал и методы. Проведен анализ 268 больных с неотложной патологией ПО, в диагностике и хирургическом лечении которых применяли ЭИ. Средний возраст 43,26 лет. Мужчин – 156 (58,2%), женщин – 112 (41,8%). Больные были распределены на 2 репрезентативные группы сравнения. В 1-й группе (141 больной) для ЭИ использовали сканеры с режимом серой шкалы; во 2-й группе (127 больных) – сканеры с модулями спектральных доплеровских режимов, эластографии, датчиками высокой плотности. С целью диагностической верификации проводили аспирационные и трепанационные биопсии очаговых и диффузных поражений ПО. Лечебный спектр представлен чрескожными холангио-, холецистостомиями, пиелонефростомиями, пункционно-дренажным лечением отграниченных жидкостных скоплений. Пункции выполняли двухсоставными иглами 14-21 G под местной анестезией. Устанавливали дренажи 8-24 Fr по S.I.Seldinger; стилет-катетером, троакаром. Результаты, обсуждение. Выполнено 296 пункционно-дренирующих вмешательств: 184 (62,2%) – лечебных; 112 (37,8%) – диагностических. Распределение ЭИ по локализации патологии: печень – 143 (48,3%), поджелудочная железа – 71 (23,9%), почки – 62 (20,9%), селезенка – 12 (4,2%), лёгкие – 8 (2,8%). При выборе безопасного акустического окна и зоны внедрения инструмента в очаг проводили позиционирование в доплеровских режимах и эластографии. Применяемая тактика позволила выбрать кратчайшую траекторию, адекватно оценить: внутриорганный ангиоархитектонику и гемодинамику; степень васкуляризации очагов; наличие или отсутствие фиброзной стромы, зон некроза; состояние интра- и перинодулярного кровотока; расположение очагов относительно: артериальных и венозных магистралей и их ветвей, желче-, мочевыводящих путей; наличие портальной и билиарной гипертензии. При необходимости проводили компьютерную томографию с контрастным усилением. Для минимизации ГО использовали сертифицированные инструменты с наличием эхомаркеров: четырёхгранной заточкой рабочего края типа “карандаш”, либо гладкой типа “конус”. Комплекс профилактических мероприятий ГО в раннем послеоперационном периоде включал: постельный режим; локальную гипотермию; системную коррекцию коагулопатий, ультразвуковой мониторинг. ГО при ЭИ на ПО нами разделены на лёгкие, средней тяжести и тяжёлые. Лёгкие ГО не требовали специального лечения, характеризовались локальностью изменений и разрешались на фоне применения местной терапии или путём однократной пункции. ГО средней тяжести

характеризовались ограниченностью процесса, не требовали открытого или повторного хирургического вмешательства, но возникала необходимость в проведении пункционных и/или дренирующих ЭИ. К тяжёлым относили ГО, приводящие к значительному ухудшению состояния, снижению гемодинамических показателей, потребовавшие выполнения дренирующих ЭИ или временного перекрытия дренажа до достижения гемостаза, проведения интенсивной гемостатической терапии. Применяемая тактика профилактики ГО позволила снизить их количество в 5,7 раза, с 12,06% до 2,36%. Различия в группах существенно отличались и по степени тяжести геморрагий. Количество ГО легкой степени у больных 1-й группы превышало в 4 раза таковые у больных 2-й группы; осложнения средней степени тяжести – в 3 раза чаще. Разработанный комплекс профилактики ГО позволил достичь наиболее значимых отличий в категории тяжёлых осложнений: во 2-й группе больных их удалось избежать, в 1-й группе их количество было максимальным – 7 (4,96%).

Реализация программы позволила избежать применения открытых операций у всех больных. Летальных исходов, связанных с выполнением ЭИ, постинвазивных нагноений не было. Выводы. Полипозиционное сканирование в доплеровских режимах и эластографии обеспечивает выбор безопасной траектории при выполнении ЭИ на ПО. Использование сертифицированных инструментов для пункционно-дренирующих ЭИ позволяет избежать развития ГО. Комплекс профилактических мероприятий ГО в периоперационном периоде должен включать системную коррекцию коагулопатий.

1316. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Москва

- (1)Московский государственный медико-стоматологический университет.
- (2)Городская клиническая больница им. В.В.Вересаева

Цель: Оценка эффективности и выработка алгоритма применения антибактериальной терапии в комплексном лечении гнойных осложнений синдрома диабетической стопы(СДС).

Материалы и методы: представлены результа-



ты использования антибиотиков у 246 больных с СДС(нейропатическая форма у 136; нейро-ишемическая- у 110) в возрасте 27-83 лет; мужчин-98, женщин-148. Из них первый эпизод гнойного осложнения был у 175, повторные эпизоды, с ранее проводимой антибактериальной терапией у 71 пациента. Характер гнойных осложнений носил самый разнообразный спектр, включая различные варианты панариция, язв, акральных некрозов, пандактилита, абсцессов, флегмон, панфлегмон, ограниченной и распространенной гангрены. Полученная микробная флора носила поливалентный характер. Из аэробных микроорганизмов чаще встречались *Pseudomonas aeruginosa*, из факультативно анаэробных-*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*; из облигатных анаэробов-*Bacteroides fragilis*, *Peptococcus spp.*, *Bacteroides melaninogenicus.*, *Peptostreptococcus spp.* Смешанная(анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 224 больных, только аэробная-у 22. Ассоциации микроорганизмов сочетались с высокой обсемененностью тканей раны-106-1011 микробных тел в 1 грамме ткани. Результаты: обследованные пациенты были сопоставлены по возрасту, полу и длительности сахарного диабета. Эмпирическая терапия применялась у 156 больных, с использованием антибиотиков разного спектра действия у одного и того же больного. В связи с достаточно высоким процентом отсутствия чувствительности к эмпирически назначенным антибиотикам(что выражалось как клиническими признаками, так и последующими бактериологическими данными), требовалась замена на новые варианты терапии, а это увеличивало общую продолжительность антибактериальной терапии, частоту побочных и нежелательных явлений и экономические затраты на лечение. В группе больных с направленной терапией, удавалось достичь стойкого клинического эффекта на одном-двух вариантах использования антибиотиков, включая монотерапию. Сокращались сроки лечения и как следствие-стоимость. Говоря отдельно о препаратах, доказана высокая эффективность(65-100%) ципрофлоксацина, офлоксацина, левофлоксацина, оксациллина, рифампицина, ванкомицина при доминировании в очаге *Staphylococcus aureus*; ванкомицина, линезолида-в случае метицилинрезистентного стафилококка. В случае преобладания *Escherichia coli*, высоко эффективны(75-100%)-гентамицин, амикацин, цефотаксим, цефтазидим, цефепим, имипенем, меропенем; в случае *Pseudomonas aeruginosa*-амикацин, цефепим(80-100%); в случае *Enterococcus faecalis*-амоксиклав, ципрофлоксацин, левофлоксацин, имипенем(75-100%). У всех больных с целью воздействия на анаэробную флору эффективно применяли метронидазол.

Выводы: Таким образом, в качестве препаратов выбора, с целью эффективной борьбы с инфекционными осложнениями при СДС, целесообразно использование фторхинолонов II-IV поколений, цефалоспоринов III-IV поколений, гликопептидов, аминогликозидов. Обязательным условием является применение метронидазола. При этом для поверхностных инфекционных осложнений характерны представители грамположительной флоры, поэтому наиболее эффективны будут - линкозамы, защищенные пенициллины; гликопептиды, оксазолидиноны в случае метицилинрезистентного золотистого стафилококка. Для обширных и глубоких гнойно-некротических процессов, более характерны анаэробно-аэробные ассоциации, по отношению к которым особенно активны фторхинолоны и бета-лактамы в сочетании с линкозаминами и метронидазолом, а так же высокоактивны аминогликозиды в сочетании с клиндамицином. В качестве препаратов используемых для целенаправленной терапии, чаще показано использование цефалоспоринов III-IV поколений, фторхинолонов III-IV поколений, гликопептидов и оксазолидинонов.

1317. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Москва

- 1)Московский государственный медико-стоматологический университет.
- 2)Городская клиническая больница им. В.В.Вересаева

Цель: определить клинический эффект последовательного местного применения ультразвуковой кавитации и биопластического материала «Коллост» в лечении пациентов с осложненными формами СДС.

Материал и методы исследования: Данное исследование основано на наблюдении 133 больных с сахарным диабетом и гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, которые с 2012г. по 2015г. находились на лечении в отделении хирургической инфекции ГБУЗ ГКБ № 81 ДЗ города Москвы. Все пациенты случайным образом (очередность) были распределены в 2 группы. В контрольную группу (50 пациентов) вошли пациенты, получавшие традиционное



местное лечение. Основную группу составили 83 пациента. 46 (55%) пациентам (подгруппа А) производилась ультразвуковая кавитация (УЗК) ран. 37 (45%) пациентам (подгруппа В) последовательно производилась ультразвуковая кавитация раны и имплантация биопластического материала «Коллост». Пациенты обеих групп с целью улучшения тканевого обмена и микроциркуляции получали Актовегин 1200мг внутривенно в течение 2-х недель. В основной группе в комплексном лечении, в обеих подгруппах, был применен аппарат ультразвуковой кавитации «Сопоса 180». Ультразвуковую обработку ран проводили в соответствии с принципами лечения воспалительных процессов (в соответствии со стадиями воспаления). В первую фазу раневого процесса кавитацию проводили ежедневно в режимах, обеспечивающих физическую некрэктомию что соответствует 3 и выше единицам по шкале прибора. В фазу репарации ультразвуковое воздействие осуществляли через день на режимах, стимулирующих микроциркуляцию в ране и окружающих тканях, с целью стимуляции репаративных процессов и предотвращения повреждений грануляционной ткани, при этом мощность прибора выставлялась на параметрах не превышающих 3ед. по приборной шкале. Для закрытия раневых дефектов, в подгруппе В, после предварительной подготовки раневого ложа посредством УЗК имплантировали КОЛЛОСТ - коллагеновый биопластический материал с полностью сохраненной волокнистой структурой. Его имплантацию начинали при переходе раневого процесса во 2 фазу. При этом допускали наличие в ране микробной флоры в количестве не превышающем 105-106 КОЕ. Абсолютным противопоказанием к применению методики считаем вегетацию в ране *Pseudomonas aeruginosa*. Материал за счет различных форм выпуска может быть использован для местного лечения раневых дефектов любой формы. Результаты и обсуждение: Эффективность методики применения ультразвуковой кавитации и биопластического материала коллост на процесс заживления оценивалась по динамике клинических признаков, течения фаз раневого процесса, уменьшению микробной обсемененности, изменениям цитологической, морфологической и иммуноморфологической картины в препаратах из раневых дефектов. При оценке частоты локальных осложнений, таких как формирование вторичного некроза и наличие гнойных затеков, в основной группе, была выявлена их низкая частота встречаемости, где только у 2 (5,5%) пациентов выявлены вторичные некрозы и у 3 (8%) затеки. В контрольной группе гнойные затеки отмечены у 24 (48%), образование вторичных некрозов у 19 (38%) пациентов. С учетом полученных результатов, в основной группе удалось сократить количество повтор-

ных хирургических обработок раневых дефектов до 14%, тогда как в контрольной группе составило 56%. При анализе динамики клинических локальных признаков у пациентов основной подгруппы А отмечено более быстрое (на 3-е сутки) купирование гиперемии, уменьшение отека и исчезновение инфильтрации краев раны. В подгруппе В отмечено ускорение появления грануляций и краевой эпителизации на 5-6-е сутки по сравнению с контрольной группой (12-е сутки), что позволило сократить сроки пребывания пациентов основной группы в стационаре до 9 суток (контрольная группа 16-18сут.). Количественное бактериологическое исследование показало, что при лечении гнойных ран традиционным способом (контрольная группа), обсемененность раны длительное время оставалась высокой и снижалась ниже критического уровня инфицирования (105 КОЕ) только на 14-е сутки от начала лечения. В основной группе количество микрофлоры снижалось до 105 микробных так же на 4-е сутки а на 7-е сутки роста микрофлоры в ранах уже не выявлено. С учетом изложенного удалось снизить длительность антибактериальной терапии в основной группе в 2 раза (5-7 сут.) по сравнению с контрольной группой (14 сут.). Готовность раны для ее закрытия «Коллостом» мы оценивали посредством цитологического исследования мазков-отпечатков, которое дало возможность объективно определить переход раневого процесса во вторую фазу, и в последующем оценить влияние «Коллост» на дальнейшее его течение. При изучении цитологической картины в мазках отпечатках исходно во всех группах выявлены выраженные воспалительно-дегенеративные изменения, в виде преобладания дегенеративно измененных нейтрофильных гранулоцитов. После проведения УЗК ран на 4 сутки тип цитогрaмм в основной группе менялся на воспалительный. Выявлено значительное снижение числа нейтрофилов и уменьшение дегенеративных форм в 2 раза. Такие показатели цитогрaммы соответствуют второй фазе течения раневого процесса, что позволило нам на 4-е сутки имплантировать «Коллост». У пациентов контрольной группы цитологическая картина не изменялась. На 7-е сутки у пациентов подгруппы В отмечено значительное увеличение фибробластов $4,9 \pm 0,6$ и уменьшение нейтрофильных гранулоцитов до $45,3 \pm 5,2$ в поле зрения, при этом процент дегенеративных форм составлял всего $21,3 \pm 3,5\%$, что соответствовало воспалительно-регенераторному и регенераторному типу. В дальнейшем в цитогрaммах пациентов основной группы прослеживалась тенденция к снижению количества нейтрофильных гранулоцитов и их дегенеративных форм с параллельным увеличением в мазках количества фибробластов и макрофагов. В контрольной группе лишь на 14-е



сутки в цитограммах отмечено появление единичных макрофагов, фибробластов, лимфоцитов и достоверное снижение нейтрофилов и дегенеративных форм, т.е. преобладал воспалительный тип цитограмм. При анализе морфологической картины в препаратах из раневых дефектов пациентов обеих групп так же выявлены значительные различия. В основной группе после УЗК уже на 4 сутки отмечено формирование четко выраженного демаркационного воспаления, отграничивающего очаг поражения от окружающих тканей. Колонии микроорганизмов в тканевом детрите практически не обнаруживались. Редко выявлялись острые гнойные васкулиты. В дальнейшем раневой процесс протекал как в острой ране. В подгруппе В отмечалась нормализация сроков развития второй фазы раневого процесса. Происходило раннее созревание и стратификация грануляционной ткани. Молодая грануляционная ткань с множеством сосудов и активных фибробластов появлялась уже на 7-е сутки. В это же время происходила смена лейкоцитарной инфильтрации грануляционной ткани лимфо-гистиоцитарной. Выводы: 1. Применение методики последовательного применения УЗК и биопластического материала «Коллост» является перспективным направлением в комплексном лечении трофических нарушений стоп у пациентов с сахарным диабетом. 2. Данная методика позволила значительно улучшить результаты лечения пациентов с СДС за счет нормализации фаз раневого процесса (сократить сроки заживления ран до 10 сут. (контр.-21 сут.); сроки антибиотикотерапии до 7 сут. (контр.-14 сут.) и пребывания в стационаре до 9 сут., (контр.-18 сут.) соответственно.

1318. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ NOTES-АССИСТЕНЦИЕЙ

*Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1),
Сахаутдинов В.Г.(1), Куляпин А.В.(2),
Аитова Л.Р.(1), Суфияров Р.Р.(2)*

Уфа

1)БГМУ2)ГКБ №21

Актуальность: В настоящее время эндохирургия в колопроктологии заняла достойное место. В мире накоплен достаточный опыт применения однопортовых и транслюминарных операций. К недостаткам последних можно отнести дороговизну и сложность их выполнения. С другой стороны лапароскопические операции с резекцией какого-либо органа требуют выполнения минилапаротомии

для его извлечения, что увеличивает операционную травму и ухудшает косметический результат. Решить данную проблему может внедрение NOTES-ассистированных вмешательств. Цель исследования: оценить возможность выполнения и эффективность лапароскопических вмешательств с трансвагинальной NOTES-ассистенцией. Материал и методы: В клинике факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ на базе ГКБ №21 г. Уфы выполнены первые 4 лапароскопические левосторонние гемиколэктомии с трансвагинальной NOTES-ассистенцией при долихоколон у женщин. Результаты: Стандартом выполнения хирургического лечения долихоколон является лапароскопические резекции ободочной кишки. Данная патология требующая хирургического лечения преимущественно встречается у женщин. В связи с этим, внедрение лапароскопических трансвагинальных NOTES-ассистированных вмешательств вполне оправдано. Продолжительность данных операций не превысила продолжительности традиционных лапароскопических операций при данной патологии. В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение: кровотечение из межкишечного аппаратного анастомоза, потребовавшее выполнения эндоскопического клипирования линии скобочных швов. Течение послеоперационного периода отличалось невыраженным болевым синдромом и ранней активизацией больных. Вывод: Оценка первых результатов лапароскопических операций с трансвагинальной NOTES-ассистенцией при долихоколон показала преимущества данного вида вмешательств перед традиционными лапароскопическими операциями и требует накопления необходимого опыта для проведения более детального анализа.

1319. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Жидков С.А., Корик В.Е., Федоренко С.В.,
Корик Е.В.*

Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. По данным отдельных авторов, в развитых европейских странах ежегодно с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) впервые обращаются до 500 человек на 1 миллион населения, что составляет 0,05%. Гангрена конечности при КИНК развивается в 40-50% случаев.



Нуждаемость в ампутации выше уровня коленного сустава достигает 50-95% в первые три года. Летальность после этой операции достигает 40% в зависимости от возраста больного и наличия сопутствующих заболеваний. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 313 пациентов оперированных по поводу КИНК в 2013-2016гг. в УЗ «2-я городская клиническая больница г. Минска». Из них мужчин было 199(63,5%), женщин 114(36,5%). Возраст больных: 40-60 лет – 58(18,6%), 61-74 года – 130(41,5%), 75-89 лет – 119(38,0%), 90 лет и старше – 6(1,9%). Наиболее возрастной больной было 102 года. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей был причиной гангрены в 208 случаях(66,5%), сахарный диабет – в 105(33,5%). Все поступившие имели сопутствующие заболевания. На одного больного в возрасте 40-60 лет приходилось 1,8 сопутствующих заболеваний; в возрасте 61-74 года – 2,2; 75-89 лет – 2,6; 90 лет и старше – 3,0. У всех пациентов старше 60 лет имелась сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы(ИБС, АГ, мерцательная аритмия). Тяжесть состояния по шкале SAPS при поступлении: у 90 пациентов (28,8%) – 4 балла и менее; у 105 (33,5%) – 5-6 баллов; у 50 (16,0%) – 7-8 баллов; у 34(10,9%) – 9-10 баллов; у 20(6,4%) – 11-12 баллов; у 14(4,4%) – 13-14 баллов. Результаты и обсуждения. Установлено, что с момента появления симптомов ишемии нижних конечностей до проявления признаков гангрены у более молодых пациентов прошло меньше времени. Так, анамнез заболевания до 5 лет в возрасте 40-60 лет был в 64,5% случаев; в возрасте 61-74 года в 34,3%; старше 75 лет – в 30%. Сроки поступления в стационар с момента развития первых признаков гангрены не зависели от возраста. При поступлении проводилось стандартное обследование: уровень гемоглобина ниже 100г/л был в 31% случаев; ЛИИ по Кальф-Калифу выше нормы в 89% (в27% случаев выше 5,0). В приемном покое производилось ЭКГ и обзорная рентгенография груди. В первые сутки все больные осматривались терапевтом (в 68,8% случаев - кардиологом). С нарушением функции почек поступило 140 (44,7%) пациентов, печени – 9(2,9%); центральной нервной системы – 17(5,4%) (последствия ОНМК). С целью предоперационной подготовки в первые сутки всех больных осматривал анестезиолог. Лица с нестабильной гемодинамикой (17 человек – 5,4 %) проходили предоперационную подготовку в отделении реанимации. Ампутация бедра проводилась в период с первых по седьмые сутки с момента поступления. В первые сутки, после интенсивной подготовки оперированы 62 пациента (19,8%) с влажной гангреной пальцев и стопы, а также 11 пациентов (3,5%) с явлениями сухой гангрены, но выраженными симптомами интоксикации. Остальным больным операция производилась по мере

коррекции нарушений функций жизненно важных органов и систем, в первую очередь – сердечно-сосудистой. Под спинномозговой анестезией (СМА) оперировано 294 человека (93,9%), под эндотрахеальным наркозом – 19 (6,1%), из-за невозможности выполнения СМА или категорического отказа больного. Продолжительность операции до 40 мин была в 165 случаях (52,8%), 40-60 мин – в 110(35,1%); 1-1,5 часа в 31(9,9%), более 1,5 часов – в 7(2,2%). Послеоперационный период в отделении реанимации провели 102(32,6%) пациента. Максимальный срок - 13 дней. В 26 случаях (8,3%) произошло нагноение раны, в 6 случаях(1,9%) развилась гнилостная флегмона культи, которая в 4 случаях потребовала реампутации. В послеоперационном периоде пневмония развилась в 16(5,1%) случаях; ТЭЛА – в 11(3,5%); желудочно-кишечное кровотечение – в 7(2,2%); полиорганная дисфункция – 68(21,7%); сепсис – в 7(2,2%). В послеоперационном периоде умерло 27(8,6%) пациентов. Основная причина смерти – острая сердечно-сосудистая недостаточность. Из 27 умерших – у 22 (81,5%) операция длилась более 1 часа. Средняя длительность лечения составила 27,6±5,2 дня. Выводы: 1. У лиц, моложе 60 лет с ишемией нижних конечностей необратимые изменения требующие ампутации наступают в 2 раза быстрее, чем в пожилом и старческом возрасте. 2. В первые сутки при поступлении пациентов с КИНК, ампутацию следует проводить при влажной гангрене пальцев и стопы, а также в случае выраженной интоксикации. 3. Для успешного исхода ампутации бедра необходима адекватная предоперационная подготовка с участием терапевта (лучше кардиолога) и анестезиолога, с дифференцированным подходом к срокам пребывания в отделении реанимации. 4. Продолжительность ампутации бедра до 1 часа под СМА является важным условием благоприятного исхода.

1320. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1),
Сахаутдинов В.Г. (1), Куляпин А.В. (2),
Аитова Л.Р. (1), Суфияров Р.Р.(2)*

Уфа

1) БГМУ 2) ГКБ №21

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга это аномалия



развития. Существуют варианты заболевания с минимальной выраженностью симптомов, что позволяет части пациентов доживать до зрелого возраста. Цель исследования. Определить возможности лапароскопической хирургии в лечении взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга.

Материал и методы. В отделении колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы за истекшие три года пролечено три взрослых пациента с болезнью Гиршпрунга. Во всех случаях это были мужчины от 18 до 25 лет, страдающие запорами с детства, двое из которых перенесли операции по типу Гартмана в других клиниках. В одном случае пациент 18 лет, все этапы лечения прошел в клинике ГКБ №21, обратившийся с клиникой хронической кишечной непроходимости. Последние три года самостоятельный стул отсутствовал, вызывался только клизмами в сочетании со слабительными. При проведенном предварительном обследовании: ирригография, пассаж бариевой взвеси, изучение ректоанального рефлекса был выставлен диагноз: болезнь Гиршпрунга, наданальная форма, мегаректум, осложненная нарушением кишечной проходимости. Первым этапом была выполнена лапароскопическая резекция декомпенсированного отрезка сигмовидной и верхнеампулярного отдела прямой кишки по типу операции Гартмана с выведением одноствольной сигмостомы. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. У пациента ежедневно опорожнялась сигмостома. Через 1,5 месяца пациенту проведена полнослойная биопсия задней стенки прямой кишки по Свенсону в модификации ГНЦК. Диагноз подтвержден. Через 4 месяца с момента первой операции больному выполнена операция в плановом порядке: лапароскопическая операция Дюамеля с восстановлением кишечной непрерывности и низведением избытка сигмовидной кишки. Через 2 недели больному выполнено отсечение избытка низведенной сигмовидной кишки. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо. Жалоб нет. Стул самостоятельный, ежедневный. Заключение. Применение лапароскопической техники при болезни Гиршпрунга является безопасным и целесообразным вмешательством позволяющим минимизировать операционную травму с хорошим косметическим результатом.

1321. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ Тел ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Бабич И.И., Багновский И.О. Михайленко В.М., Цыганок И.А.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в детском возрасте одна из наиболее часто встречающихся патологий. Если раньше чаще встречались монеты и заколки, то в последнее время возрос удельный вес батареек, магнитов, фрагментов игрушек, что требует изменения лечебно-диагностических алгоритмов.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с инородными телами ЖКТ путем разработки оптимальной диагностической и лечебной тактики.

Материалы и методы: Объектом исследования послужили 323 пациента, находившихся на лечении в Областной детской клинической больницы г. Ростова-на-Дону в период с 2011 по 2016г. в возрасте от 6 месяцев до 9 лет с длительностью нахождения инородного тела от 3 часов до 5-ти суток. Причем монеты были диагностированы в 204 случаях, что составило 63,1%; батарейки таблеточного типа - 57 случаев - 17,6 %, диаметр их варьировался от 1,2 см до 2 см; магнитные инородные тела - 18 случаев - 5,6%; рентген позитивные инородные тела с травмирующей поверхностью (крестики, жетоны, точилки) - 15 наблюдений - 4,6%; кости (мясные, рыбные) - 11 случаев 3,4 %; пластиковые инородные тела с острыми гранями - 10 наблюдений - 3 %; др. инородные тела - 8 наблюдений 2,5%. При поступлении детей в хирургический стационар с подозрением на инородное тело, ребенок осматривался хирургом, проводилась обзорная рентгенография органов грудной, брюшной полостей с захватом шейного отдела пищевода. В структуре всех поступивших преобладали дети от 0 до 3 лет - 57%. В клинической картине доминировали такие симптомы как: беспокойство ребенка, боль, отказ от приема пищи, нарушение глотания, поперхивание, рвота, гиперсаливация. При выявлении рентген-контрастного инородного тела в пищеводе, последнее удалялось в кратчайшие сроки фибро или ригидным эзофагоскопом. При отсутствии контрастного ИТ, но при наличии клинической картины, проводилось диагностическое ФГДС, которое позволяло определиться с дальнейшей тактикой лечения, при выявлении инородного тела



– удалить. По нашему мнению особое внимание следует уделить инородным магнитным телам, проглоченным с временным интервалом. В 8 случаях – 2,47 % пациенты проглатывали от 2 до 8 магнитных шариков со значительным временным интервалом. Рентгенографическое исследование в динамике позволяло констатировать существенное сближение инородных тел, что совпадало с периодом появления болевых ощущений и перитонеальными явлениями. При лапаротомии обнаруживались множественные перфорации в местах смыкания. Выполнялась резекция прилегающих петель кишечника с перфорациями. В 5 наблюдениях – 1,5% выведена двустольная илеостома с дренированием брюшной полости. В 3 случаях 0,9% выполнялась резекция петель кишечника с прикрытыми перфорациями с наложением прямого анастомоза конец в конец. Анализ клинических данных позволил выявить клинико-рентгенологические предикторы перитонеальных осложнений при округлых инородных телах ЖКТ. Ими явились: 1) Беспокойство пациента с болями в животе. 2) Появление рвоты на фоне самостоятельного стула. 3) Сближение инородных тел на рентгенограмме менее чем 5 мм друг от друга. 4) Асимметрия живота, определяемая визуально и пальпаторно. Выводы: 1. Инородные тела в пищеводe необходимо удалять в кратчайшие сроки ригидным или фиброэзофагоскопом. 2. При выявлении предикторов перитонеальных осложнений необходимо перейти к активной хирургической тактике.

1322. СРАВНЕНИЕ ОДНОРЯДНОГО И ДВУХРЯДНОГО ШВА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1),
Сахаутдинов В.Г. (1), Куляпин А.В. (2),
Аитова Л.Р. (1), Суфияров Р.Р.(2)*

Уфа

1) БГМУ2) ГКБ №21

Актуальность: Разработано большое количество разновидностей кишечного шва от ручных методов до степлерных. Последние в настоящее время применяются все чаще. Однако в условиях отечественной медицины, в силу дороговизны, ручные методы формирования шва преобладают над степлерными. С этой точки зрения, огромное значение имеет применяемый вид шовного материала и методика формирования. Несмотря на доказанное преимущество однорядного шва, до сих пор в отечественной хирургии преобладает двухряд-

ный. Цель исследования: Сравнить результаты применения однорядного кишечного шва с двухрядным в колоректальной хирургии. Материал и методы: В основную группу пациентов, которым был использован однорядный непрерывный кишечный шов вошли 87 пациента. В 9 случаях однорядный кишечный шов был сформирован на фоне компенсированной кишечной непроходимости. Группу сравнения составили 232 пациента, которым был сформирован двухрядный узловый анастомоз. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и заболеваниям. В группе пациентов с однорядным швом 7 пациентам, однорядный шов был сформирован лапароскопически. Результаты: В основной группе отмечено три осложнения (3,44%). Один случай (1,15%) отечной формы анастомозита, потребовавшего проведение консервативной противовоспалительной терапии. Несостоятельность анастомоза в основной группе отмечена в двух случаях (2,3%). В одном случае на 6 сутки после лапароскопической гемиколэктомии по поводу рака сигмовидной кишки, что потребовало проведения релапароскопии, вскрытия абсцесса и петлевой трансверзостомии. Во втором случае несостоятельность развилась на 4 сутки после восстановительной операции с ликвидацией энтеростомы. Свищ закрылся самостоятельно. В группе сравнения несостоятельность анастомоза развилась в 12 случаях (5,17%). Заключение: применение однорядного непрерывного кишечного шва в колоректальной хирургии показало его преимущества перед двухрядным, что позволяет рекомендовать использовать его как метод выбора при формировании кишечных анастомозов.

1323. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Давыденко В.В.1, Галилеева А.Н.1, Иванова О.П.2

Санкт-Петербург

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39»

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБ) остается одной из наиболее распространенных патологий. В комплексном лечении ВБ ведущая роль отводится хирургической коррекции патологического венозного рефлюкса и ликвидации варикозно- трансформированных поверхностных вен. Традиционный метод хирургического лечения – классическая комбинированная флебэктомия, как правило, выполняется в стационарных условиях.



Мировой тенденцией в лечении ВБ является отказ от традиционной флебэктомии в пользу инновационных методов эндовенозной лазерной облитерации, радиочастотной термооблитерации, склеротерапии под ультразвуковым контролем, минифлебэктомии по Мюллеру или Варади). Все эти виды лечения вследствие их безопасности и малой травматичности проводятся амбулаторно. В РФ больным ВБ в рамках ОМС, по прежнему предлагается только комбинированная флебэктомия в стационаре, а инновационные методы лечения применяются амбулаторно в основном в частных медицинских центрах. Во многих поликлиниках были созданы центры амбулаторной хирургии, поэтому у них имеется материально-техническая база для внедрения инновационных методов лечения ВБ. На базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39» в сотрудничестве с кафедрой госпитальной хирургии №2 ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова в 2014 году создан лечебно - образовательный флебологический центр для внедрения инновационного лечения ВБ и обучения хирургов поликлиник Санкт-Петербурга этим стационарзамещающим современным технологиям. Цель данной публикации - проанализировать результаты работы флебологического центра на базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39». За период 2014-2016 г. выполнено более 300 операций, включающих эндовенозную лазерную облитерацию (ЭВЛО) с использованием отечественного оборудования: лазерного генератора с длиной волны 1,470 нм и одноразовых световодов с радиальным излучением производства «ЛАХТА МИЛОН», эхосклерооблитерацию и минифлебэктомию по Варади под местной тумесцентной анестезией (проводимой с помощью специальной помпы). В послеоперационном периоде после ЭВЛО и обширных минифлебэктомий пациентам проводили профилактику тромбоэмболических осложнений: активный двигательный режим, компрессионный трикотаж 1-2 недели, назначение пероральных антикоагулянтов (ривароксабан-5дней). Общее состояние пациентов после оперативных вмешательств не требовало выдачи больничного листа, так как ограничения трудоспособности не отмечалось, боли в послеоперационный период практически отсутствовали. Лечение проводилось на хозрасчетной основе, при этом стоимость услуг была ниже по сравнению с частными медицинскими центрами, что позитивно воспринималось населением. Окупаемость основного оборудования и расходного материала была достигнута через 1,5 года с момента начала функционирования центра. Значимых осложнений в послеоперационном периоде не отмечено, у 5% пациентов имели место подкожные кровоизлияния, у 2% пациентов ограниченные поверхностные тромбофлебиты, не тре-

бовавшие госпитализации. За это время на базе центра навыками инновационных технологий овладело 5 врачей-хирургов из других поликлиник города. Полученные результаты подтверждают целесообразность внедрения инновационных стационарзамещающих технологий ВБ в поликлиники города.

1324. ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ТИМЭКТОМИИ

*Шевченко Ю.Л., Аблицов А.Ю., Ветшев П.С.,
Аблицов Ю.А., Василяшко В.И., Орлов С.С.,
Лукьянов П.А., Магомедов Б.А., Крячко В.С.*

Москва

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

Актуальность: Тимэктомия занимает одно из ведущих мест в комплексном лечении больных генерализованной миастенией (ГМ). За последние два десятилетия изменились методические подходы к способу удаления вилочковой железы. В настоящее время многие авторы предпочитают миниинвазивные вмешательства традиционной срединной стернотомии, отмечая более быстрое восстановление больных и хороший косметический эффект. Принципиально новым направлением в миниинвазивной хирургии является робот-ассистированная хирургия. Главная особенность этой новой технологии заключается в том, что, выполняя операцию, хирург не касается эндоскопических инструментов, а управляет ими с помощью манипулятора робота. Материал и методы: Изучены результаты 23 робот-ассистированных тимэктомий (РАТ) и 13 робот-ассистированных тимомтимэктомий (РАТТ) у больных генерализованной миастенией, выполненных в НМХЦ им. Пирогова в период с 2010 по 2014 год. 22 оперативных вмешательства произведены через правую, 14 через левую плевральную полость. Полученные результаты: Сравнительная оценка 23 торакоскопических тимэктомий (ТТ) и 23 РАТ при ГМ, выполненных за один и тот же период, показала большую длительность робот-ассистированной операции: средняя длительность при внедрении ТТ составила 124 мин., в то время как средняя длительность РАТ - 205 мин. Необходимо отметить, что с приобретением опыта длительность операции сокращается (в последнее время ТТ занимает 60-70 минут, РАТ - около 120 минут). Послеоперационное течение осложнилось в двух наблюдениях ТТ и в одном - после РАТ ухудшением миастени-



ческого статуса, который потребовал продленной ИВЛ от нескольких часов до 1 суток, что объясняется тяжелым течением миастении у этих больных (35). Других осложнений не наблюдали. Послеоперационный койко-день составил 6,6 после ТТ и 5,4 после РАТ. Изучение отдаленных результатов показало, что полное восстановление утраченных функций и трудоспособности, отсутствие потребности в проведении какой-либо терапии миастении (эффект А- отличный) достигнуто у 52,1%) при ГМ без опухоли тимуса и у 15,3% при наличии тимомы. У 26,1% и 61,5% соответственно достигнуто значительное улучшение состояния после операции на фоне двукратного снижения потребности в антихолинэстеразных препаратах (эффект В - хороший). Эффект С (удовлетворительный результат) получен у 21,8% пациентов ГМ при отсутствии опухоли, у 23,2% при наличии тимомы. Выводы: Анализ более 300 ТТ при ГМ показал их бесспорную эффективность, сопоставимую с таковой при традиционной операции. Основным фактором, сдерживающим развитие робот-ассистированной хирургии, является не столько сложность технологии, сколько более высокая стоимость по сравнению с торакоскопическим вмешательством. При этом важно отметить, что все оперативные вмешательства с применением роботизированного хирургического комплекса включены в перечень высокотехнологичных вмешательств, выполняемых для пациента бесплатно.

1325. МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ СРЕДОСТЕНИЯ

*Шевченко Ю.Л., Аблицов А.Ю., Ветшев П.С.,
Аблицов Ю.А., Василяшко В.И., Орлов С.С.,
Лукьянов П.А., Магомедов Б.А., Крячко В.С.*

Москва

Москва, ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова»
Минздрава РФ

Актуальность: Хирургия средостения считается одним из наиболее сложных разделов торакальной хирургии, требующая хорошего знания анатомии, прецизионной техники и высокой квалификации хирурга, а также точной дооперационной диагностики. Особенно это касается интенсивно развивающейся в последние годы миниинвазивной хирургии средостения: торакоскопической и робот-ассистированной. Материал и методы: Изучены результаты оперативных вмешательств 671 больного с новообразованиями средостения,

находившихся на лечении в нашем Центре с 2005 по 2015 год. Большинство больных (337) было с заболеваниями вилочковой железы. У 168 из них были тимомы. Среди других заболеваний: медиастинальная лимфаденопатия (133 больных), злокачественные мезенхимальные опухоли (88), нейрогенные опухоли (50), кисты средостения (36), внутригрудной зоб (10), метастазы в средостение (8), фибромы (3), липомы (3) и тератомы (3). Полученные результаты: С применением миниинвазивных технологий оперированы 89% больных (600): 46 больным выполнены робот-ассистированные операции (РАО) (робот Да Винчи), 554 – видеоторакоскопические вмешательства (ВТС). РАО проведены 36 больным с заболеваниями вилочковой железы, 6 с нейрогенными опухолями, 3 с кистами и одному с тератомой средостения. Операции выполняли как через правую плевральную полость, так и через левую. Основанием для выбора стороны операции при новообразованиях переднего средостения являлись данные компьютерной томографии, при этом чаще предпочитали оперировать через правую плевральную полость. Операцию на переднем средостении выполняли в положении больного для передне-боковой торакотомии через три троакара. В большинстве наблюдений торакоскоп вводили в 6-м межреберье по передней подмышечной линии, два других троакара - в 5-м межреберье по среднеключичной линии и в 3-м межреберье по задней подмышечной линии. Операции на заднем и среднем средостении осуществляли в положении больного для задне-боковой или боковой торакотомии также через три троакара. Торакоскоп вводили в большинстве операций в 8-9 межреберье по лопаточной линии, троакары для инструментов - межреберьями выше и ниже на максимально возможном удалении как от торакоскопа, так и друг от друга. Методика расположения портов для РАО существенно не отличалась от ВТС. Также как при ВТС вмешательство выполняли в зависимости от расположения новообразования в положении для передне-боковой, боковой и задне-боковой торакотомии. Главной оценкой адекватности расположения портов служило отсутствие «конфликта» манипуляторов робота. Радикальные операции выполнены 66%, из них 371 с применением миниинвазивных технологий. Конверсия потребовалась в одном наблюдении в связи с интраоперационным кровотечением. Диагностическая торакоскопия с биопсией лимфоузлов средостения при медиастинальной лимфаденопатии и биопсией опухоли при злокачественных лимфомах и метастазах в средостение выполнена 229 больным. Летальных исходов после миниинвазивных вмешательств не было. Выводы: Анализ накопленного опыта показал бесспорную эффективность миниинвазивных



вмешательств, при новообразованиях средостения. По сравнению с традиционными доступами (стернотомией и торакотомией) они сопровождаются меньшим хирургическим стрессом, способствуют более быстрому восстановлению больных, имея при этом хороший косметический эффект. Несмотря на преимущества РАТ по сравнению с ВТС, ее несколько большая длительность и высокая стоимость по сравнению с ВТС являются сдерживающим фактором дальнейшего развития РАХ средостения.

1326. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ СО СТЕРНОТОМИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Соколова В.В., Медведев С.Д., Трачук К.В.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ

В связи с интенсивным развитием кардиоторакальной хирургии, ежегодно растет количество оперативных вмешательств на органах грудной клетки, основным доступом к которым является стернотомия. Высокая травматичность метода может приводить к ряду серьезных осложнений, которые составляют до 6% от всех послеоперационных осложнений. Цель исследования: изучить осложнения, формирующиеся у пациентов после выполнения им стернотомического доступа к органам средостения, а так же оценить факторы риска, повлиявшие на развитие данных осложнений. Материалы и методы: были проанализированы истории болезни пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ ТО «Областная Клиническая Больница №1» г. Тюмени за 2013-2016 годы. Ежегодно выполнялось порядка 350 операций на органах грудной клетки, доступом к которым служила стернотомия. Были изучены 25 пациентов, у которых в послеоперационном периоде наблюдались осложнения, связанные с выбором доступа. Частота развития осложнений составила 2,01% случаев. Средний возраст исследуемых составил $59,92 \pm 8,99$ лет. Среди них 21 пациент - лица мужского пола (84%), 4 - женского пола (16%). У пациентов были отмечены следующие осложнения стернотомии: нестабильность грудины в 68% случаев (17 пациентов), у 9 пациентов - остеомиелит грудины (36%) и у 6 - стерномедиастинит (24%). Одновременно два осложнения отмечается у 5 пациентов. Среди предоперационных факторов на первом месте болезни сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая бо-

лезнь, ХСН) - 92% случаев (23 пациента), по поводу чего им и было проведено хирургическое вмешательство. Так же нами отмечены следующие факторы риска: ожирение у 18 пациентов (ИМТ >30) - 72% случаев, сахарный диабет - 28% (7 человек, у всех - СД II типа), у 5 пациентов (20%) отмечена ХОБЛ, приём диуретических препаратов - 13,64% (3 пациента), приём антикоагулянтов - 20% случаев (5 пациентов). У 8 пациентов наличие в анамнезе стернотомии - 32% случаев. Согласно протоколам операций можно отметить, что в 96% случаев (24 пациента) в качестве оперативного доступа использовалась продольная срединная стернотомия и у 1 пациента - продольно-поперечная стернотомия. В 8% случаев (2 пациента) в ходе операций был получен поперечный перелом грудины. Нужно отметить разнообразие шовного материала и методик ушивания грудины, использованных кардиохирургами. Это проволочные лигатуры, скобы из никелид-титана, остеосинтез по типу Robicsek, использование z-образных швов. В качестве интраоперационного фактора риска выступает продолжительность операции и длительность искусственного кровообращения. Среди обследуемых у 10 пациентов (40%) операция составила более 3 часов, а длительность ИК превысила 2 часа. У 3 пациентов было произведено бимаммарное шунтирование, что так же является фактором риска осложнений в послеоперационном периоде. Среди послеоперационных факторов отмечены: анемия в 12% случаев (3 пациента), прорезывание швов грудины у 6 пациентов (24%), массивная кровопотеря в 4% случаев (1 пациент), рестернотомия выполнялась у 2 пациентов. Важным моментом течения послеоперационного периода является продолжительная ИВЛ. Так у 16% исследуемых (4 пациента) длительность ИВЛ составила более 10 часов. Заключение: 1. Наиболее частыми осложнениями операций со стернотомным доступом являются: нестабильность грудины (68%), остеомиелит (36%) и стерномедиастинит (24%). 2. Из предоперационных факторов риска наиболее значимыми в развитии послеоперационных осложнений являются: болезни ССС, ожирение, сахарный диабет II типа, ХОБЛ, наличие в анамнезе стернотомии. К важным интраоперационным факторам риска можно отнести продолжительность ИК более 2 часов и использование в качестве шунта *a. thoracica interna*. Из послеоперационных факторов следует отметить прорезывание швов грудины, длительную ИВЛ и рестернотомию.



1327. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Безуглый А.В.

Санкт-Петербург

ВМА им. С.М.Кирова

До середины восьмидесятых годов прошлого века, когда в СССР начала динамично развиваться внестационарная медицинская помощь вопрос о наполнении терминов стационарозамещающие технологии (СЗТ), «большая амбулаторная хирургия», «дневная хирургия», стационарозамещающие формы медицинской помощи (СЗФМП) не был так актуален, как сегодня. Многочисленные научные публикации, обзоры, клинические демонстрации, говорящие о достижениях «большой амбулаторной хирургии» в России, не лишены терминологических неточностей, когда, например, сообщается о выполнении полостных операций в амбулаторных условиях. Если с определением понятия «стационарозамещающие формы медицинской помощи» существует ясность, то нигде в доступных документах регионального и федерального уровня определения термина «стационарозамещающие технологии» нет. Есть попытки отдельных авторов определить, что же такое СЗТ, однако они, зачастую неоднозначны. Суть понятия «дневной стационар», как одной из основных СЗФМП, его функции регламентирует приказ МЗ РФ №438 от 09.12.1999 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Применительно к хирургической практике также следует руководствоваться приказом МЗ РФ 922н от 15.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"». Однако, деятельность таких СЗФМП как стационар кратковременного пребывания, стационар на дому детально не описана ни в одном из федеральных документов. Учитывая сложившуюся ситуацию, предлагается следующий вариант распределения хирургической помощи взрослому населению. Хирургическая помощь оказывается амбулаторно и стационарно. Амбулаторный вариант помощи осуществляется в любом из лечебных учреждений (поликлинических, стационарных) приходящим больным. Как правило, длительность этой помощи не превышает 3 часов и не требует занятия койки лечебного учреждения или койки пациента по месту его жительства. Стационарная помощь оказывается с занятием койки лечебного учреждения или койки пациента по месту его жительства. Дальнейшие различия обуславливают только длительность пребывания на этой кой-

ке. Стационар на дому – оказание хирургической помощи пациентам с ограничением способности к самостоятельному передвижению с использованием койки по месту жительства больного. Дневной стационар – оказание хирургической помощи пациентам, находящимся на койке лечебного учреждения от 3 до 8 часов. Кратковременный круглосуточный стационар – пребывание пациента на койке составляет от 8 до 24 часов. Многие авторы включают в это понятие и более длительное пребывание пациентов, до 3-5 суток. Обсуждая понятие «СЗТ» хочется обратить внимание на ключевое слово в термине. Определений слова «технология» много. Но все они в той или иной мере сходятся в одном, это – совокупность последовательно применяемых правил, приемов и методов, направленных на достижение определенных результатов (метод преобразования данного в необходимое). Говоря о медицинской практике, СЗТ – это последовательное применение правил отбора пациентов, предоперационной подготовки, выбора оптимальных методов обезболивания, мининвазивных (малотравматичных) способов оперативного лечения, методик послеоперационной реабилитации пациентов, направленных, в итоге, на выполнение оперативных вмешательств, ранее проводившихся только в стационаре. Конечной целью реализации СЗТ является обоснованное расширение объема хирургической помощи на догоспитальном этапе. Предложенные определения имеют целью разделить понятия «СЗФМП» и «СЗТ», что позволит более адекватно оценивать клинические результаты, публикуемые на страницах научных изданий. Принятие в данном или доработанном виде терминов и определений является одной из задач профессионального хирургического сообщества, как это сделано в ряде европейских стран.



1328. БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Вертянкин С.В. (1), Мещеряков В.Л. (1)
Макарьин В.А. (2), Чолахян А.В. (1) Греков В.В. (1)
Заикин А.В. (1) Турлыкова И.А. (1)

Саратов, 2) Санкт-Петербург

1) Саратовский государственный медицинский университет, 2) Университетская клиника Санкт-Петербургского государственного Университета, Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии

Количество больных с эндокринной патологией, требующих хирургического лечения, неуклонно растет. Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств за последние десятилетия способствовало значительному увеличению не только частоты послеоперационных осложнений, но и к росту числа некорректных операций, которые не всегда приводят к летальному исходу, но зачастую становятся причиной более тяжелого течения послеоперационного периода.

Цель исследования: повысить безопасность эндоскопических хирургических вмешательств на щитовидной железе. Материалы и методы: Операции производились с использованием стандартного эндохирurgical инструментария, в частности использовалась полностью укомплектованная эндохирurgical «стойка» фирмы фирмы «Karl Storz» (Германия), а также набор эндохирurgical инструментов – ножницы, диссекторы, зажимы, троакары, ретракторы, фирм «Крыло» (Россия), «Karl Storz» (Германия). Дополнительно использовался коагулятор EnSeal фирмы «Etycon» и ультразвуковые диссекторы «Harmonic» и «Sonicision», нейромонитор C2 Inomed. В клинике факультетской хирургии и онкологии в период с мая 2013 по январь 2017 года с помощью эндовидеохирургической техники 225 больным с доброкачественными и злокачественными образованиями щитовидной железы. Все операции осуществлялись аксиллярным доступом. Операции выполнены 216 женщинам и 9 мужчинам, средний возраст – 35 лет. Послеоперационный диагноз: многоузловой зоб – у 71 пациента, узловой зоб – у 78, токсическая аденома – у 34, рак щитовидной железы у 33, диффузный токсический зоб в 9 случаях. Обсуждение результатов: были выполнены гемитиреоидэктомии – в 132 случаях, тиреоидэктомии – в 57, субтотальные резекции – в 47. Объем щитовидной железы был от 17 до 88 мл. Результаты исследования: Нами

применялся - подмышечный грудной доступ. Следующим этапом операции визуализируется возвратный гортанный нерв. Следующая задача – выделение верхних и нижних щитовидных артерий, которые пересекались. Далее после визуализации и выделения возвратного нерва производилась экстрафасциальная гемитиреоидэктомия с истмусэктомией либо экстрафасциальная субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия. Визуализация возвратного нерва является обязательным этапом. Сложность этого этапа при эндоскопических операциях связана с определенными проблемами выделения возвратного нерва в типичных точках, однако современная эндоскопическая аппаратура позволяет производить более детальный осмотр анатомических образований в сравнении с классическим доступом. Так же следует отметить отсутствие у наших пациентов каких либо признаков паратиреоидной недостаточности. При открытых операциях в литературе указывается до 30% послеоперационного гипопаратиреоза при тиреоидэктомиях. Всем пациентам с раком щитовидной железы выполнялась центральная лимфодиссекция. В двух случаях была выполнена боковая шейная лимфодиссекция, учитывая наличие метастазов в лимфоузлы шеи. В послеоперационном периоде в 14 случаях у больных отмечен послеоперационный парез гортани, который носил транзиторный характер и полностью купировался в сроки от нескольких суток до 3х месяцев. У двух пациентов парез купировался в сроки до 8 месяцев. У 4 пациентов в ходе оперативного вмешательства применялся интраоперационный нейромонитор, что позволило значительно повысить качество визуализации возвратных нервов. Осложнений, связанных с введением углекислого газа не возникало. Послеоперационная эмфизема полностью купировалась в сроки от 24 до 48 часов. В настоящее время дренирование послеоперационной раны практически не выполняется. Трудностей с извлечением удаленной ткани железы не возникало.

Выводы 1. Современные средства для эндоскопических вмешательств позволяют выполнить адекватную резекцию щитовидной железы видеоэндоскопическим способом. 2. Увеличение, полученное благодаря эндовидеоэндоскопическому оборудованию, позволяет достаточно легко визуализировать все мелкие структуры во время операции, в том числе парашитовидные железы, сосуды и возвратный гортанный нерв. 2. Эндохирurgical методы позволяют выполнить адекватный объем лимфодиссекции при раке щитовидной железы. 3. Послеоперационный парез возникает в результате термического воздействия коагуляции на ткань нерва, поэтому предпочтительнее использование ультразвукового диссектора при



манипуляциях в зоне прохождения возвратного нерва. 4. Применение интраоперационного нейромониторинга значительно снижает риск повреждения гортанных нервов.

1329. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

*Ибатуллин А.А.(1), Гайнутдинов Ф.М.(1),
Сахаутдинов В.Г. (1), Куляпин А.В. (2),
Аитова Л.Р. (1), Суфияров Р.Р.(2)*

Уфа

1) БГМУ 2) ГКБ №21

Цель исследования: провести анализ осложнений лапароскопических операций при язвенном колите и разработать меры их профилактики. Материал и методы: Материалы и методы. В отделении колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы за последние 3,5 года оперировано 20 больных язвенным колитом с применением лапароскопической техники. Среди больных было 7 мужчин (35%) и 13 женщин (65%). У всех пациентов отмечена тяжелая форма язвенного колита с тотальным поражением толстой кишки. 1 этап хирургического лечения язвенного колита выполнялся в объеме лапароскопической колэктомии с выведением 1-ствольной илеостомы по Бруку. После стабилизации состояния выполнялся 2 этап хирургического лечения в объеме лапароскопической брюшно-анальной резекции с формированием J-образного тонкокишечного резервуара с резервуаро-анальным анастомозом и превентивной илеостомой по Торнболлу (14 больных – 70%). 3-им пациентам второй этап выполнен лапаротомным доступом. 3-им больным 2 этап хирургического лечения выполнен с сохранением мезоректума лапароскопически. 14 больным (70%) выполнены восстановительные операции. 3 больных (15%) ожидают 2 этапа хирургического лечения, 3-е больных ожидают ликвидации илеостомы. Результаты: При анализе результатов лапароскопических операций при язвенном колите отмечено 5 осложнений (25%), 4 из них после 1 этапа. 3 осложнения развились у больных первых 5-и лапароскопических операций. В 3-х случаях (15%) были гнойно-воспалительные осложнения. В одном случае вследствие нагноения парастомальной раны развилась ретракция стомы с перитонитом, что потребовало лапаротомии, санации дренирования брюшной полости, реилеостомии. У одного больного вследствие негерметичности аппаратного шва из-за выраженных воспалитель-

ных изменений в области ректосигмоидного отдела толстой кишки в послеоперационном периоде развился абсцесс культи прямой кишки потребовавший выполнения вскрытия и санации гнояника из местного доступа. У одной больной развился заворот пряди сохраненного большого сальника с некрозом, потребовавший релапароскопии, лапароскопической резекции сальника. В одном случае развился заворот тонкой кишки вокруг одноствольной илеостомы с кишечной непроходимостью. Устранить заворот лапароскопически не представлялось возможным, непроходимость устранена при лапаротомии. Летальных исходов не было. Выводы: 1. Показания к хирургическому лечению при язвенном колите должны выставляться своевременно при строгом соблюдении протокола клинических рекомендаций. 2. Оптимальным методом хирургического лечения язвенного колита должны быть лапароскопические вмешательства. 3. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 больных (25%), 4 из которых после первого этапа хирургического лечения язвенного колита.

1330. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЗИЦИОННОГО СДАВЛЕНИЯ

Жидков А.С., Корик В.Е., Жидков С.А., Корик Е.В.

Минск

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Синдром позиционного сдавления (СПС) не является часто встречаемым повреждением. По этой причине у большинства врачей нет достаточного опыта оценки тяжести и лечения данной патологии. Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 47 пациентов с СПС в УЗ «ГКБСМП» г.Минска. пациенты трудоспособного возраста (20-60 лет) составили 42 человека – 89,4%. В состоянии алкогольного либо наркотического опьянения находились 39 пациентов-(83%). По этой причине время компрессии удалось установить у 7 пациентов (14,9%), при этом самостоятельно сообщили лишь 3 (6,4%). Затруднение в сборе анализа заметно повлияло на сроки постановки диагноза: в первые сутки диагноз СПС поставлен 23 пострадавшим (48,9%), на вторые – 18 (38,3%), на третьи и позже -6 (12,8%). Ни в одном случае в диагнозе не была указана степень тяжести СПС. Результаты и обсуждения. Основным лабораторным методом диагностики является биохимический



анализ крови. Анализировались следующие биохимические показатели: миоглобин, КФК, мочевины, креатинин, АЛАТ и АСАТ. Указанные показатели характеризуют тяжесть органной дисфункции при компрессионной травме, а также способствуют постановке диагноза. Не секрет, что важным является изучение этих показателей в динамике и, как показали наши исследования, мониторинг биохимических показателей был явно недостаточен. Так удельный вес изучения биохимических показателей крови у пострадавших с СПС в динамике, распределился следующим образом: Миоглобин – 1-е сутки – 23,4%, 2-е сутки – 12,8%, 3-и сутки – 14,9%; КФК – 1-е сутки – 51,1%, 2-е сутки – 42,6%, 3-и сутки – 40,4%; Мочевина – 1-е сутки – 68,1%, 2-е сутки – 61,7%, 3-и сутки – 78,7%; Креатинин – 1-е сутки – 36,2%, 2-е сутки – 61,7%, 3-и сутки – 76,6%; АЛАТ – 1-е сутки и 2-е сутки – 61,7%, 3-и сутки – 70,2%; АСАТ – 1-е сутки и 2-е сутки – 61,7%, 3-и сутки – 70,2%. По этой причине за время пребывания в стационаре пострадавшим так и не была поставлена степень тяжести СПС. Инфузионная терапия в раннем посткомпрессионном периоде проводилась 33 пациентам (70,21%) средний объем вводимых сред составил: в первые сутки – 2,4 (1,5; 3,3) л; во вторые – 2,25 (1,27; 3,75) л; в третьи 2,05 (1,05; 2,8) л. В целом, общий объем инфузионной терапии в раннем посткомпрессионном периоде составил 7,95 (5,25,10,25) л. Основными инфузионными средами были: физиологический раствор, гидроксипропилкрахмал (ГЭК), 5 и 10%-ные растворы глюкозы и раствор Рингера. Сравнение пациентов, разделенных на две возрастные группы – младше и старше 40 лет не выявило значимой разницы по объему проводимой инфузии ($p=0,3$). Полученные расчеты указывают на то, что инфузионная терапия проводилась без учета сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Сравнение групп выживших и умерших пациентов не выявило различий в объеме перелитых инфузионных средств ($p=0,0$), что свидетельствует о первоочередном значении не количественного, а качественного состава проводимой терапии. В результате лечения из 47 пациентов умерло 10 (21,3%), из них 6 (60%) – в трудоспособном возрасте. Анализ судебно-медицинских эпикризов умерших выявил, что в 8 случаях (80%) основной причиной смерти были некротические изменения в мышцах и мягких тканях поврежденных анатомических областей и возникший в связи с этим эндотоксикоз. В то же время, у 1 умершего (10%) причиной летального исхода послужило отравление метиловым спиртом, а еще у 1 (10%) – отравление опиатами, СПС у них был сопутствующей патологией. Ведущими осложнениями основной патологии при летальном исходе были: острая почечная недостаточность – 7 (70%), ДВС-синдром – 7 (70%),

полиорганная недостаточность – 5 (50%), бронхопневмония – 6 (60%), отек головного мозга – 3 (30%). Выводы: 1. Основу структуры пострадавших с СПС составляют лица трудоспособного возраста, что указывает на социальную значимость проблемы. 2. Более 80% пострадавших находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, что затрудняет своевременную диагностику. 3. В стационарах отсутствует система лабораторной диагностики СПС в раннем посткомпрессионном периоде, позволяющая вовремя верифицировать тяжесть повреждения. 4. Нет дифференциального подхода к инфузионной терапии с учетом степени повреждения и возраста, что возможно сказалось на результатах лечения.

1331. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мовчан К.Н., Исхаков Р.Б., Русакевич К.И., Коваленко А.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Актуальность. Поиск путей улучшения результатов лечения больных трофическими язвами нижних конечностей (ТЯ НК) – одна из задач хирургии. Трофические нарушения на НК могут обуславливаться облитерацией артериальных сосудов (ОАС), варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБВ НК), изменениями нейротрофического генеза, метаболическими нарушениями и др. В этой связи оказание медицинской помощи (МП) больным ТЯ НК при разных ulcerogenных нозологиях различается. В случаях атипичной локализации ТЯ НК на фоне явлений венозной недостаточности (ВН) НК должна проявляться определенная настороженность в отношении приоритетности основного и сопутствующего заболеваний пациентов, обуславливающих дефекты покровных тканей на ногах. Особое значение в подобных ситуациях должно придаваться сочетанию сахарного диабета, осложненного формированием т.н. синдрома диабетической стопы (СДС) с ВБВ НК. В этом случае клинические проявления ТЯ обретают своеобразные черты.

Материалы и методы. Проанализированы данные о результатах оказания МП 2015 больным ТЯ НК в 2013-2015 гг в нескольких медицинских организациях Санкт-Петербурга: СПб ГБУЗ «Городская по-



ликлиника № 8», ГБУЗ «Ленинградская областная больница», ООО «Лидингмед. Клиника доктора Груздева», ФГУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова». По поводу трофических язв стоп (ТЯС) лечение проводилось 635 пациентам, у которых в 472 наблюдениях верифицированы признаки СДС, ВН и сочетание этих состояний (СДС + ВН). Данные о 135 больных, у которых ТЯС развивались на фоне сочетания СДС + ВН проанализированы в сравнении с таковыми при солитарных наблюдениях СДС и ВН. Полученные результаты Установлено что, особенностями клинической картины ТЯС у пациентов с СДС + ВН оказываются: преобладание единичных (90%) язвенных дефектов преимущественно у женщин (65,2%) пожилого (73,4%) возраста (что нельзя не учитывать при оказании МП больным ТЯС, сочетанной патологией т.к. люди старшей возрастной группы располагают меньшими резервными и адаптационными возможностями организма и у них, в отличие от пациентов молодого возраста, отмечается более выраженный риск анестезиологического и хирургического пособия); преимущественно левостороннее (55,5%) поражение поверхностных (90,4%) структур мягких тканей с локализацией ТЯ на тыльной поверхности (41%) стоп с размерами не превышающими 10 см² (78,6%), сочетающимися с симметричным отеком в средних/3 голени (60,5%) и варикозным расширением вен НК в бассейне большой подкожной вены (70,9%); гиперкератоз стоп (42,2%); изменения клинических и биохимических анализов крови (анемия - 38,4%, лейкоцитоз - 57,8%, гипопропротеинемия - 30,8%, гиперхолестеринемия - 20%, повышение уровня трансаминаз -58,4%). Обсуждения и выводы Учёт особенностей клинической картины ТЯС с сопутствующим СДС + ВН позволяет своевременно осуществлять диагностику этого варианта заболевания. Соблюдение тактики дифференцированного выбора метода лечения (консервативное / хирургическое) с обоснованием объема операций в этих случаях себя оправдывает и позволяет объективно оценивать эффективность лечения больных с аргументацией мероприятий по целенаправленному наблюдению за больными ТЯС при СДС + ВН после завершения оказания им МП.

1332. СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ У СИМПТОМНЫХ БОЛЬНЫХ

Матюшкин А.В., Мустафин А.Х.

Москва

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра факультетской хирургии, Москва, Россия

Введение: В настоящее время доказано, что КЭАЭ является эффективным методом профилактики ишемического инсульта у пациентов с симптомными и асимптомными стенозами ВСА выше 70%. Однако, в связи с появлением новых технологий, методов лечения атеросклеротического поражения сонных артерий, остаются вопросы в отношении выбора оптимального алгоритма лечения у больных с атеросклеротическим поражением сонных артерий. Материалы и методы: С 2008 по 2014 гг в клинике хирургических болезней ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, на базе ГКБ им Д.Д. Плетнева г. Москвы было прооперировано 194 симптомных (ХСМН 2 ст, ХСМН 4 ст) пациента со стенозами ВСА свыше 70 %. Возраст больных составлял от 38 до 81 лет. Пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу вошли 79 (40,8%); пациентов, которым была выполнена эверсионная КЭАЭ, во вторую группу вошли 54 (27,8%) пациентов, которым была выполнена КЭАЭ с ушиванием артериотомии первичным швом, в третью группу вошли 63 (32,4%) пациента, которым была выполнена КЭАЭ с пластикой артериотомии синтетической заплатой. Все пациенты в дооперационном периоде осматривались невропатологом, производилась оценка их неврологического статуса и нарушения когнитивных функций с использованием шкал: Rankin, NIH-NINDS, MoCa. Повторный неврологический осмотр проводился через 6 мес, 1 год, 2 года Результаты: В первой группе в ближайшем п/о периоде показатель инсульт+летальность составил 3,7% (3 пациента). Во 2-ой, группе зафиксировано 2(3,7%) послеоперационных инсульта. В 3-ей группе зарегистрировано также 2 (3,17%) инсульта в раннем п/о периоде. В отдалённом п/о периоде рестеноз ВСА свыше 70% развился у 2(3,7%)больных после выполнения первичного шва, у 2(2,5%)больных после эверсионной КЭАЭ и у 1 пациента (1,6%) после пластики ВСА синтетической заплатой. В отдалённом п/о периоде у пациентов, перенесших ОНМК, прооперированных в сроки до 8 недель отмечалась тенденция к ускорению восстановления неврологического дефицита и когнитивных функций по сравнению с группой



больных, прооперированных в более поздние сроки Выводы: Хирургическая коррекция стеноза ВСА является эффективным методом профилактики первичных и повторных ОНМК. В ближайшем п/о периоде частота формирования осложнений не зависит от способа хирургической коррекции. Использование синтетической заплаты при пластики ВСА и эверсионной КЭАЭ сопряжено с меньшим риском развития рестеноза в отдалённом п/о периоде. В отдаленном п/о периоде у пациентов, перенесших ОНМК, прооперированных в сроки до 8 недель отмечалась тенденция к ускорению восстановления неврологического дефицита и когнитивных функций

1333. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С МИННО-ВЗРЫВНЫМИ РАНЕНИЯМИ ЖИВОТА ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ

*Магамадов А.Х., Таранов И.И.,
Атрощенко Э.А., Игнатов В.Н.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет»

Актуальность. В последние годы в условиях мирного времени в мировой практике отмечается возрастание частоты применения взрывных устройств с целью террористических актов. При этом люди получают множественные или сочетанные ранения конечностей, органов живота, грудной клетки и головы. В связи с этим при госпитализации и лечении весьма важно определять тяжесть каждого пострадавшего с минно-взрывными ранениями. Материал и методы. Проведен анализ определения тяжести состояния 94 пострадавших с ведущими повреждениями живота при террористических актах в Чеченской республике за 1999-2014 годы. При этом у 77 чел. (81,9%) были ранены два, три и более органов брюшной полости. Для оценки тяжести их состояния при госпитализации и в процессе лечения использовали шкалу «ВПХ-СП», а для оценки тяжести повреждения от полученной травмы и ее исхода применяли шкалу «ВПХ-П (ОР)», а также шкалы AIS и ISS. Полученные результаты. При этом тяжесть состояния раненых по шкале «ВПХ-СП» была определена в 28,2 балла. Тяжесть повреждений по шкале AIS была равна 4,3 балла, по шкале ISS (сумма квадратов кодов 3-х наиболее тяжелых повреждений) – 40,5 балла. Такое количество баллов, рассчитанных по этим шкалам, соответствовала тяжелым повреждениям. Тяжесть по-

вреждения органов живота по шкале «ВПХ-П(ОР)» составила 9,2 балла, что указывало на тяжелую степень повреждений. Общая тяжесть повреждения у 18 чел. достигала в 13,4 балла. Это свидетельствовало о крайне тяжелом их состоянии. Обсуждение. Как следует из полученных результатов исследования, у всех пострадавших имели место тяжелые повреждения. Они подтверждены всеми используемыми шкалами. Кроме того, общая тяжесть повреждений по шкале «ВПХ-П(ОР)» указывала на крайне тяжелую степень ранений. В тактическом отношении это вызывало необходимость проведения интенсивной терапии по подготовке к операции и своевременному ее выполнению. В частности, раненых с определенными по шкалам тяжелыми повреждениями в случаях подозрения на продолжающее кровотечение в брюшную или грудную полость (76 чел., 80,9%) сразу брали в операционную. Все диагностические и лечебные мероприятия выполняли в условиях операционной. Пострадавших, поступающих в крайне тяжелом состоянии (18 чел., 19,1%), сразу госпитализировали в отделение реанимации, где осуществляли реанимационные мероприятия. По стабилизации их состояния выполняли диагностические приемы на фоне интенсивной терапии. По результатам данного обследования решали вопрос о сроках, виде и объеме хирургического вмешательства. Выводы и рекомендации. Определение степени тяжести пострадавших с минно-взрывными ранениями живота при террористических актах по стандартных шкалах позволяет адекватно оценить состояние раненых и определить объем и сроки выполнения хирургического вмешательства. Эти шкалы рекомендуются к использованию в клинической практике при оказании хирургической помощи данной категории раненых.

1334. ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

*Шимко В.В. (1), Решетникова Л.К. (1), Г
олова А.Б. (1), Нуриев Э.С. (2), Нагиев М.Г. (1)*

Благовещенск2)Южно-Сахалинск

- 1) ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России
- 2) Пограничный госпиталь

Очевидна актуальность проблем лечения больных сахарным диабетом, осложненного синдромом диабетической стопы. С этой целью предлагаются различные способы лечения, среди которых лазе-



ротерапия привлекает внимание многих ученых и практических врачей. Цель исследования заключается в изучении влияния лазерного излучения на иммунную систему больных с синдромом диабетической стопы по данным иммунологического мониторинга клеточного и гуморального звена иммунитета. Материалы и методы В данной работе нами представлены результаты изучения иммунологического статуса у 38 больных с осложненным сахарным диабетом в динамике лечения. Все больные были разделены на две группы, сопоставимые по тяжести основной и сопутствующей патологии. Традиционное хирургическое и консервативное лечение проводили у 20 пациентов (первая группа). Вторую группу составили 18 пациентов, в комплексное лечение которых включали сеансы лазеротерапии. Возраст больных в среднем составил $50 \pm 3,8$ года. Длительность заболевания $8 \pm 1,7$ года. Лазеротерапию проводили методом ВЛОК аппаратом «АФС». Параметры лазеротерапии: длина волны – 0,63 мкм, мощность излучения – 5мВт, экспозиция излучения – 30 мин., курс лечения – 8-10 ежедневных сеансов. Для фенотипирования лимфоцитов использовали моноклональные антитела («Сорбент», Россия) к дифференцированным маркерам, меченным FITC на люминесцентном микроскопе ЛЮМАМ - Р8. Определяли Т-лимфоциты (СД3+), Т-хелперы (СД4+), Т-супрессоры/цитотоксические клетки (СД8+), НК (СД16+), СД25+. Гуморальное звено иммунитета оценивали по количеству В-лимфоцитов (СД19+), содержанию Ig A, M, G, неспецифическую резистентность – по уровню фагоцитарной активности нейтрофилов. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Результаты и обсуждение Отмечены следующие результаты после проведенного лечения. В первой клинической группе длительно существующий раневой процесс характеризовался тенденцией к рецидивированию и генерализации, тем самым усугубляя тяжесть основного заболевания, вызывая необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств, проведения массивной антибиотикотерапии. Во второй группе клиническая эффективность лазеротерапии характеризовалась стабильностью течения раневого процесса, отсутствием тенденции к рецидивированию и распространению зоны ишемии и гнойно-некротического процесса; в более ранние сроки купировались явления перифокального воспаления, появлялась грануляция и краевая эпителизация. Мы провели сравнительный анализ иммунограмм у пациентов первой и второй групп. У всех пациентов до лечения была выявлена вторичная иммунная недостаточность. Наиболее характерным для больных с осложненным течением сахарного диабета был комбинированный тип иммунных наруше-

ний, который включал одновременное развитие недостаточности клеточного, гуморального и фагоцитарного звеньев иммунитета. Иммунологический мониторинг больных первой группы после лечения выявил достоверное снижение показателей Т-лимфоцитов (СД3+), Т-хелперов (СД4+) и в большей степени Т-супрессоров/цитотоксических клеток (СД8+), увеличение ИРИ, недостоверное повышение В-лимфоцитов (СД19+), снижение содержания Ig A, повышение содержания Ig M, G, т.е. нормализации указанных параметров не произошло, но отмечены изменения, характерные для аутоиммунного синдрома. Во второй группе после сеансов лазеротерапии в комплексной терапии по сравнению с данными до лечения произошло достоверное увеличение показателей СД3+, СД4+, СД8+, СД16, снижение ИРИ, но нормальных величин достигли только показатели СД16+. Следовательно возросла цитотоксическая активность лимфоцитов. Соотношение содержания иммуноглобулинов сохранялось, но содержание Ig G пришло к норме. Изменений, характерных для аутоиммунного процесса не отмечено. Выводы Таким образом, мониторинг иммунного статуса позволило сделать вывод, что использование лазеротерапии стимулирует активность иммунокомпетентных клеток и приводит к достоверному положительному клиническому эффекту.

1335. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Лубянский В.Г., Аргучинский И.В.,
Казаков А.В., Щегарцов А.А., Желкомбаева М.А.*

Барнаул

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Краевая клиническая больница

Актуальность. Разнообразие методов хирургической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), высокий процент рецидивов в отдаленные сроки после операции требует поиска оптимальных методов лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Материал и методы. С 2007 по 2016 годы в клинике прооперировано 227 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Средний возраст больных – 55 ± 7 лет. Из них мужчин 52, женщин 175. В зависимости от метода все хирургические вмешательства разделены на две группы. В первую группу с видеолaparоскопическим доступом включено 96(40.9%) больных. Во вторую группу открытых



операций 139(59.1%). В 1 группе эзофагофундопликация (ЭФП) выполнена по методам: Ниссена - Розетти у 5(5.2%), Ниссена в классическом варианте у 2(2%), Тоупе у 2(2%), ЭФП по Черноусову у 1(1%). ЭФП в модификации клиники путём выполнения прекардиальной ваготомии (ППВ) в сочетании с эзофагофундопликацией выполнена у 86 пациентов (89.6%). Коррекция пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) выполнялась: путём диафрагмокрурорафии (ДКР) у 12(8.6%), аллопластики у 18(18.8%) с использованием сетчатого импланта. Во 2 группе ЭФП выполнена в сочетании с ППВ у 123(88.5%), открытая операция Ниссена в классическом варианте у 4(2.9%), по Черноусову 7(5%). ДКР у 41(42.7%), аллопластика ПОД у 30(21.6%) больных. Послеоперационные осложнения в 1 группе возникли у 8 (8,3%): повреждение селезёнки 1, параэзофагеальный абсцесс 1, дисфагия возникла у 6. Во 2-й группе осложнения возникли у 14 больных (10%): дисфагия была у 9 больных, повреждение селезёнки 3, острый панкреатит 1. У 1 больной было ущемление и некроз дна желудка, закончившиеся летальным исходом (0,4%). В отдалённые сроки от года до 10 лет обследовано 161 (70.9%) больной. Хорошие и отличные результаты получены у 58 пациентов первой группы (85.3%), удовлетворительные у 7(10.2%), неудовлетворительные у 3(4.4%). Во второй группе хорошие и отличные у 80(86.0%), удовлетворительные у 8(8.6%), неудовлетворительные у 5(5.4%) больных. Таким образом, в ближайшем послеоперационном периоде у больных 2 группы развилось большее количество осложнений связанных с повреждением селезёнки, некрозом дна желудка в результате его ущемления после аллопластики грыжи ПОД. В отдалённые сроки неудовлетворительные результаты обусловлены дислокацией, «соскальзыванием» фундопликационной манжеты и развитием рецидива рефлюкс-эзофагита у 3 больных, что потребовало рефундопликации. Во второй группе после аллопластики пищеводного отверстия диафрагмы развилась грубая рубцовая деформации пищеводно-желудочного перехода (ПЖП), стойкий болевой синдром у 3 больных, с развитием эрозивно-язвенного эзофагита и стенозом абдоминального отдела пищевода у 1. Повторные операции: рефундопликация с аллопластикой ПОД выполнена у 3(1.3%); удаление сетчатого импланта, реконструкция кардии с удлинением пищевода по Черноусову у 3(1.3%); пилоропластика по Финнею 1(0.4%), проксимальная резекция желудка и абдоминального отдела пищевода 1(0.4%). Обсуждение: Применение ЭФП в сочетании с ППВ в отдалённые сроки позволило у большинства пациентов получить хорошие и отличные результаты. Стремление удержать фундопликационную манжету в брюшной полости с

использованием циркулярной аллопластики часто приводит к стойкому болевому синдрому и потребовало удаления сетчатого импланта у 2 больных или рассечения сетки у 1. Выводы: У большинства больных оперированных по поводу ГПОД достигнуты хорошие и отличные результаты. Причины неудовлетворительных исходов в ранние сроки явилась гиперкоррекция кардии и повреждение селезёнки преимущественно при открытых операциях. Использование аллопластики в отдалённые сроки может приводить к стойкому болевому синдрому и грубой деформации ПЖП и укорочению пищевода. При повторных операциях на кардии у больных с коротким пищеводом показана реконструкция кардии с удлинением пищевода по Черноусову А.Ф.

1336. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В КОЛООНКОПРОКТОЛОГИИ

*Скобло М.Л.(2), Каминский М.Ю.(1),
Лебедева Е.А.(1) Ефросинина И.В.(2),
Касьянов Е.В.(2) Егоров В.В.(2)*

Ростов на Дону

1.ФГБОУ ВПО « РостГМУ» 2.МБУЗ
«Городская больница №6», Городской центр
колопроктологии

Цель: Проанализировать применение парентерального (ПП) и энтерального питания (ЭП) у больных находящихся в отделении анестезиологии-реанимации после выполнения операций по поводу колоректального рака.

Материалы и методы: Изучено применение парентерального (ПП) и энтерального питания (ЭП) у 389 больных находящихся в отделении анестезиологии-реанимации после выполнения операций по поводу колоректального рака, реконструктивно-восстановительных операций на толстом кишечнике. Исходное состояние белкового обмена, иммунного статуса, характеризовалось у больных гипопротенемией, уменьшением альбумино-глобулинового коэффициента на 27-29,5% (р



**1337. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГАСТРОСТАЗА
У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ**

Косенко П.М.

Хабаровск

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный
медицинский университет» Минздрава РФ

**1338. НАУЧНАЯ ШКОЛА ХИРУРГИИ
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПЕТРА
АЛЕКСАНДРОВИЧА ГЕРЦЕНА**

*Балалыкин Д.А. (1), Богопольский П.М. (2),
Кабанова С.А. (3)*

Москва

- 1) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
- 2) РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского,
- 3) НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Резюме. Введение. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза (ПДС) сопровождается развитием послеоперационного функционального гастростаза в 40-65% случаев, при этом механизмы его развития остаются недостаточно изученными. Материалы методы. Обследовано 43 пациента с язвенным ПДС. Всем больным была выполнена дуоденопластика в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СВП). Оценка моторной функции желудка проводилась методом периферической электрогастроэнтерографии (ПЭГЭГ). Результаты. На основании анализа дооперационных показателей ПЭГЭГ все больные были разделены на пациентов с компенсированной и декомпенсированной моторикой желудка, при этом выделены 3 степени декомпенсации моторики желудка. У пациентов с компенсированной моторикой в послеоперационном периоде имело место статистически значимое снижение показателей электрической (Pi) и перистальтической (Критм) активности желудка после пищевой стимуляции, что по-нашему мнению было обусловлено его денервацией при СПВ. В этой группе больных после операции отмечалась ускоренная эвакуация из желудка, отсутствовали признаки послеоперационного гастростаза, уже через 6-8 суток после операции отмечалась нормализация размеров желудка. У пациентов с исходно декомпенсированной моторикой в послеоперационном периоде гастростаз диагностирован в 23 (53,4%) случаях. Гастростаз легкой степени был выявлен у 13 (30,2%) больных, средней степени тяжести - у 9 (20,9%) пациентов и тяжелый гастростаз наблюдался у 3 (6,9%) больных. Выявлена сильная (V Крамера =0.633) статистически значимая (p

П.А. Герцен окончил в 1896 г. Лозаннский университет и поступил в клинику Цезаря Ру, одновременно занимаясь в физиологической лаборатории своего отца А.А. Герцена. В 1897 г. он защитил докторскую диссертацию и вскоре переехал в Россию. С 1898 г. П.А. Герцен работал в московской Старо-Екатерининской больнице под руководством И.Д. Сарычева и С.П. Галицкого. Здесь в 1907 г. П.А. Герцен впервые в мире успешно выполнил тотальную эзофагопластику тонкой кишкой по видоизмененному способу Ру. В 1922 г. П.А. Герцен стал директором Института для лечения опухолей, а в 1934 г. – заведующим кафедрой госпитальной хирургии 1-го ММИ. Разрабатывая проблемы хирургии пищевода и желудка, П.А. Герцен изучал возможность выполнения радикальных операций при раке этих органов. Также П.А. Герцен занимался доброкачественными заболеваниями пищевода и желудка, накопив опыт оперативного лечения кардиоспазма. Одним из крупных его достижений стала разработка в 1933 г. нового способа эзофагопластики широкой изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка. Из учеников П.А. Герцена наибольший вклад в развитие данного направления сделал Б.В. Петровский. В 1946 г. он первым в СССР успешно сделал гастрэктомию и резекцию нижней трети пищевода из левосторонней торакотомии с высоким эзофагоэуноанастомозом в плевральной полости. Свой опыт Б.В. Петровский изложил в монографии «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии», удостоенной в 1950 г. премии АМН СССР им. Н.Н. Бурденко. В 1952 г. эта книга была представлена к Сталинской премии, но тогда премия уже не присуждалась. В 1956 г. Б.В. Петровский стал заведовать кафедрой госпитальной хирургии 1-го ММИ (кафедрой своего учителя П.А. Герцена), где стал разрабатывать актуальные проблемы грудной и брюшной хирургии. Внимание Б.В. Петровского привлекли нейромышечные заболевания пищевода, которым посвятили свои исследования его ученики О.Д. Федорова и Т.А. Суворова. Отметив ряд недостатков распространенной за рубежом эзофагокарди-



омиотомии по Геллеру, Б.В. Петровский обосновал более физиологический подход к оперативному лечению кардиоспазма. С 1956 г. он первым в мире начал при кардиоспазме выполнять трансторакальную пластику кардии лоскутом диафрагмы на ножке. Но в отдаленном периоде после этой операции часто развивались рецидивы дисфагии, поэтому в 70-х гг. ученики Б.В. Петровского Э.Н. Ванцян и А.Ф. Черноусов стали наиболее широко применять пневматическую кардиодилатацию под контролем рентгеновского экрана, в том числе и у больных, перенесших неудачные кардиопластические операции. В 1983 г. А.Ф. Черноусов разработал новую физиологичную операцию – эзофагокардиомиотомию с неполной фундопликацией, устраняющую дисфагию и препятствующую желудочно-пищеводному рефлюксу. Но эта операция теряла свою эффективность при IV стадии кардиоспазма, когда пищевод превращается в атоничный мешок. В 80-х гг. А.Ф. Черноусов всесторонне обосновал и разработал экстирпацию пищевода абдомино-цервикальным доступом с заднемедиастинальной эзофагопластикой желудочной трубкой и анастомозом на шее. Подобную операцию он стал с успехом применять и при кардиоспазме IV стадии. В 70–90-х гг. исследования школы Б.В. Петровского были посвящены радикальным операциям при раке пищевода и желудка, хирургической тактике при сочетанных рубцовых поражениях глотки, пищевода и желудка, лечению кардиоспазма и рефлюкс-эзофагита, заболеваний оперированного и искусственного пищевода, повторной эзофагопластике. Крупным достижением стала разработка и внедрение лазерных сшивающих аппаратов для хирургии пищевода и желудка. В 90-х гг. А.Ф. Черноусов инициировал исследования по одномоментной эзофагопластике патологически измененным или оперированным желудком. Комплекс этих проблем сейчас продолжают разрабатывать А.Ф. Черноусов и его ученики, последователи научной хирургической школы П.А. Герцена. В последние годы внедряются видеоторако- и лапароскопические операции на пищеводе и желудке, позволяющие при минимальной травматичности получить максимальный лечебный эффект.

1339. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ГИПЕР-РЕАЛИСТИЧНОЕ СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПЕРСПЕКТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ?

Энтони Дж. Лапорта

Паркер, Колорадо, США
Университет Роки Виста

Введение. Существует необходимость формулирования объективного показателя качества симуляционного обучения, в первую очередь, показателя качества медицинской помощи, оказываемой в критической ситуации и с высоким уровнем риска. Гипотеза о том, что гипер-реалистичное симуляционное обучение позволяет объективно оценить гормональный и кардиотонический человеческие факторы является основанием для проведения настоящего исследования. Для проверки этой гипотезы мы создали искусственную среду, имитирующую реальность настолько точно, насколько это возможно.

Методы. Гормоны слюнных желез и неинвазивная микровариабельная электро-физиологическая активность сердца на 1/1000 доли секунды использовались для оценки 44 студентов во время гиперреалистичного тренинга. Уровень гормонов слюнных желез был измерен методами, описанными Гренджером. Микровариабельная активность измерялась непрерывно на 1/100 доли секунды при помощи технологии непрерывного измерения Firstbeat Body Guard, на протяжении 4 ½ дня, у 25 студентов. Также у 8 студентов был выполнен дистанционный анализ в режиме реального времени в интермиттирующем режиме.

Результаты. Исследователи не предполагали, что результаты, полученные во время первой стрессовой ситуации, будут различаться. Начальный курс, проведенный в первой группе, показал ожидаемое резкое увеличение уровня кортизола в результате стрессовой ситуации (Таблица 1). Вопреки ожиданиям, на следующий год первоначальная ответная реакция была предсказуемой, однако начальный уровень кортизола был снижен. Важным является тот факт, что комбинированные данные пиковой амилазы демонстрировали эффект привыкания, который усиливался с каждым днем тренинга, по сравнению с данными, полученными до начала тренинга (Таблица 2). Ежедневная P-величина составляла от P>0.002 до 0.004 на 2014 г. и 2015 г. Показатели гормонов слюнных желез были дезориентирующими, так как мы сравнивали различия между студентами, работающими в операционной комнате, и студентами в отделении неотложной помощи. Затем эти данные были со-



поставлены с микро-вариабельностью сердечного ритма.

Дискуссия. Многочисленные предыдущие публикации и презентации содержат данные об эффективности высокоинтенсивных гиперреалистичных учебных тренингов. Мы проводили обучение на разнообразных учебных площадках, в том числе в городском медицинском учебном заведении, джунглях, горах, на борту корабля, в крупной киностудии с голливудскими эффектами. Сейчас наше внимание направлено на выявление исключительно объективных физиологических показателей, позволяющих измерить эффективность проводимого обучения и определить момент, когда требуется его коррекция. Мы считаем, что эти показатели приближают нас к цели. Результаты, полученные в первый день тренинга и демонстрирующие различия в уровне кортизола, оказались полной неожиданностью для авторов исследования (Таблица 1), однако позже мы догадались, что студенты первой группы, участвовавшей в тренинге, рассказали о неожиданной ситуации, в которой они оказались, студентам второй группы. Таким образом, студенты первой группы испытали стресс от неожиданности, в то время, как студенты второй группы испытали уже ожидаемый стресс. Показатели уровня гормонов слюнных желез в середине недели оказались противоречивыми. Это связано с тем, что 50% студентов поменялись ролями с другими студентами в полдень, но, несмотря на это, уровень гормонов был измерен лишь один раз за день, без учета того факта, что студент мог перейти из операционной комнаты в отделение неотложной помощи, и наоборот. Однако, что касается микровариабельности сердечного ритма, четкие различия между студентами и группами студентов в операционной комнате и отделении неотложной помощи были выявлены и изучены (Таблица 3). Причины этих различий анализируются в настоящее время.

1340. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА АМИНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ КРОВИ

*Дударев И.В.(1), Скобло М.Л.(2),
Погосян А.А. (1,2) Ефросинина И.В.(2),
Лебедева Е.А.(1), Касьянов Е.В.(2)*

Ростов на Дону

1.ФГБОУ ВПО « РостГМУ»
2.МБУЗ «Городская больница №6»,
Городской центр колопроктологии

Цель исследование: определение изменениями в содержании отдельных аминокислот у больных с колоректальным раком при проведении комбинированной анестезии изофлюраном, медазоламом и эпидуральной анестезии. Материал и методы исследования: Был исследован спектр аминокислот и их производных в плазме крови у 32 больных с колоректальным раком II - IV стадии в возрасте от 46 до 79 лет (мужчин - 19, женщин - 13), оперированных в плановом порядке под комбинированной анестезией. Премедикация стандартная: в/м атропин в дозе 0,01 мг/кг промедол - 0,2 - 0,3 мг/кг., медазолам – 0,2-0,25 мг/кг. Производилась пункция эпидурального пространства на уровне Т9-Т11 с последующей установкой катетера. В эпидуральное пространство вводили 15-20 мл ропивакаина, Индукция осуществлялся в/в введением пропофола 40 мг/кг, после в/в введения 100 мг нимбекса осуществлялась интубация трахеи. ИВЛ проводили аппаратом Mindray WATO EX-65 в режиме умеренной гипервентиляции на фоне тотальной миорелаксации ардуаном. По ходу операции анестезию поддерживали с фракционным введением в эпидуральное пространство 0,5% р-ра наропина. Послеоперационное обезболивание у больных проводили введением в эпидуральное пространство инфузиоматом раствор 3 мг/мл со скоростью 6-14 мл/ч, что обеспечивает адекватную анальгезию. Кровь для исследования уровней аминокислот и их производных брали в гепаринизированные пробирки на следующих этапах: I - за сутки до операции, II - после премедикации, III - в наиболее травматичный момент операции, IV - после экстубации, V - первые сутки после операции, VI - вторые сутки после операции, VII - третьи сутки после операции. Плазму крови отделяли центрифугированием в течение 30 мин при 3000 об/мин не позднее чем через 10 мин после забора крови, после чего хранили в жидком азоте. Результаты и их обсуждение. Динамика измене-



ния концентраций аминокислот и их производных в плазме крови больных колоректальным раком под влиянием комбинированной анестезией с использованием изофлюрана, медозалама и эпидуральной анестезии и операционной травмы после премедикации были незначительными и статистически значимо не отличались от исходного уровня. В наиболее травматичный момент операции в плазме крови больных отмечено увеличение уровней цистеиновой кислоты и глутамина на 52,2% (p0,02) соответственно. После окончания операции и экстубации у больных происходило увеличение концентраций цистеиновой кислоты, глутамата, глутамина, цистина и лейцина соответственно на 65,7% (p>0,001), 41,6% (p0,02), 16,6% (p0,01) и 16,3% (p0,01). На вторые сутки после операции у больных отмечено увеличение уровня цистеиновой кислоты на 59,3% (p0,01), 15,6% (p

1341. ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА САНАЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Суздальцев И.В., Боташева В.С., Демьянова В.Н.,
Печёнкин Е.В., Бондаренко А.Г., Пустий С.А.*

Ставрополь

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный
медицинский университет», кафедра
факультетской хирургии

Цель исследования. Исследование патоморфологических изменений в органах брюшной полости (селезенка, печень, кишечник) и летальности животных в зависимости от способа санации в условиях экспериментального перитонита. Материалы и методы. Исследование проводилось на крысах-самцах линии Wistar массой 250-300г. Всем животным выполняли моделирование разлитого перитонита по методу Блинкова Ю.Ю. с соавт. (2004). Животные были разделены на группы: I группа (9 крыс) – моделировался перитонит по вышеуказанной методике. Животные лечения не получали. II группа (9 крыс) - санация брюшной полости при экспериментальном перитоните осуществлялась 0,05% водным раствором хлоргексидина. III группа (9 крыс) - санация брюшной полости при экспериментальном перитоните осуществлялась инфузией экзогенного монооксида азота (время воздействия 0,6 сек на 1 см² площади брюшины крыс). Программные релапаротомии с санациями брюшной полости выполняли на 2, 4, 8, сутки. Эк-

зогенный монооксид азота получали при помощи аппарата «Плазон», который позволяет генерировать газовый поток с постоянной концентрацией монооксида азота (NO) при температуре +38-40° С. Результаты исследований. В I группе летальность составила 100%. При экспериментальном перитоните в селезенке наблюдается отек, полнокровие красной пульпы, гиперплазия лимфатических фолликулов с наличием крупных центров размножения. В печени выявлены сосудистые нарушения, дистрофические изменения гепатоцитов и воспалительные инфильтраты с развитием межуточного гепатита и фибринозно-гнояного перигепатита. В кишечнике отмечается диффузный отек всех слоев, полнокровие сосудов, стазы, дистрофические изменения и некроз мезотелиоцитов, десквамация их, воспалительная инфильтрация подлежащей соединительной ткани с развитием острого энтерита и фибринозно-гнояного периэнтерита. В II группе летальность животных составила 60%. В селезенки окончательное купирование сосудистых нарушений происходит на 8-е сутки, уменьшается воспалительная инфильтрация и начинается фрагментация и отслоение пленки. В печени происходит постепенная нормализация воспалительной реакции: полное исчезновение отека и купирование сосудистых нарушений наблюдается на 8-е сутки. В эти же сроки фибринозная пленка разрушается, отслаивается от капсулы. Впервые в эти сроки наблюдается размножение мезотелиальных клеток, пролиферация фибробластов и частичное восстановление серозного покрова кишечника. У выживших крыс полное выздоровление происходит на 28-е сутки - наблюдается частичное очищение поверхности серозной оболочки, полное купирование сосудистых нарушений, исчезновение отека, появление признаков регенерации в виде пролиферации фибробластов и мезотелиоцитов. В III группе летальность составила 22%. Через 28 суток в селезенке полностью нормализуется гистологическая структура. Лимфатические фолликулы нормального строения, полностью купированы отек, сосудистые нарушения, воспалительная инфильтрация, восстановлена целостность мезотелиального покрова. В участках выраженной деструкции капсулы селезенки наблюдается образование грануляционной ткани разной степени зрелости и формирование внутрибрюшинных спаек. По сравнению со II группой воздействие монооксидом азота при экспериментальном перитоните приводит к быстрому очищению капсулы печени от фибринозных наложений, восстановлению мезотелиального покрова, купированию отека, сосудистых нарушений и воспалительной реакции в паренхиме печени. В кишечнике происходит более быстрое купирование экссудативных процессов, уменьшение и полное



исчезновение отека, нормализация сосудистых нарушений, снижение интенсивности и полное исчезновение воспалительной инфильтрации, распад и отторжение фибринозной пленки, формирование юной грануляционной ткани, регенерация мезотелиоцитов и полное восстановление мезотелиального покрова. Выводы. Применение монооксид азота-содержащего газового потока в санации экспериментального перитонита уменьшает интенсивность отека, сосудистых нарушений, усиливает репаративные процессы, что ведет к стиханию воспалительного процесса в брюшной полости на 4 суток раньше по сравнению с применением антисептиков (0,05% раствор хлоргексидина), а также снижает летальность среди экспериментальных животных в 2,7 раза.

1342. ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ РИСКОВ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АНГИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

*Корелин С.В. (1), Иванов С.Л. (1),
Кременевский О.М. (1), Бурлева Е.П. (2)*

Екатеринбург

НУЗ «Дорожная больница на станции
Свердловск-Пассажирский ОАО «РЖД» (1),
ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет» (2)

Оценка рисков венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) является важнейшим принципом ведения периоперационного периода у пациентов хирургической клиники. Целью исследования была сравнительная оценка шкал рисков ВТЭО, предложенных российскими согласительными документами, для определения их значимости в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Проведен анализ 60 историй болезни нестратифицированных пациентов, оперированных в плановом порядке в отделении сосудистой хирургии. Средний возраст пациентов = 60,4 года, мужчин было 51(85%), женщин – 9 (15%). Основная патология: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стадии ХАН II Б – IV по А.В.Покровскому) – 52 пациента (86,7%); тазовое венозное полнокровие – 5 (8,3%), посттромботическая болезнь с окклюзией наружной подвздошной вены – 3 человека (5%). Полостные операции выполнены в 9 (15%) случаях, неполостные - в 51 (85%). Число операций с продолжительностью менее 1 часа составило 7 (11,7%), более 1 часа - 53 (88,3%). В спектре сопутствующей па-

тологии закономерно преобладали болезни сердечно-сосудистой системы: ГБ 2 – 3 стадии – 35 (58,3%), ИБС – 6 (10%) (ОИМ в анамнезе – 4), ОНМК в анамнезе – 11 (18,3%). Хронические болезни ЖКТ выявлены у 9 пациентов (15%), СД 2 типа – у 3 (5%), варикозная болезнь – у 6 (10%), онкологические заболевания в анамнезе (в т.ч. с курсами химиотерапии) – у 3 (5%). Тромбозы глубоких вен и ВТЭО в анамнезе не зарегистрированы. Средний койко- день составил 10,5. Риск ВТЭО в историях болезни оценен по четырём шкалам: С.Samama – М.Samama (1999г.); J.Caprini (2005); J.Caprini (в модификации АССР) и по шкале, рекомендованной Российскими клиническими рекомендациями (2015). Статистическая обработка проведена программе Microsoft Excel. Результаты и обсуждение. По шкале С.Samama – М.Samama (1999г.) пациенты распределились следующим образом: низкий риск - 0, средний риск – всего 57 (95%) случаев, из которых на IIВ пришлось 55 (96,5%) и на IV – 2 (3,5%), высокий риск – 3 (5%) случая все с градацией IIС. По шкале J.Caprini (2005) распределение было следующим: 2 балла – 3 случая (5%), 3 балла – 13 (21,7%), 4 балла – 26 (43,3%), 5 баллов – 7 (11,7%), 6 баллов – 11 (18,3%). По J.Caprini (в модификации АССР): низкий риск – 3 пациента (5%), умеренный – 39 (65%), высокий – 18 (30%). По шкале, рекомендованной Российскими клиническими рекомендациями (2015) низкий риск был зарегистрирован у 3 пациентов (5%), средний - у 21 (35%), высокий - у 36 (60%). При сравнении результатов оценки рисков ВТЭО у пациентов сосудистого профиля, подвергшихся большому открытому (в т.ч. реконструктивным) операциям по данным шкалам выявлено следующее: 1.По шкале С.Samama – М.Samama (1999г.) подавляющее большинство пациентов (95%) имели средний риск при градации IIВ. В сравнении с результатами по другим шкалам эта шкала демонстрирует тенденцию к занижению риска и наименьшее разнообразие в распределении пациентов по рискам ВТЭО. 2.При сравнении результатов по шкалам J.Caprini (в модификации АССР) и шкале, рекомендованной Российскими клиническими рекомендациями (2015) выявилось, что по первой из них большинство пациентов (65%) отнесены к умеренному риску, а по второй самая большая группа пациентов (60%) отнесена к высокому риску. Распределение групп риска по данным двум шкалам представляется более разнообразным и объективным, однако шкала, рекомендованная Российскими клиническими рекомендациями, имеет тенденцию к завышению риска за счёт строгого учёта возраста. Заключение. Распределение результатов по шкалам J.Caprini (2005) и J.Caprini (в модификации АССР) представляется наиболее объективным для сосудистого хирургического стационара.



1343. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Вахеева Ю.М., Шмелева О.М.,
Соловьев А.Ю., Гусев А.В.*

Иваново

ИвГМА

Актуальность: острая кишечная непроходимость (ОКН) является одним из наиболее грозных патологических состояний в абдоминальной хирургии, отличающихся своим тяжелым клиническим течением. При этом возникают трудности, как в диагностике, так и в лечении этого заболевания. В процессе оперативного вмешательства по устранению явлений ОКН одной из основных задач является оценка жизнеспособности кишки. Уровень резекции определяется визуально по изменению цвета и перистальтики кишки (метод Керте), любые сомнения в жизнеспособности органа решаются в пользу резекции. На практике применяется методика обширной резекции, когда с проксимального конца удаляют 30-40см, а с дистального 15-20 см кишки. При этом необоснованное удаление жизнеспособной части кишки может стать причиной энтеральной недостаточности, а оставление некротически измененной ткани приведет к перитониту. Поэтому, мы считаем, что для определения границ резекции должны применяться дополнительные объективные методы исследования. Таким требованиям отвечает интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ). Цель: улучшение результатов оперативного лечения больных с острой кишечной непроходимостью путем применения интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ). Материалы и методы: в основу исследования положена сравнительная характеристика результатов лечения 27 пациентов с острой кишечной непроходимостью, проходивших лечение в ОБУЗ ГКБ №7 г. Иваново. Среди них было 16 (59,3%) женщин и 11 (40,7%) мужчин в возрасте от 49 до 87 лет (средний возраст $78,6 \pm 9,4$ года). Все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу включены 12 пациентов, в диагностике и лечении которых применялось ИОУЗИ. Контрольная группа состояла из 15 человек, оказание помощи которым проводилось без использования ИОУЗИ. По основным критериям достоверных различий между группами пациентов не было. По методике С.А. Аффендулова и Б.В. Цхай интраоперационно определялось расположение краевой артерии

исследуемого сегмента кишки и явно жизнеспособного сегмента. В проекции краевого сосуда на брыжейку укладывался стерильный резервуар из эластического латекса, заполненный жидкостью, после чего выполнялась интраоперационная ультразвуковая доплерография сосудов. Оценка жизнеспособности исследуемого сегмента кишки проводили путем сравнения характеристик кровотока питающей его краевой артерии по сравнению с жизнеспособным сегментом. В последующем все резецированные фрагменты были направлены на патогистологические исследования. Результаты: в контрольной группе у всех больных граница резекции определялась по общепринятой в клинике методике (30-40 см с проксимального конца и 15-20 см дистального конца). Осложнения: в одном случае развилась динамическая кишечная непроходимость. При этом летальность составила 3 человека (20%), что определялось тяжелым преморбидным фоном. В основной группе с применением ИОУЗИ отмечена тенденция к уменьшению зоны резекции до 19 ± 8 см с приводящего конца и 10 ± 5 см с отводящего. Следует отметить, что в послеоперационном периоде несостоятельности кишечных анастомозов выявлено не было. Выводы: таким образом, можно заключить, что применение ИОУЗИ с использованием высокочастотного датчика и доплеровских режимов, как метода интраоперационной ассистенции при определении жизнеспособности кишки, позволяет обеспечить оптимально возможный выбор уровня резекции. Использование ИОУЗИ способствует минимизации хирургической травмы, снижению количества послеоперационных осложнений.

1344. РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Савельев В.М.(1), Грыженко С.В.(1),
Лисина Е.Г.(1), Наумов И.А.(1,2),
Авдовенко А.Л.(1,2)*

Новомосковск

- 1) ГУЗ "Новомосковская городская
клиническая больница"
- 2) ФГБОУ ВО РязГМУ

Актуальность. В настоящее время общепризнанна роль эндоскопии при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК) на диагностическом этапе, однако вопросы адекватного и надежного эндоскопического гемостаза (ЭГ) требуют дальнейшего изучения. Цель исследования - изуче-



ние эффективности ЭГ при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Материалы и методы. Проведен анализ 430 первичных и динамических эзофагогастродуоденоскопий, выполненных у 260 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Источники кровотечений: язва луковицы 12 –ти перстной кишки- 128(49,3 %); язва желудка-121(46,5%); язва анастомоза- 11(4,2 %). Применялись следующие методы эндоскопического гемостаза (ЭГ): инъекционно-инфильтрационный(ИИГ); механический(клипирование); диатермический; аргоно-плазменная коагуляция(АПК); комбинирование этих методов. Результаты. При анализе 121 кровотечений из язвы желудка выявлены следующие группы первичных кровотечений. Продолжающееся кровотечение: 20 (16,5%) больных: Кровотечение F-I а -3(2,4%) больных. Для эндоскопического гемостаза применены следующие методы: клипирование-1; ИИГ-1; ИИГ+АПК-1. Рецидива кровотечения нет. Кровотечение F-Ib -17(14,1%) больных. Учитывая, что при данном виде кровотечения происходит диффузное подтекание крови, без четко дифференцируемого источника (сосуда) нами во всех случаях применен инъекционно-инфильтрационный гемостаз (ИИГ), как изолированно, так и в комбинации: ИИГ-12; ИИГ+клипирование-3;ИИГ+АПК-2.Рецидив кровотечения (F-Ib) отмечен в 2(1,6%) случаях, после проведения инъекционно-инфильтрационного гемостаза. Лечение: комбинированный гемостаз- ИИГ+АПК. Состоявшееся кровотечение-101(83,5%): F-IIa отмечен в 3(2,4%) случаях. Эндоскопический гемостаз: ИИГ-1; ИИГ+электрокоагуляция-1; клипирование+ИИГ- 1. Рецидива нет. F-IIb отмечен в 55(45,5%) случаях. При первичном гемостазе применяли: ИИГ-49;ИИГ+АПК-4;АПК-2. Рецидив кровотечения в данной группе отмечен в 5(4,1%) случаях: 2- F-I а; 3- F-I b (после применения ИИГ-4 и ИИГ+АПК-1). Оперировано:3 больных. При динамических ЭГДС, после продолжающегося кровотечения, и в случаях когда кровотечение F-IIb было первичным -применяли комбинированный метод: ИИГ+АПК. Кровотечение по F-IIc выявлено в 43(35,6%) случаях. Рецидив в 4(3,3%) случаях(профилактический гемостаз не проводился).Оперировано-1(F-Ia),ЭГ-3. При анализе 128 первичных кровотечений из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки отмечены следующие группы кровотечений: продолжающееся кровотечение- F-Ib: 30(23,4%) больных. В 26(86%) случаях для первичного эндоскопического гемостаза применен ИИГ; АПК-2;АПК+ИИГ-1; клипирование+ИИГ-1. Рецидив отмечен в 2 случаях (F-I а). Оперирован 1 больной, ЭГ-1 (АПК+ИИГ). Состоявшееся кровотечение- 98(76,5%)больных.F-IIa в 1(0,8%) случае. Применен первичный ИГ:АПК+ИИГ. Рецидива нет.F-IIb отмечен в 55(42,9%)

случаях. Применяли инъекционно-инфильтрационный гемостаз-51(92,7%);АПК-2;АПК+ИИГ-2, Рецидив кровотечения отмечен в данной группе у 8 больных: F-Ia и 7:F- I b. Этапный эндоскопический гемостаз выполнен 4 больным; оперировано-4 больных. Кровотечение F-II с при первичной ЭГДС выявлено в 42(32,8%)случаях. Рецидив кровотечения- 1(профилактический гемостаз не проводился). Лечение- эндоскопический комбинированный гемостаз.В 11 случаях источником кровотечения явились язвы анастомоза: F-Ib– 3; For-IIb-8. Лечение: инъекционно-инфильтрационный гемостаз Рецидивов нет. Причины рецидивов: большой размер язв; сложность эндоскопического доступа к язве; не проведение ЭГ на стадии состоявшегося кровотечения F-IIb при динамических ЭГДС и F-IIc при первичных и динамических ЭГДС. Выводы и рекомендации: применение эндоскопического гемостаза (первичный, профилактический) в комплексном лечении больных с ЯГДК позволяет снизить риск развития рецидива кровотечения: при язве желудка до 9,1%, при язве ЛДПК до 8,6%. Профилактический эндоскопический гемостаз необходимо проводить при всех формах состоявшегося ЯГДК, как при первичных, так и при динамических ЭГДС.

1345. ХИРУРГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Уткина А.Б., Чайка А.В.

Москва

МНИОИ им. П.А. Герцена

Введение: В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак желудка (РЖ) занимает 4 место и составляет 6,7%. Выбор лечебной тактики у пациентов раком желудка возрастной группы занимает ключевую позицию. И связано это прежде всего с наличием сопутствующей патологии, которая является риском развития интра- и послеоперационных осложнений. В исследуемой группе в плане предоперационной оценки мы использовали два функциональных критерия анестезиологического ASA и соматического статусов ECOG. А с целью минимизации развития осложнений в послеоперационном периоде, предпочтение отдавали так называемым «экономным» резекциям желудка. Цель исследования: предоперационная оценка функциональных резервов с последующим формированием критериев включения больных, подходящих на этап хирургического лечения. Материалы и мето-



ды: С 2009 по 2015гг. ретроспективно проанализированы непосредственные результаты 84 больных старше 75 лет. Мужчин было 36, женщин – 48. Возраст больных варьировал от 75 до 85 лет. Средний возраст составил 78,7 лет. Морфологическая структура опухоли по Lauren -диффузный тип 46 больных (54,8 %), кишечный тип 34 больных (40,5%), смешанный тип 2 (2,4%). Большинству больным (69- 82%) операция выполнена из срединного доступа: гастрэктомия (ГЭ) – 25 (36%), дистальная субтотальная резекция желудка (ДСРЖ) -36 (52%), проксимальная субтотальная резекция желудка (ПСРЖ) -8 (12%). У 15 больных (18%) в связи с распространением опухоли на пищевод необходимо было применить комбинированный (торако-лапоратомный) хирургический доступ. Путем комбинированного доступа выполнены 4 (26,6) ГЭ и 11 (73,3%) ПСРЖ с резекцией дистального отдела пищевода. Из сопутствующей патологии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы -62, заболевания желудочно-кишечного тракта - 8, эндокринной системы - 5, дыхательной системы - 6, системные заболевания соединительной ткани -4, мочевыделительной системы –4. Результаты: В рамках периоперационной оценки функционального статуса у 24 больных (28,6%) был зафиксирован низкий операционный –анестезиологический риск ASA I-II с компенсированным системным заболеванием, у 59 больных (70,2%) с серьезным системным заболеванием ASA III-IV, ASA V у 1 (1,2%) больных с крайне высоким риском приводящими к летальному исходу. По представленным данным оценки общего состояния больных онкологического профиля по шкале больных ECOG в у 77 (92%) составила 0-2 балла и лишь у 7 (8%) ECOG составил 3-4 балла. Летальность в послеоперационном периоде зарегистрирована у 4 пациентов (4,8%). У 3 пациентов основной причиной явилась острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, у одного больного на фоне аррозивного внутрибрюшного кровотечения развилась асистолия с последующей сердечно-легочной недостаточностью. Выводы: Используемый алгоритм периоперационной подготовки пожилых пациентов раком желудка дает не только качественную оценку факторов риска, но и позволяет выполнить ее коррекцию что в свою очередь, позволит значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений и возможную летальность.

1346. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ, ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ И УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ

*Шимко В.В.(1), Решетникова Л.К.(1),
Несповитая М.Г.(2), Штабной В.И.(2)*

Благовещенск

1) ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России. 2) Городская клиническая больница.

В развитии и прогрессировании острого панкреатита многие исследователи важную роль отводят иммунным нарушениям. Иммунная система является чувствительным индикатором, выявляющим изменения в различных органах под влиянием внешних и внутренних стрессорных или других патологических воздействий. В настоящее время иммунные изменения, обнаруживаемые при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, рассматривают как фактор, во многом определяющий течение заболевания, способствующий поддержанию воспалительного процесса и снижения эффективности репаративных процессов. Для обоснования целесообразности применения ВЛОК, УФОК, ГБО в лечении острого панкреатита нами было обследовано 112 пациентов с острым панкреатитом в возрасте от 25 до 74 лет, 38 мужчин и 74 женщины. Диагностический алгоритм включал в себя: клинический осмотр, лабораторные методы исследования: определение уровня панкреатических ферментов (амилазы) в крови и моче, оценка степени эндогенной интоксикации, определение интенсивности общего воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ, уровень белков общей фазы), проведение биохимического анализа крови (глюкоза, билирубин, креатинин, АСАТ, АЛАТ, общий белок, мочевины), а так же ультразвукового метода исследования органов брюшной полости. Все пациенты были разделены на две группы: основную составили 75 человек и контрольную 37 пациентов. В основу деления был положен принцип разного терапевтического подхода. 37 больных контрольной группы получали традиционную терапию. 75 больных были разделены на три подгруппы: 1 подгруппа- 42 пациента наряду с традиционной терапией получали сеансы ВЛОК; 2 подгруппа - 18 больных - ВЛОК и ГБО; 3 подгруппа - 15 больных ВЛОК и УФОК. Для оценки эффекта от воздействия на больных острым панкреатитом ВЛОК, ГБО, УФОК использовалась методика определения эндогенной интоксикации, а именно молекул средней массы, малонового ди-



альдегида, иммунного статуса. Как указывалось ранее все пациенты основной группы помимо традиционной посиндромной терапии, которая включала в себя борьбу с болевым синдромом, купирование рвоты, кишечного пареза, ликвидацию протоковой гипертензии, коррекцию водно-электронных расстройств, проведение инфузионной терапии, депрессию внешнесекреторной активности поджелудочной железы, дезинтоксикационные мероприятия, антибактериальную терапию, получали лечение с использованием ВЛОК, ГБО, УФОК. ВЛОК проводился на аппарате ЛА-2, производства объединения «ДальЮС» (г. Владивосток) с использованием гелий-неонового лазера (длина волны 632,8 нм), мощностью излучения на выходе световода 4-6 мВт. Больным проводилось 8-10 сеансов, продолжительностью 15 ± 2 мин. ГБО проводилась в барокамерах «Енисей-3», «Ока-МТ», при давлении 0,6-2 атм. Через 2-3 часа выполняли ВЛОК, продолжительностью процедуры в среднем 25 минут. УФОК осуществлялось аппаратом МД-73 «Изольда» производства Государственного оптического института им. С.И.Вавилова. Объем облученной крови – 1-2 мл на 1 кг массы тела. Курс лечения состоял из 3-5 процедур (1 раз в два дня). Эффективность проводимой терапии оценивалась путем клинического наблюдения и верифицировалась методами визуализации и лабораторного контроля уровня эндогенной интоксикации и иммунного статуса. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: 1. На третьи сутки отмечалось уменьшение клинических проявлений острого панкреатита (особенно болевого синдрома), когда у больных контрольной группы такой же результат наблюдался в среднем на 7-8-е сутки. 2. При УЗИ поджелудочной железы больных основной группы наблюдалась более ранняя, чем в контрольной, нормализация размеров органа и эхоплотности паренхимы. 3. Повышение антиоксидантных свойств организма при применении ВЛОК, УФОК, ГБО. 4. Снижение уровня эндогенной интоксикации, что проявлялось быстрой нормализацией уровня малонового диальдегида. 5. В отношении других показателей биохимического анализа крови в основной группе в среднем на 7-е сутки отмечалась практически полная нормализация показателей креатинина, мочевины, амилазы и общего билирубина. 6. Исследования иммунного статуса при всех формах панкреатита свидетельствует о высоком уровне концентрации иммуноглобулинов, который после сеансов лазерной терапии имеет тенденцию к снижению. ЗАКЛЮЧЕНИЕ Таким образом, использование ВЛОК, УФОК, ГБО не только повышает эффективность проводимой традиционной терапии, но и позволяет в кратчайшие сроки достигнуть наилучших результатов клинико-лабораторных данных, что улучшает течение и прогноз одного из

тяжелейших заболеваний органов брюшной полости - острого панкреатита. Помимо этого предлагаемые методы терапии просты, доступны и хорошо переносятся больными.

1347. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИСХОДЯЩЕЙ ТОЛСТОЙ, СИГМОВИДНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

*Дмитриченко В.В. (1), Данилин В.Н. (1),
Погосян Г.Н. (1,2), Непомнящая С.Л. (1,2),
Борта К.Е. (2)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ "СПМЦ" Минздрава России
- 2) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова"

Актуальность. Заболевания дистальных отделов толстой кишки занимают одно из первых мест по частоте встречаемости, уступая лишь сердечно-сосудистым катастрофам, травмам и хроническим гастритам. Несмотря на бурное технологическое развитие оперативные вмешательства в этой области до сих пор остаются весьма травматичными, требующими длительной адаптации в послеоперационном периоде. Послеоперационные осложнения не всегда возникают по причине дефектов работы хирурга, как в последнее время предпочитают считать СМИ, но и из-за травматичности проведения оперативных вмешательств, особенностей кровоснабжения оперируемого органа, несоблюдения режима больными, обменных нарушений, латентно протекающих хронических заболеваний. Целью настоящего исследования явилось изучение итогов лапароскопических вмешательств на дистальных отделах толстой кишки. Материалы и методы. В основу работы лег анализ исходов лапароскопических вмешательств на дистальных отделах толстой кишки, проведенных в ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России в 2014-2016 гг. Всего было прооперировано 36 больных в возрасте от 29 до 84 лет, из них 28 пациентов по поводу раковых опухолей (77,7%), 5 пациентов (13,9%) – дивертикулеза сигмовидной и нисходящей ободочной кишки, 1 пациент (2,8%) – по поводу долихомегаколон, 1 (2,8%) – по поводу инвагинационной кишечной непроходимости и 1 (2,8%) – по поводу постлучевого сигмоидита, вызвавшего острую кишечную непроходимость (лучевая терапия проводилась пациенту с множественными



1348. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ПОЧКИ

Осумбеков Б.З., Батиров Ж.Р., Осумбеков Р.Б., Тойтуков М.М.

Ош, Кыргызская Республика

Ошская межобластная объединенная
клиническая больница

метахромными опухолями мягких тканей подвздошной области и верхней доли левого легкого). Симультанные операции проводились у 3 пациентов: в 2 случаях была выполнена резекция почки открытым доступом по поводу почечно-клеточной карциномы, в 1 случае – экстирпация желудка по поводу перстневидно-клеточного рака тела желудка. Наиболее часто встречающимися сопутствующими патологиями являлись: хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит, желчнокаменная болезнь, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Результаты. Лапароскопическим доступом были выполнены: резекция прямой кишки в 7 случаях (19,4%), экстирпация прямой кишки в 4 случаях (11,2%), резекция сигмовидной кишки – в 18 случаях (50%), левосторонняя гемиколэктомия – в 7 случаях (19,4%). Подавляющее число пациентов – больные онкологического профиля. В 2 случаях (5,5%) операции проводились пациентам с отдаленными метастазами (у 1 пациента – метастаз в печень, у 1 пациентки – метастаз в маточную трубу и канцероматоз брюшины). Пациенты с дивертикулезом оперировались только в случаях резкого снижения качества жизни. За исследуемый период времени было выявлено 6 пациентов (16,7%) с осложнениями в раннем послеоперационном периоде: у 3 пациентов (8,3%) была диагностирована несостоятельность трансверзосигмоанастомоза (1 случай) и колоректального анастомоза (2 случая), у 1 пациента (2,8%) – ранняя спаечная кишечная непроходимость, у 1 пациента (2,8%) – разрыв слизистой оболочки анального канала, у 1 пациента (2,8%) – паракостомический абсцесс. Осложнения проявляли себя на 2-6 сутки после первичного оперативного вмешательства. В связи с этим были выполнены: операция Гартмана – 3 случая, ревизия брюшной полости – 2 случая и ушивание слизистой анального канала. Выписка пациентов без осложнений производилась на 7 ± 1 сутки, с осложнениями – в зависимости от дальнейшего течения послеоперационного периода, на 12 ± 1 сутки. За все время наблюдения летальных случаев зарегистрировано не было. Выводы. При лапароскопических вмешательствах на нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишке ранние послеоперационные осложнения наблюдались в 16,7% случаев (6 пациентов). Стоит отметить, что даже пациенты с развившимися послеоперационными осложнениями выписывались в довольно ранние сроки. Лапароскопический доступ является одним из перспективных в настоящее время, так как позволяет снизить риск развития смертельных осложнений в связи с его меньшей травматичностью, меньшей вероятностью инфицирования и меньшим воздействием на серозную оболочку кишки.

Актуальность. Эхинококковая болезнь почек встречается редко и в настоящее время открытые операции остаются основным методом лечения. В последние годы появились много работ, посвященные лечению непаразитарных кист почек видеолaparоскопическими методами, имеются единичные сообщения о применении данного метода при лечении эхинококковых кист. Целью работы является сообщение результата лечения видеолaparоскопическим методом эхинококковой кисты почки. Материал и методы. В настоящей работе приводится клинический пример применения видеолaparоскопической операции больного К.Б., 2003 года рождения, который находился на стационарном лечении в отделении урологии с диагнозом: эхинококковая киста правой почки с 27.08.16 года по 05.09.16 года. При УЗИ и КТ у больного в проекции верхнего полюса правой почки обнаружена киста с характерными признаками эхинококковой болезни размером 65мм, в других органах кист не обнаружено. После тщательного обследования (со стороны общих, биохимических анализов крови и мочи изменений нет) и соответствующей подготовки 01.09.16 года в положении больного на левом боку произведена видеолaparоскопия с ведением троакаров в типичных местах. Во время ревизии после мобилизации ободочной кишки обнаружена кистозное образование плотной капсулой в проекции в/полюса правой почки размером 6,5см. Произведена пункция кисты тонкой иглой, получена прозрачная жидкость около 80мл, после чего этой же иглой в полость введена 30мл 30% NaCl с экспозицией в полости до 5 минут. В последующем жидкость эвакуирована, рассечена фиброзная капсула, контейнером удалена хитиновая оболочка, полость 3-хкратно обработана 70 градусным раствором фурациллина с экспозицией до 5 минут 2-хкратно. Фиброзная капсула вне паренхимы почки иссечена, тщательный гемостаз. В полость подведена дренажная трубка. Длительность операции составляла 35 минут. Послеоперационное течение гладкое, дренажная трубка удалена на 3 сутки после контрольного УЗИ, где остаточная полость не определяется. Больной на 4 сутки после операции выписан домой в удовлет-



ворительном состоянии. При контрольных УЗИ через 1 и 3 месяца кистозных образований в правой почке не выявлено. Видеолапароскопическая операция произведена с использованием эндоскопической стойки «Карл Шторц» (Германия) с полным набором эндохирургических инструментов. С гермицидной целью в нашем наблюдении применяли 30% раствор хлорида натрия и 70° раствор фурациллина с экспозицией 5 минут. Выводы. Таким образом, при эхинококковой кисте почки применение видеолапароскопической операции показало эффективность данного метода с хорошими результатами.

1349. ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ (СТОПА ШАРКО)

Павлюченко С.В.(1,1), Жданов А.И.(1,1), Орлова И.В.(2,2), Глазунова И.В.(1,1)

Воронеж, 2) Санкт-Петербург

- 1) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко,
- 2) РНИИТО им. Р.Р. Вредена

Введение. Нейроостеоартропатия Шарко (диабетическая остеоартропатия, ДООП) является тяжелой прогрессирующей патологией, сопровождающейся разрушением суставно-связочного аппарата стопы, костной деструкцией, что приводит к невозможности опоры и ходьбы. У многих больных возникает необходимость ампутации из-за вторичных осложнений, связанных с хроническими язвами с последующим присоединением инфекции мягких тканей и остеомиелита [Frykberg R. G. and al., 2008]. Данные о распространенности этого осложнения среди больных СД в литературе разноречивы и варьируют в пределах от 0,1 до 55% [Ляпис, 2001; Jensen, 2003; Анифицеров, 2008]. Как правило, ДООП диагностируется у пациентов с длительностью течения СД более 15 лет и неудовлетворительным контролем заболевания. Манифестация заболевания часто захватывает суставы одной стопы. Однако в 5,9- 39,3% случаев встречаются билатеральные поражения [Jensen, 2003]. Цель. Разработать новый способ артродеза суставов стопы у пациентов с ДООП за счет компонента функциональности в среднем отделе стопы, способствующего сохранению опороспособности и улучшению качества жизни. Материалы и методы. На базе отделения гнойной хирургии БУЗ ВО ВОКБ №1 г. Воронеж с 2011 по 2016 гг. были прооперированы 18 пациентов по поводу вторичного хронического остеомиелита костей голени и стопы на

фоне ДООП. Возраст пациентов варьировал от 30 до 76 лет. В данной выборке мужчин - 5 пациентов (28%), женщин - 13 (72%). Все пациенты — инвалиды из-за поздних осложнений сахарного диабета, из них 5 пациентов с ХПН и необходимостью регулярного проведения диализа. У всех пациентов диагноз и тяжесть течения заболевания были подтверждены в ходе стандартного предоперационного обследования, включающего: рентгенографию, РКТ, МРТ, ЭНМГ-исследования, рентгенфистулографию, бактериологический анализ свищевого отделяемого, дуплексное исследование, при необходимости ангиографию сосудов нижних конечностей. Показаниями к оперативному лечению были отсутствие опороспособности нижней конечности, хроническая стадия заболевания, наличие коллапса костей стопы (деформация по типу стопы -качалки), деструкция суставных поверхностей голеностопного сустава на фоне остеомиелита, наличие секвестров и гнойных свищей. Основной целью лечения являлась ликвидация гнойно-некротического очага, сохранение с максимально-возможным сохранением костных структур и обязательным сохранением сухожильного аппарата стопы для сохранения ее функциональности за счет среднего отдела. Операция включала в себя радикальную хирургическую обработку остеомиелитического очага, некротомию и резекцию пораженных костей в области голеностопного и подтаранного суставов, адаптацию костных фрагментов с устранением коллапса скелета стопы, при необходимости - остеотомии в средней части стопы в области предплюсны и осуществлении монтажа КДА Илизарова, состоявшего из двух колец (диаметр подбирался индивидуально) и компонентов из полуколец на горизонтальных штангах на стопе. Оперативное вмешательство выполнялось по предложенному нами способу (патент на изобретение № 2604383 от 16.11. 2016 г.). Перед ушиванием операционных ран через контрапертуры проводились дренажные трубки, для выполнения приточно-отточного дренирования сроком до 3 суток. Послеоперационный период протекал спокойно. Мягкотканый компонент «стопы качалки» после оперативного устранения коллапса костных структур среднего отдела стопы исчезал в течение 5 суток, также контурировалась сводчатая структура стопы. Аппарат Илизарова в режиме стабилизации находился 15 дней. После купирования отека в области нижней трети голени и стопы аппарат переводился в режим компрессии в области артродеза со скоростью 1 мм в сутки до полного сопоставления резецированных поверхностей. Симультанно осуществлялось формирование хрящевого слоя в области остеотомии в средней части стопы с помощью динамических компонентов аппарата на



стопе «аккордеонным» методом Г.А. Илизарова, который обеспечивал впоследствии подвижность в среднем отделе стопы и частичному восстановлению функциональности сегмента. Разрешенная дозированная нагрузка на конечность в аппарате разрешалась на 15 сутки после операции, на компонент аппарата в виде «стремени», а уже с 30-х суток — полная нагрузка. Период формирования артородезов в суставах стопы составил от 5 до 7 месяцев. Опороспособность восстанавливалась через 8 месяцев после операции. Демонтаж аппарата осуществлялся амбулаторно при достоверных рентгенологических признаках состоявшихся артродезов. Результаты. Изучены ближайшие результаты лечения 16 пациентов. Срок наблюдения составил от 8 мес. до 1,5 лет. Положительный результат достигнут у 14 пациентов (87,5%). Основными критериями положительного результата являлись: отсутствие болевого синдрома, отсутствие рецидива остеомиелитического процесса, ходьба без дополнительных средств опоры, отсутствие повторных оперативных вмешательств. Неудовлетворительные результаты — у 2х пациентов (2,5%). Выводы. Использование предлагаемого способа позволило устранить гнойно-деструктивный очаг и возникшие на этом фоне деформации скелета стопы; восстановить опороспособность стопы, сохранить ее функциональность за счет создания пластического промежуточного хрящевого слоя в области остеотомии, снизить экономические затраты на лечение и улучшить качество жизни пациентов с ДОАП.

1350. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Осумбеков Б.З., Батиров Ж.Р., Осумбеков Р.Б., Чокотаев М.А.

Ош, Кыргызская Республика
Ошская межобластная объединенная
клиническая больница,
медицинский факультет ОшГУ

Актуальность. Несмотря на успехи эндовидеохирургии в лечении ЖКБ, многие авторы считают ранее перенесенные операции на верхних отделах брюшной полости противопоказанием к выполнению ЛХЭ. Это связано с техническими сложностями выполнения ЛХЭ у данной категории больных, что, в первую очередь, обусловлено «слепым» введением троакаров, высоким риском повреждения внутренних органов вследствие спаечного процесса. Выполнение же ранее оперированным

больным повторной лапаротомии усугубляет спаечный процесс брюшной полости и увеличивает вероятность развития послеоперационных грыж. Цель работы. Улучшение результатов применения лапароскопической холецистэктомии при лечении хронического и острого калькулезного холецистита у пациентов, ранее оперированных на органах брюшной полости. Материал и методы. В отделении хирургии №2 ОМОКБ с ноября 2009 года по апрель 2015 года выполнено 2810 ЛХЭ. Из них 421 больных ранее перенесли операции на органах брюшной полости. Возраст ранее оперированных больных колебался от 18 до 78 лет, но в основном встречались в возрасте от 31 до 60 лет. В числе ранее оперированных женщин было 339 больных, мужчин 52 больных. Ранее перенесенные операции были связаны со следующими патологиями: резекции желудка — 12, эхинококкэктомии из печени — 8, операции по поводу грыжи белой линии живота — 16, кесарево сечения — 67, операции на женских половых органах — 76, аппендэктомии срединно-срединным разрезом 72, в правой подвздошной области 118, травмы и ножевые ранения живота — 2. Из 421 больных 48 больным ранее было проведено 2 и более операции на органах брюшной полости: аппендицит и грыжа — 2, ушивание язвы желудка и внематочная беременность — 1, аппендэктомия и внематочная беременность — 13, внематочная беременность, аппендэктомия и ампутация матки — 6, ампутация матки и аппендэктомия — 9, операция кесарево сечение (8 раз), кистэктомия из яичников, грыжесечение и спаечная болезнь брюшной полости — 1, кесарево сечение и ампутация матки — 7, аппендэктомия и эхинококкэктомия из печени — 2, кишечная непроходимость и ампутация матки — 1, травма живота и аппендэктомия — 1, аппендэктомия, грыжесечение и нефрэктомия — 1, кесарево сечение и грыжесечение — 4.

Результаты и обсуждения. Комплекс обследований больных включал клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы обследования (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, УЗИ, ФГДС). При УЗИ тщательно обследовали больных на наличие спаечного процесса на передней брюшной стенке, отмечали участок с наименьшими спайками и на этом месте пунктировали иглой Вереща для наложения карбокси-перитонеума. У 4 больных применяли методику Хассона. В дальнейшем после введения троакара проводили тщательную ревизию. При лапароскопической ревизии у 88 (20.91%) больных выявлен послеоперационный спаечный процесс, что послужило показанием для адгезиолизиса. У остальных 333 (79.01%) больных адгезиолизис посчитали выполнять излишним в связи с тем, что спаечный процесс локализовался в малом тазу,



не был выраженным, не вызывал клинических жалоб у больных, не препятствовал выполнению ЛХЭ. Последующие манипуляционные троакары устанавливались под контролем лапароскопа в точках, свободных от спаечного процесса и адекватных для выполнения последующего оперативного вмешательства. В наших наблюдениях из 421 случая ранее оперированных больных во время лапароскопической холецистэктомии конверсия потребовалась у 2 больных. В 1 случае конверсия была обусловлена вовлечением в спаечный процесс петель тонкого кишечника и передней брюшной стенки по ходу послеоперационного рубца (в анамнезе операция по поводу спаечной болезни брюшной полости). В другом случае конверсия была связана в связи со значительными техническими трудностями, обусловленным выраженным спаечным процессом в перипузырном пространстве (в анамнезе операция эхинококкэктомия из печени). Все больные после лапароскопической холецистэктомии выписаны на 4-5 сутки. Осложнения наблюдались в 1 случае, у больного, ранее оперированного по поводу язвенной болезни (резекция желудка), после лапароскопической холецистэктомии после удаления дренажной трубки на 3 сутки при УЗИ обнаружена гематома в ложе желчного пузыря. Больному произведена релапароскопия, удаление гематомы подпеченочного пространства и дренирование. Больной на 9 сутки выписан домой. Выводы. Таким образом лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных, перенесших ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости, однако техническая сложность адгезиолизиса обуславливает необходимость выполнения этого вмешательства опытным хирургом.

1351. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОДНОПОРТОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Яхин Р.Р.(1), Славин Л.Е.(1,2), Подшивалов А.Г.(1),
Зимагулов Р.Т. (1), Сангаджиев С.Б.(1)*

Казань

1) ГАУЗ Межрегиональный клинико-диагностический центр, 2) Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Минимизация операционного доступа с целью уменьшения послеоперационной боли и улучшению качества жизни пациентов

привела к появлению методики единого лапароскопического доступа. Но проблема послеоперационной боли в связи с травмой передней брюшной стенки все же не исчезла. Цель. Выяснить эффективность использования местной анестезии раствора ропивакаина с лидокаином в месте установки порта у пациентов, перенесших однопортовую лапароскопическую холецистэктомию (ОЛХ). Сравнить интенсивность боли в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. С апреля 2015 г. по декабрь 2016 г. нами были отобраны 20 пациентов, которые были включены в исследуемую группу, перенесших ОЛХ по поводу желчекаменной болезни. Были отобраны только женщины в возрасте от 18 до 56 лет. Индекс массы тела от 16,11 до 29,62 кг/м². Среднее время операции составил 74,15 минут (от 35 до 130 минут). Все пациенты сопоставлены по полу, возрасту и индексу массы тела и разделены на 2 группы. Пациентам первой группы вводился раствор, состоящий из 20 мл 0,2% ропивакаина и 4 мл 2% лидокаина, послойно в место установки порта (под париетальную брюшину, под апоневроз, в подкожно-жировую клетчатку и кожу. Пациентам второй группы введение местного анестетика не выполнялось. Оценка интенсивности послеоперационной боли проводилась по общепринятой визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В послеоперационном периоде измерение данной шкалой применялось через 1, 6, 12, 24 часа после пробуждения и на 4 день пребывания. Учитывалось также необходимость введения анальгетиков, их количество, частота. Для оптимизации полученных результатов, из исследования были исключены пациенты с интраоперационными и послеоперационными осложнениями. Нахождение в стационаре составляло от 4 до 12 дней, что связано с принятыми медико-экономическими стандартами. Полученные результаты. Через час после операции интенсивность болевых ощущений была меньше в основной группе, по сравнению со второй группой. Через 6 часов – в основном боль характеризовалась шкалой от 3-4 в основной и 5-6 в группе сравнения. Наибольший пик интенсивности боли пришелся на 12 часов в обеих группах и составил 6 в основной группе и 8 в группе сравнения. Через 24 часа - в основной группе преобладало значение 2, в группе сравнения -5-6. На 4 сутки пациенты обеих групп не отмечали болевых ощущений в месте введения порта. Обсуждение. Сравнительная оценка показала, что введение раствора ропивакаина с лидокаином во время операции снижает интенсивность боли в раннем послеоперационном периоде, однако не позволяет полностью ее исключить. Через 12 часов после операции в большинстве случаев необходимо применение анальгетиков. Через 24 часа после



операции активизация пациентов первой группы проходила более активно по сравнению с пациентами контрольной группы, которые отмечали болевые ощущения в области введения порта. На 4 сутки после операции практически все болевые ощущения в области раны купируются. Выводы. Применение местного анестетика позволяет активизироваться пациентам практически без болевых ощущений в области введения порта, что положительно сказывается на общем состоянии пациентов. Однако введение препаратов в область раны не купирует и не исключает возможность появления боли в правом подреберье, которая также характеризуется пациентами как послеоперационная боль и требует введения анальгетика. Также введение препарата незначительно удлиняет продолжительность операции, что не является критически значимым. Рекомендации. Выполненное нами исследование подтверждает, что введения местного анестетика в область раны положительно влияет на течение послеоперационного периода, снижая интенсивность боли, уменьшая кратность введения анальгетика. Нами не выявлены какие либо негативные последствия применения ропивакаина с лидокаином. При отсутствии противопоказаний и наличии данных препаратов в клинике введения местных анестетиков применим при выполнении ОЛХ.

1352. ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТЕР) В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Шестаков А.М., Кошкин Р.В. (1),
Дегтярев О.Л., Лагеза А.Б.(2)*

Веселый (1)., Ростов-на-Дону (2)

МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области, хирургическое отделение (1)
ФГБОУ ВО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС (2)

С января 2014 года по февраль 2017 года в хирургическом отделении МБУЗ ЦРБ Веселовского района нами выполнено 29 ТЕР герниопластики. пациенты для ТЕР операции нами тщательно отбирались - пациенты с небольшими паховыми грыжами, по классификации Европейского общества герниологов (EHS) - это медиальные грыжи 1 и 2 типов, а также латеральные 1 типа, один пациент имел двустороннюю прямую паховую грыжу (тип M2 по EHS). В предоперационном периоде кроме физикального осмотра, пациентам выполня-

ли УЗИ передней брюшной стенки для уточнения характера грыжевого выпячивания. Прооперированно женщин 4 и 25 мужчин в возрасте от 27 до 71 года. Способ создания операционной полости посредством эндоскопа мы применяли 8 раз, 7 операций выполнены с помощью баллона-диссектора (устройства фирмы Covidien: SpaceMaker в 2 случаях, 5 операций с помощью OMS-XB2) и 14 операций - создание первичного пространства осуществлялось посредством детского/малого ректороманоскопа (PPC). Во всех случаях доступ в преперитонеальное пространство осуществлялось по McSernan - гипоумбиликальный разрез 2 см, обнажение и открытие переднего листка влагалища прямой мышцы живота на стороне грыжевого выпячивания, отведение брюшка прямой мышцы в сторону и проведение вдоль заднего листка инструмента для создания операционной полости. Подробно опишем способ использования малого тубуса PPC. После достижения заднего листка влагалища прямой мышцы живота, в намеченный пальцем тоннель вводили детский (2 см в диаметре) PPC с оливой. Мануально следили продвижением тубуса к лону, после чего оливу извлекали и в просвет инструмента вводили 300 эндоскоп. Герметичность эндоскопа в тубусе поддерживали благодаря кольцевой резиновой прокладке. Подача углекислого газа в предбрюшинную полость осуществлялась через канюлю PPC инсуфлятором эндостойки под давлением 12-14 мм рт.ст. Движения тубуса в стороны позволяли создать достаточную полость для постановки рабочего троакара. Первый рабочий 5 мм порт устанавливали по средней линии - как и при иных способах на 5 см над лоном. После этого, в операционную полость через PPC вводили марлевый шарик, фиксированный капроновой петлей Редера на лигатуре длиной 50-60 см. Шарик зажимался браншами эндодиссектора, установленного в 5 мм порт. Им проводили разделение рыхлой клетчатки в паховом регионе до четкой визуализации основных анатомических структур - лонной кости, связки Купера, нижних надчревных сосудов, подвздошно-лонного тракта, а также анатомических зон, настоящего и потенциальных грыжевых дефектов. Марлевым шариком также подготавливали площадку, достаточную для расправления сетки. При необходимости, шарик легко извлекался из операционного поля потягиванием за лигатуру и мог быть заменен на новый. В продолжение операции устанавливали второй рабочий порт 5 мм либо в подвздошной области на стороне грыжевого дефекта, либо по средней линии между видеопортом и первым рабочим троакаром. После этого в трех случаях мы оставляли PPC и продолжали операцию - вывихивали брюшину грыжевого дефекта эндодиссектором и эндозажимом, опуска-



ли ее вниз и кзади, потом расправляли сетчатый имплантат. В остальных случаях, дойдя до этапа вправления грыжевого мешка, РРС извлекали и эндоскоп заводили вновь через канюлю Хассона. Мы во всех случаях использовали сетку "Линтекс" 10x15см, фиксировали ее только в случаях прямой паховой грыжи герниостеплером "Гера" 5 мм к связке Купера и по медиальному краю имплантата. Результаты: Продолжительность операций варьировала от 45 до 65 мин. Самая продолжительная - двусторонняя ТЕР по поводу двусторонней прямой паховой грыжи, типа М2 по классификации EHS. Сложность возникла при расправлении медиальных краев обеих сетчатых протезов, поскольку рабочие порты были установлены по средней линии, пришлось ставить дополнительный 5 мм порт в левой подвздошной области для расправления и фиксации медиальных краев протезов. Одна операция с использованием баллона-диссектора OMS-XB2 продолжена в конверсию TAPP, причина этому - перфорация брюшины при расправлении баллона-диссектора. В одном случае, когда первичная операционная полость создавалась эндоскопом возникали затруднения - сдвигая эндоскоп латерально от средней линии, мы проходили над нижними надчревными сосудами. Удавалось избежать их ятрогенных повреждений, обойдя снизу и выполнить пластику запланированным способом. Однако, эта операция заставила нас искать иной способ создания операционной полости в предпузырном пространстве. Операции, когда мы использовали РРС прошли без каких-либо трудностей. В ближайшем послеоперационном периоде нами также осложнений выявлено не было. Пациенты находились на стационарном лечении от 3-х до 10 суток. Округлая олива, плавные контуры среза тубуса, а также его диаметр позволили без каких-либо осложнений выполнить полость и продолжить операцию. Латеральная диссекция с помощью ректороманоскопа выполнялась - визуально что позволяло правильно выбрать необходимую плоскость. Применение марлевых шариков, привычных в традиционной хирургии, позволяет избежать рисков острой диссекции, а также негативных сторон электро- и ультразвуковой коагуляции. Выводы: Использование баллона-диссектора удобно и быстро, но его стоимость, вероятно, ограничит широкое применение такой операции в больницах низкого уровня финансирования. Безбаллонный вариант - операция для опытных герниологов, вполне освоивших ТЕР с баллоном-диссектором. Способ с применением РРС и марлевых шариков облегчает доступ в предбрюшинное пространство и, возможно, поможет хирургам на этапе освоения методики ТЕР.

1353. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Артюшин Б.С. (1,3), Михайлова Г.В. (1,2),
Морозов Е.Н. (1,2), Мовчан К.Н. (2),
Жарков А.В. (1), Русакевич К.И. (3)*

Великий Новгород, 2,3) Санкт-Петербург

- 1) НовГУ им. Ярослава Мудрого,
- 2) СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
- 3) СПбГМУ им. И.П. Павлова

Актуальность. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) – основная причина летальных исходов и инвалидизации населения РФ. Несмотря на увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества, частота случаев нетрудоспособности больных патологией ССС остается высокой. По причине невозможности оказания надлежащей медицинской помощи (МП) в регионах, население которых проживает в удалении от лечебных учреждений (ЛУ), специализированных в лечении при заболеваниях ССС (ССЗ). Благодаря программе модернизации здравоохранения 2010-2013 гг. ситуация улучшается. Вместе с тем, сохраняется несоответствие потребностей жителей РФ в оказании МП при патологии ССС современным возможностям здравоохранения. Данное обстоятельство побуждает к научному анализу сведений о результатах лечения больных ССЗ, а так же поиску путей улучшения МП данной категории пациентов.

Материалы и методы. С 2013 по 2015 гг. в ЛУ Новгородской области госпитализированы 309 473 пациентов. По поводу ССЗ за МП обратились 68 330 чел. (22% от общего числа поступивших в ЛУ). С диагнозом «атеросклероз артерий НК (ОАСНК), облитерирующий тромбангиит» госпитализированы 1 467, 1 399 и 1 194 чел. соответственно. Операции на сосудах выполнены в 808, 1 189 и 1 720 случаях. Число хирургических вмешательств на артериях составило 212, 330 и 703 соответственно. Ампутации НК выполнены 372, 362 и 431 больным. Полученные результаты. В отделении сосудистой хирургии Новгородской областной клинической больницы (НОКБ) с 2013 по 2015 гг. МП оказана 827, 925 и 943 больным соответственно. Выполнены 1 798 операций. Отмечено ежегодное увеличение количества открытых сосудистых вмешательств: с 362 до 556 (всего – 1 416). Различные варианты тромбэндартерэктомий из артерий НК осуществлены в 133 наблюдениях, из них в большинстве случаев (68%) – по поводу острой арте-



риальной недостаточности (ОАН). Хирургические вмешательства по поводу критической ишемии НК (КИНК) проведены в 24% наблюдений. По поводу ОАСНК аорто-подвздошных сегментов (АПС) оперированы 94 чел., из них 40 – по поводу КИНК. Реконструкции бедренно-подколенного сегмента (БПС) при ишемии НК выполнялись 53 раза. Операции, направленные на устранение осложнений вмешательств на артериях НК, проводились в 68 случаях. Частота выполнения эндоваскулярных процедур на артериальном русле НК выросла с 89 до 181, всего 382 вмешательства. Проведено 304 ангиографических исследования НК. Реканализация БПС осуществлена 37 пациентам. Ангиопластика и стентирование АПС выполнены 36 больным. Повторные вмешательства проведены 3 больным. В 2 случаях попытки реканализации артерий НК оказались безуспешными. Ампутации выполнялись в 88 случаях: на уровне бедра – 72, голени – 3 наблюдения. Экономные ампутации НК выполнены 13 пациентам. Обсуждение. Одной из проблем организации оказания эффективной МП больным с ОАСНК является необходимость увеличения числа операций за счет интенсификации работы в специализированных подразделениях, что подтверждается сохраняющейся высокой частотой выполнения ампутаций НК в стационарах области. Оснащение головного ЛУ Новгородского региона ангиографической установкой позволило увеличить количество АГ НК для детальной оценки сосудистого русла НК. Ангиохирурги НОКБ прошли обучение по эндоваскулярной хирургии, что также положительно сказывается на результатах лечения больных ОАСНК. Выводы. Целенаправленная организационная деятельность руководства здравоохранения в совершенствовании системы оказания ангиохирургической помощи жителям Новгородской области позволила реально достичь снижения показателей частоты летальных исходов и инвалидизации больных патологией ССС. Рекомендации. Для закрепления позитивной тенденции в организации оказания МП больным ССЗ в ЛУ Новгородского региона целесообразно увеличивать объемы хирургической помощи при модернизации функционирующих хирургических подразделений под проведение современных (малоинвазивных) технологий. Характерологической чертой сотрудников ангиохирургических коллективов должно быть постоянное желание к самосовершенствованию и профессиональному росту. Двигаясь в этом направлении, можно существенно улучшить качество оказания медицинской помощи больным с патологией сосудов.

1354. СПОСОБ ДВУХПОРТОВОЙ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТЕР) В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шестаков А.М.(1), Дегтярев О.Л., Лагеза А.Б.(2)

Веселый (1)., Ростов-на-Дону (2)

МБУЗ ЦРБ Веселовского района Ростовской области, хирургическое отделение (1)
ФГБОУ ВО РостГМУ, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС (2)

Сегодня ТЕР операция прочно вошла в арсенал хирургов, занимающихся лечением паховых грыж. Большинство исследователей соглашались с тем, что ТЕР показана при двусторонних паховых грыжах. Тенденция современной хирургии минимизировать операционный доступ и уменьшить операционную травму привел к развитию однопортового направления в эндохирургии (SILS - single incision laparoscopic surgery). Однако, ряд недостатков этого метода - необходимость использования дорогостоящего оборудования, да-бы исключить конфликт инструментов, заставляют хирургов искать компромиссные решения, такие как варианты SILS+1 или "reduced port" Нами изучены особенности, которые необходимо учитывать в планировании reduced port варианта ТЕР. Исследование выполнены на секционном материале городского бюро судебно-медицинской экспертизы г. Ростова-на-Дону . : Выполняли диссекцию нижнего этажа передней стенки живота путем проведения подковообразного разреза (дуга открыта книзу) от лонной кости до уровня пупочного кольца и к передней верхней ости подвздошной кости, аналогичный доступ с контрлатеральной стороны, при этом сохраняли полнослойный мостик ткани передней стенки живота по средней линии живота шириной 3 см. После послойной препаровки тканей образован- первый лоскут - кожа и ПЖК; второй - мышечно-апоневротический. Оба лоскута отводились книзу, тем самым открывая предбрюшинное пространство. Обнажались основные анатомические элементы глубокого пахового пространства. Далее мы моделировали ТЕР операцию в двухпортовом варианте. Гипоумбиликальный разрез кожи, ПЖК и переднего листка влагалища прямой мышцы живота до 2-3 см - это точка введения единого порта - применяли эндопорт единого лапароскопического доступа (ППП, Казань) для 10 мм эндоскопа и одного из рабочих инструментов, дополнительный порт ставили на 5 см над лоном по средней линии, куда вводили 5 мм троакар. Мы пытались провести диссекцию пахового региона путем комбинации различных эндохирургических инструментов (изогнутый зажим из набора едино-



го лапароскопического доступа ППП, Казань, прямой 5 мм эндозажим и зажим-ротикулятор фирмы Covidien из набора SILS), а также расправить сетчатый имплантат над паховой областью так, как это принято в традиционной ТЕР без раскроя сетки. Манипуляцию повторяли с обеих сторон. Результаты: во всех случаях оказалось удобнее использовать основной прямой рабочий инструмент в дополнительном 5 мм порте, тогда как в единый порт помимо эндоскопа целесообразно устанавливать дополнительный инструмент. При этом, мы отметили, что для эффективной работы, даже в качестве вспомогательного, изогнутым инструментом набора лапароскопического доступа (ППП, Казань) требуется значительное операционное пространство. Радиус дуги зажима не позволяет эффективно манипулировать в преперитонеальном пространстве - когда дуга инструмента открыта к средней линии, возникает контакт с углом Дугласовой линии. Разворот инструмента вокруг продольной оси на 180 градусов приводит к конфликту с инструментом в дополнительном порту, также кривизна инструмента не позволяла работать им на расстоянии ближе чем 12 см от порта. В условиях ограниченного преперитонеального пространства такой зажим использовать невозможно. Использование изогнутого зажима становится возможным в случае расположения единого порта на уровне или несколько выше пупочного кольца из доступа по внешнему краю прямой мышцы живота контрлатеральной стороны (extended ТЕР или e-ТЕР) - таким образом возможно увеличить операционное пространство, однако, такой доступ лишает операцию косметических преимуществ и не используется при двусторонней грыже. Ротикулятор Covidien, введенный через единый лапароскопический порт использовать гораздо удобнее - угол кривизны можно изменять, инструмент не требует значительного пространства, позволяет избежать конфликта рук оперирующей бригады. Использование в едином порте прямого эндозажима и его параллельного с эндоскопом положения оказались наиболее удобным вариантом. Привычная геометрия инструмента позволяет работать прецизионно, без конфликта инструмента с эндоскопом.

1355. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ (АНТЕГРАДНОГО И РЕТРОГРАДНОГО) И ЛАПАРОТОМНОГО МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Гайнулин Ш.М.(1,2), Баранов Г.А. (1,2),
Зинатулин Д.Р.(1,2), Шевченко В.П.(1,2),
Налетов В.В.(1), Умяров Р.Х.(1,2).*

Москва

1) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных» ДЗМ.2) ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Желчекаменная болезнь относится к числу самых распространенных хирургических заболеваний и частота встречаемости ее в мире достигает, по разным данным, 10-20 %. Наиболее частым и тяжелым осложнением желчекаменной болезни, зачастую требующего экстренного оперативного лечения, является холангиолитиаз, осложненный механической желтухой. Послеоперационная летальность после традиционных одноэтапных оперативных методов составляет 5-27 %, у больных старше 60 лет уже 36-40 %, при наличии гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени может достигать 62%. Широкое применение в практике получили видеолитотриптические транспиллярные методы оперативного лечения, являющиеся высокоэффективными и, часто, позволяющими избежать травматичных лапаротомных операций. Однако у части больных выполнение эндоскопических транспиллярных методов не представляется возможным. Альтернативой данному методу лечения является антеградный чрескожный чреспеченочный доступ, позволяющий не только выполнить декомпрессию билиарного тракта, но и устранить холедохолитиаз.

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения больных желчекаменной болезнью, осложненной холангиолитиазом, с синдромом механической желтухи с применением миниинвазивной антеградной рентгенинтервенционной методики. Материалы и методы. Выполнен сравнительный анализ лечения 192 больных в возрасте от 23 до 92 лет с холангиолитиазом, осложненным механической желтухой, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ». Больные были разделены на 3 группы. Первая группа – 136 больных в возрасте от 23 до 92 лет, средний возраст



66,3±13.6 лет, которым выполнялось эндоскопическое ретроградное вмешательство. Давность желтухи 1 - 14 суток, уровень билирубина 21,3 - 439,5 мкмоль/л, средний - 81,00 ± 93,33 мкмоль/л. Вторая группа – 30 больных в возрасте от 29 до 87 лет, средний возраст 64±12,3 лет, которым выполнялась антеградное вмешательство. Давностью желтухи 1 - 20 суток 9±6,14, уровень билирубина 17,6 - 439,5 мкмоль/л, средний - 109,0±98,9 мкмоль/л. Третья группа – 26 больных в возрасте от 52 до 88 лет, средний возраст 68,3±11,2 лет, которым выполнялась лапаротомия, холедохолитотомия. Давностью желтухи 1 - 14 суток 4,0±3,1, уровень билирубина 22,6 - 379,0 мкмоль/л, средний – 68,5±75,9 мкмоль/л.

Результаты. В первой группе продолжительность операции 45,7 ± 20,2 минут, кровопотеря до 50 мл, реанимационный койко-день 1,8 ± 1,0, послеоперационный койко-день 10,8 ± 5,7, койко-день 16,7 ± 6,5 ($p \leq 0,05$). В данной группе осложнения наблюдались у 24 больных: 17 больных - острый панкреатит, 6 – кровотечение из зоны операции, у 1 – вклинение корзинки Dormia. 3 летальных исхода. Процент осложнений в данной группе составил 17 %, летальность 2 %. Во второй клинической группе продолжительность операции составила 82,9 ± 28,3 минут, кровопотеря 10-50 мл, реанимационный койко-день 1,1 ± 1,6, послеоперационный койко-день 13,0 ± 6,3, койко-день 20,4 ± 9,5 ($p \leq 0,05$). В данной группе наблюдалось 4 осложнения, 2 больных - острый панкреатит, 1 больной - гематома подпеченочного пространства, 1 больной - панкреонекроз, с летальным исходом. Один летальный исход. Процент осложнений в данной группе составил 10 %, летальность 3 %. Во третьей клинической группе продолжительность операции составила 159,0 ± 49,5 минут, кровопотеря 50-400 мл, реанимационный койко-день 3±2,5, послеоперационный койко-день 20,4 ± 13,6, койко-день 27,6 ± 16,9 ($p \leq 0,05$). В данной группе наблюдалось 6 осложнения, 2 больных – нагноение раны, 2 больных – печеночно-почечная недостаточность, 1 больной – эвентрация, 1 больной – перфорация острой язвы луковицы 12пк; 3 летальных исхода. Процент осложнений в данной группе составил 23 %, летальность 12 %. Заключение. При невозможности технического выполнения эндоскопической санации желчных протоков эффективным является рентгенинтервенционная антеградная методика лечения. Традиционные операции показаны при невозможности использования малотравматичных методик, однако послеоперационная летальность и процент осложнений при этом выше чем при мининвазивных операциях.

1356. ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ СТЕНТ-ГРАФТА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОЙ АОРТЫ

Ревишвили А.Ш., Попов В.А., Коростелев А.Н., Малышенко Е.С.

Москва

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

В зарубежной литературе все чаще появляются сообщения о чрезвычайно тяжелом осложнении эндопротезирования грудной аорты инфекции стент-графта (СГ), частота которого достигает 2-5%. Консервативное лечение таких пациентов в подавляющем большинстве бесперспективно. Хирургическое вмешательство сложно, травматично, летальность достигает 80%. Цель: на основании случая успешного оперативного лечения инфекции СГ грудной аорты представить возможную хирургическую тактику. Материал и методы. У пациента Б. 60 лет через 5 лет после неосложненного эндопротезирования грудной аорты по поводу аневризмы без видимых провоцирующих моментов появилась гектическая температура с ознобами. При компьютерной томографии в проксимальной части грудной аорты выявлен парааортальный абсцесс. Начата интенсивная антибактериальная терапия. Состояние больного улучшилось, уменьшился объем жидкости и газа в области абсцесса. Далее в два этапа проведено хирургическое лечение. Вначале наложен шунт между левыми сонной и подключичной артериями с перевязкой последней. Через 2 недели в условиях гипотермического ИК (минимальная температура 20,3°) и полной остановкой кровообращения с перфузией головного мозга проведена вторая операция. Доступом через срединную стернотомию выполнено экстраанатомическое шунтирование аорты с проксимальным анастомозом «конец в бок», трансперикардальным дистальным анастомозом «конец в конец» с пересечением и ушиванием проксимального отдела аорты. Дополнительно от протеза шунтирована перевязанная ранее левая сонная артерия. После пересечения дуги аорты удален инфицированный СГ, полость абсцесса санирована и герметично ушита. Искусственное кровообращение продолжалось 280 минут, полная остановка кровообращения 58 минут. Результат. Послеоперационный период протекал благополучно. Заживление операционной раны первичное. При контрольном обследовании функция наложенных протезов адекватная, рецидива септического процесса нет. Выписан в удовлетво-



рительном состоянии на 17 сутки после операции. Выводы. Учитывая специфику и сложность операций на грудной аорте при наличии инфицированного эндопротеза, необходима детальная диагностика и индивидуальный подход к каждому пациенту. При планировании хирургического вмешательства должны быть рассмотрены различные варианты доступа, подключения ИК, возможность полной остановки кровообращения. Экстраанатомическое асцендо-десцендное шунтирование является одним из вариантов хирургической реконструкции.

1357. ОБ ОБОСНОВАНИИ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВОТОКА В АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

*Артюшин Б.С. (1,4), Лебедева Е.А. (2),
Бондаренко М.А. (2), Мовчан К.Н. (3),
Исхаков Р.Б. (3), Русакевич К.И. (1),
Жарков А.В. (4)*

1,2,3) Санкт-Петербург, 4) Великий Новгород

1) СПбГМУ им. И.П. Павлова, 2) СПбГЭУ ЛЭТИ
им. В.И. Ульянова (Ленина), 3) СЗГМУ им. И.И.
Мечникова, 4) НовГУ им. Ярослава Мудрого

Актуальность. Ведущей причиной смерти и инвалидизации населения РФ по-прежнему остается патология сердечно-сосудистой системы. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК) занимает в ее структуре не менее 20%, что составляет около 10% всего населения планеты. Основным методом лечения ОАСНК остается хирургический. Результаты реваскуляризации НК зависят как от технологии лечения, так и от состояния дистального артериального русла (АР): менее чем в 1/2 случаев верифицируются его поражение. Существующие схемы оценки состояния АР и прогнозирования результатов хирургического лечения неоднозначны в своей объективности. Поэтому разработка новых методов оценки состояния АР НК, прогнозирования течения ОАС-НК, а так же выбора наиболее эффективного способа хирургического лечения данного заболевания представляет собой актуальную задачу науки и практики.

Материалы и методы. На основании параметров, полученных при анализе данных инструментального обследования 10 человек (компьютерная томография, ультразвуковое исследование сосудов НК) с помощью пакета прикладных программ

SolidWorks-2013 созданы математические модели кровотока (КРТ) в артериях круро-поплитеальных сегментов. В их свойства внесены следующие упрощения: жесткое закрепление сосуда; поверхность, контактирующая с жидкостью – идеально изолированная стенка; текучая среда – неньютоновская жидкость; давление на входе в модель – 10 кПа; скорость кровотока – 40 см/сек. При моделировании в программе артерий НК введены геометрические примитивы, из них построены элементарные модели артерий голени: подколенной (ПКА): диаметр (Дж)= 7 мм, толщина стенки (hc)=1 мм, длина (L)=25 см; передней большеберцовой (ПББА): Дж=3 мм, hc=1 мм, L=20 см; задней большеберцовой (ЗББА): Дж=3 мм, hc=1 мм, L=20 см; малая берцовая артерия (МБА): Дж=1,6 мм, hc=1 мм, L=20 см. Из элементарных моделей собран объект в целом, который принят за эталон. Полученные результаты. Осуществлена оценка гемодинамических показателей в артериях круро-поплитеальных сегментов при разной локализации атеросклеротического (АТС) поражения: динамического и статического давления, а также скорости КРТ. Степень стенозических изменений стандартизирована: 20%, 50% и 75%, окклюзия артерии. Проанализированы изменения КРТ, возникающие при сочетанном поражении артерий. Установлено: скорость КРТ при сужении артерии НК увеличивается; стенозирование ЗББА или МБА > 65% значительно обедняет КРТ в их бассейне; в ПББА кровь практически прекращает поступать при стенозе > 75%; при сочетанном АТС-поражении нескольких артерий значимое нарушение КРТ отмечается уже при стенозах > 50%. АТС-поражение не только ухудшает КРТ в артериях, но и оказывает отрицательное влияние на показатели гемодинамики в связанных с ними сосудах: окклюзия ПББА может увеличивать скорость КРТ в ЗББА до 4,5 раз, а отсутствие КРТ в ЗББА или МБА ускоряет ток крови в ПББА до 3,5 раз. Выявленные изменения в КРТ неблагоприятно влияют на гемодинамику в других сосудах НК. Обсуждение. Значения некоторых показателей КРТ, представленные по результатам математического моделирования, не всегда очевидны, т.к. их интерпретация иногда вступает в противоречия с существующей парадигмой о КРТ в сосудах НК. Не исключено, что это обусловлено грубостью допущений. Однако, это не исключает, скорее наоборот, – подчеркивает перспективность внедрения предложенного метода в практику сосудистой хирургии.

Выводы. Представленный метод гемодинамического моделирования КРТ в артериях НК может использоваться в оценке состояния сосудов и при прогнозе результатов лечения. Использование потенциала современной кибернетики требует от врачей специальных знаний. При существующей



профессиональной загруженности клиницистов целесообразность приобретения ими соответствующих навыков в кибернетике сомнительна. Логично предлагать медицинским специалистам уже готовый продукт в виде прикладного программного обеспечения. Рекомендации. Предложенный подход, минимизируя материальные и физические затраты клиницистов, позволит наиболее точно определять приоритеты в лечебно-диагностическом процессе, что самым положительным образом должно сказываться на качестве оказания медицинской помощи больным ОАСНК.

1358. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОХОЛОДОВОЙ И НОРМОТЕРМИЧЕСКОЙ КРОВЯНОЙ КАРДИОПЛЕГИИ

Попов В.А., Коростелев А.Н., Жемеров Н.В., Ильина М.В., Ревивили А.Ш.

Москва

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В.вишневского МЗ РФ"

В последние десятилетия с введением в практику кровяной кардиоплегии (КрКП) появилась тенденция к отказу от одной из фундаментальных основ защиты миокарда гипотермии. Однако пока нельзя считать однозначно подтвержденной большую эффективность нормотермии. Цель: сравнить эффективность защиты миокарда фармакохолодовой кардиоплегией (ФХКП) раствором «Консол» и нормотермической КрКП. Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 146 больных с ИБС (128) и приобретенными пороками сердца (18). Возраст пациентов 29-75 лет, мужчин 124, женщин 22. Выделены две группы: I группа (70 больных) – защита миокарда по классической методике ФХКП раствором «Консол», II группа (73 пациента) – нормотермическая кардиоплегия раствором оксигенированной аутокрови (калий 25 ммоль/л, Ht 10-15%, первоначальная перфузия 500-800 мл раствора, повторное введение каждые 15 минут 250-400 мл). Группы существенно не различались по составу и исходному статусу, однако во II группе продолжительность ИК и времени ишемии миокарда было больше – 90 и 109 минут и 55 и 77 минут соответственно. При оценке эффективности защиты миокарда учитывали характер восстановления сердечной деятельности, частоту осложнений и инотропной поддержки. Функцию миокарда оценивали с помощью эхокардиографии. Регистрировали дина-

мику лактата, ферментов повреждения миокарда (АСТ,АЛТ , КФК, КФК-МВ, тропонинов). Результат. Частота спонтанного восстановления сердечной деятельности (78% в первой и 76% во второй) и нарушений ритма (соответственно 24% и 25%) не имела достоверных различий. Необходимость в инотропной поддержке отмечена чаще в гипотермической группе - 75%, во II – 50%. Процент увеличения лактата в послеоперационном периоде было достоверно больше в I группе – 59% против 34% во II. Уровень КФК-МВ был так же выше в I группе: $40,1 \pm 17,9$ ммоль/л против $31,5 \pm 10,1$ ммоль/л ($p < 0,05$). Существенной разницы в показателях, отражающих функцию левого желудочка не выявлено. Периоперационный инфаркт миокарда был документирован у одного пациента в каждой группе. Госпитальная летальность составила 2,9% в гипотермической группе (2 больных) и 2,6% при КрКП (2 пациента). Выводы. ФХКП раствором «Консол» и нормотермическая обеспечивают удовлетворительную противоишемическую защиту миокарда. Однако при КрКП отмечена лучшая сохранность метаболизма кардиомиоцитов и она может быть рекомендована к использованию у пациентов повышенного риска при ожидаемых длительных сроках пережатия аорты.

1359. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Георгиева С.М.(1), Димитрова М.И. (1), Кантарева П.С. (1), Терзиева А.З. (1), Гырбев Г.Б. (2)

София, Болгария

- 1) Медицинский университет София, Факультет общественое здравоохранения,
- 2) Первая многопрофильная больница София, Болгария, Клиника эндоскопической хирургии

Введение. Изучение медико-экономических процессов имеет важное значение для менеджеров в сфере здравоохранения. Неуклонный рост финансовых средств, предоставленных руководителям здравоохранения для экономически эффективного распределения и расходования ресурсов здравоохранения. [1] Эффективность связана с достигнутыми результатами лечения, что важно для пациентов и экономической эффективности средств, вложенных в медицинскую деятельность и от достигнутых результатов. [2]Целью данного исследования является выявление проблем в организации медицинской помощи в отделении по



эндоскопической хирургии и внедрение практики, обеспечивающих более высокую эффективность. Материал и методы. Обследование медсестер в клиниках эндоскопической хирургии в двух университетских больницах в городе София. Рассмотрены также 100 пациентов из двух других клиник в организации здравоохранения. Результаты и обсуждение. Значительная часть медсестер указала, что в рамках существующей организация не используется достаточно эффективно. Отсутствие планирования медицинской помощи для каждого пациента позволяют анализировать результаты ухода в предоперационном и послеоперационном периоде. Медсестры более активно должны участвовать в других видах деятельности, а не в конкретной медицинской помощи и активного мониторинга. Выводы. Организация клиник здравоохранения в эндоскопической хирургии должна быть улучшена для того, чтобы планировать и сообщать о всех видах ухода за пациентами в предоперационном и послеоперационном периоде. С одной стороны, это поможет повысить эффективность ухода, а с другой - повысит степень удовлетворенности пациентов.

1360. МИЕЛОПЕРОКСИДАЗА, ДИАГНОСТИКА, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Скобло М.Л.(2), Дударев И.В.(1), Пирумян А.Ж.(2), Каминский М.Ю.(1), Лебедева Е.А.(1) Егоров В.В(2).

Ростов на Дону

- 1.ФГБОУ ВПО « РостГМУ»
- 2.МБУЗ «Городская больница №6»,
Городской центр колопроктологии

Целью исследование: изучение роли миелопероксидазы (МПО) при остром панкреатите. Материалы и методы: Было обследованно 36 пациентов с острым панкреатитом. Все пациенты поступали не позже 24 часов от момента начала заболевания. Острый панкреатит диагностировали исходя из клинических данных, УЗИ органов брюшной полости, повышению уровня амилазы (более чем в 3 раза) и липазы (более чем в 2 раза). Тяжесть течения по шкале Ranson ≥ 3 , по шкале APACHE ≥ 9 баллов. Очаги некроза определялись при проведении диагностической лапароскопии. В исследование вошли 24 мужчины и 12 женщины. Средний возраст был 44 года (16-84 года). Алкоголь был ведущим этиологическим фактором у 19 пациентов (18 мужчины и 1 женщины). Алиментарные

факторы были выявлены у 12 пациентов. В исследование вошло 5 пациентов с панкреатитом неуточненной этиологии. В контрольную группу вошло 5 здоровых добровольцев. Уровень миелопероксидазы, интерлейкинов 1 β , 6 и 8, TNF-фактора(фактор некроза опухолей) определялся в плазме всех пациентов, вошедших в исследование. Забор крови на исследование производился непосредственно при поступлении, на 3,7 и 14 дни. Уровень цитокинов определялся методом ИФА, а уровень миелопероксидазы определялся с помощью теста Anti-Myeloperoxidase ELISA (IgG). Образцы крови дублировались. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 7.0. Результаты и обсуждения: В первый день интенсивной терапии острого панкреатита уровень миелопероксидазы не превышал 10 нмоль/мл у большинства пациентов со средней степенью тяжести течения острого панкреатита (83,3%), в то время как у пациентов с тяжелым течением уровень МПО колебался от 10 до 20 нмоль/мл. Уровень МПО напрямую коррелировал с уровнем провоспалительных цитокинов в обеих группах. Учитывая, что МПО является одним из энзимов, находящихся в азурофильных гранулах, наблюдается прямая корреляция между МПО и количеством нейтрофилов у пациентов с острым панкреатитом ($r=0.68$, $P < 0.01$) У пациентов со средней степенью тяжести течения острого панкреатита данная корреляция была статистически не достоверной. Кроме того, в обеих группах отмечалась обратная корреляция между уровнем МПО и лимфоцитами. В период выздоровления, уровень провоспалительных цитокинов и уровень МПО понижались, а количество лимфоцитов увеличилось. Наиболее высокий уровень миелопероксидазы отмечался при поступлении пациентов в стационар. В последующие дни уровень миелопероксидазы постепенно снижался и возвращался к нормальным цифрам. Уровень МПО постепенно понижается в течение первых трех дней у пациентов с панкреонекрозом. Присоединение РДСВ, вторичных инфекционных осложнений сопровождалось повторным повышением уровня МПО. Значимое уменьшение уровня миелопероксидазы на первой неделе течения заболевания напрямую коррелировало со снижением активности нейтрофилов и уровня провоспалительных цитокинов. При присоединении вторичной инфекции, уровень МПО повышался. Миграция нейтрофилов в очаг воспаления – одно из первых звеньев патогенеза острого панкреатита. Нейтрофилы характеризуются высокой мобильностью и высокой чувствительностью к различным хемоаттрактантам и активирующим факторам. Нейтрофилы обладают не только фаголитической, но также и секреторной функцией, включая высвобождение цитоки-



нов и других биологически активных субстратов (в том числе свободных радикалов, миелопероксидазы, эластазы, β -глюкуронидазы и коллагеназы). Ферменты в азурофильных гранулах нейтрофилов принимают участие в бактериолизисе, в то время как ферменты специфических гранул и секреторных везикул (алклиновая фосфатаза, лактоферрин, коллагеназа) принимают участие в ранних стадиях воспалительного ответа. Участие нейтрофилов в воспалительном ответе начинается с увеличения концентрации в зоне повреждения, где они адгезируются на эндотелиальных клетках, нарушая микроциркуляцию. В контраст системной циркуляции, где нейтрофильная секвестрация повреждает посткапиллярные вены, в легких нейтрофилы повреждают легочные капилляры. Под воздействием различных факторов (бактериальные липополисахариды, провоспалительные цитокины и комплемент) происходит активация нейтрофилов. Выводы: Количественная оценка миелопероксидазы в первые сутки, наряду с оценкой С-реактивного белка и уровня прокальцитонина позволяет судить о тяжести течения процесса и о распространенности панкреатогенной инфекции. Повышение уровня миелопероксидазы на 4-е сутки и в более поздние сроки как правило указывало на присоединение вторичных инфекционных осложнений, РДСВ, СПОН. Таким образом оценка уровня миелопероксидазы может служить одним из критериев оценки тяжести течения острого панкреатита.

1361. ПЕРЕЛИВАНИЕ ПОСМЕРТНОЙ КРОВИ – ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

*Хубутия М.Ш., Кабанова С.А.,
Богопольский П.М., Гуляев В.А.*

Москва

ГБУЗ "Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы"

В 1962 г. за разработку метода переливания трупной крови В.Н. Шамова и С.С. Юдина были посмертно удостоены Ленинской премии. Впервые В.Н. Шамова сообщил об оживлении обескровленных собак с помощью трансфузий трупной крови в 1928 г. Он решал два вопроса: 1) токсична ли трупная кровь и 2) способна ли она функционировать. В итоге В.Н. Шамова сделал важнейший для трансплантологии вывод: «Труп в первые часы ... не только продолжает жить в отдельных своих частях,

но и может дарить еще живущим дары необычайной ценности – вполне жизнеспособные ткани и органы». Оценив значение трупной крови для экстренной хирургии, С.С. Юдин задумал внедрить новый метод в Институте Склифосовского. В 1930 г. С.С. Юдин и Р.Г. Сакаян впервые в мире успешно перелили трупную кровь пациенту с массивной кровопотерей. Трупную кровь стали изучать и вводить в практику Института в качестве полноценной трансфузионной среды. Так, Р.Г. Сакаян использовал данный метод для подготовки больных к операциям. В 1930 г. в Институте Склифосовского была создана лаборатория переливания крови. Здесь было доказано, что трупная кровь стерильна в течение 24 часов, сохранены ее эритроциты и активность лейкоцитов, изучены важные биохимические параметры. В 1932 г. С.С. Юдин и М.Г. Скундина сообщили уже о 200 переливаниях трупной крови. В 1932 г. С.С. Юдин сделал на эту тему доклад в Парижском хирургическом обществе, а затем в Барселоне в хирургическом обществе Каталонии. С этого времени метод получил мировую известность, а советские ученые признаны его авторами. В начале 30-х гг. такие же исследования начались в Центральном институте переливания крови в Москве и Ленинградском институте переливания крови. В 1940 г. В.Н. Шамова и А.Н. Филатов издали первое в мире «Руководство по переливанию крови», в котором метод переливания трупной крови был подробно описан. С середины 30-х гг. к изучению данного метода приступили и за рубежом. Так, в период 1936–1938 гг. трупную кровь переливал Farmer в Чикаго (США). Метод С.С. Юдина был использован и во время Гражданской войны в Испании 1936–1939 гг. В конце 1948 г. С.С. Юдин был репрессирован, но в своих письмах из ссылки он высказал новую идею фракционирования трупной крови. В 1953 г. он обосновал концепцию «сверхуниверсальной» трупной крови: добавляя к «универсальным» эритроцитам I (0) группы «универсальную» плазму IV (AB) группы, можно будет переливать такую кровь без определения групповой принадлежности реципиента. Эта идея впервые в мире осуществлена в 1956 г. учеником С.С. Юдина К.С. Симоняном. После смерти С.С. Юдина развитие его идей продолжалось, в том числе и за рубежом. Так, в 1961–1964 гг. американские ученые J. Kevorkian и соавт. доложили опыт прямых переливаний трупной крови, которые они испытали на здоровых добровольцах и на себе. В 1960-х гг. в Институте Склифосовского были проведены исследования гемокоагуляционных, фибринолитических, антипротеиназных, электрофоретических, гель-хроматографических и иммунологических свойств белков трупной крови, разработан метод приготовления препаратов направленного действия из ее плазмы. В конце XX



века метод продолжал активно изучаться. В этот период большое развитие в Институте Склифосовского получило приготовление из плазмы трупной крови различных лечебных препаратов. Сегодня смерть головного мозга приравнена к смерти человека, поэтому проблема переливания трупной крови приобретает новое звучание. Из крови кондиционированного донора можно приготовить различные компоненты и препараты и перелить их одноклассовым реципиентам во время пересадки органов, изъятых у того же донора. Но возникает вопрос, требующий аргументированного ответа: эта кровь трупная или нет? Но так или иначе, в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского разработан способ получения клеточного компонента крови донора со смертью мозга для повышения эффективности трансфузионной терапии при трансплантации печени. Таким образом, в XXI веке метод переливания трупной крови приобретает новые перспективы, заслуживающие специального обсуждения.

1362. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОПЛАЗМЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ

Подойницына М.Г., Цепелев В.Л.

Чита

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Лечение глубоких ожогов кожи – сложный, дорогостоящий и длительный процесс. Ожоговая травма продолжает оставаться в первой тройке всех прочих травм, тенденции к снижению не наблюдаются. Независимо от общего прогресса в области хирургии и комбустиологии поиск новых методов лечения, направленных на быстрое восстановление кожного покрова пациента является одной из важнейших задач. Цель работы – изучить влияние магнитоплазменной терапии (МПТ) на клинико-цитологические изменения при глубоких ожогах. Материалы и методы. Исследование проводилось у 116 пациентов с глубокими ожогами кожи (IIIБ-IV ст.) площадью от 10% до 40% поверхности тела, в возрасте 30-60 лет. Основную группу составили 62 пациента, которым проводилась обработка ожоговых ран с применением МПТ; в группу клинического сравнения объединили 54 больных, получавших традиционную терапию. Лечение осуществлялось аппаратами «Плазон» и МАГ-30. Одновременно на раневую поверхность воздействовали потоком воздушной плазмы и

переменным магнитным полем частотой 50 Гц с магнитной индукцией 30 мТл. Определение уровня цитокинов в раневом отделяемом проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием иммуноферментного анализатора «Expert 96». При сравнении показателей использовали непараметрический метод Манна-Уитни и Вилкоксона. Результаты представлены в виде медианы (Me) с интерквартильным размахом процентилей [25; 75] и среднего значения (M) со стандартным отклонением. Статистически значимыми считали различия при значениях р

1363. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Гырбев Г.Б. (1), Георгиева С.М. (2)
Живков И.П. (1), Петров И.С. (3)*

София, Болгария, 2) София, Болгария,
3) Петрич, Болгария

- 1) Первая многопрофильная больница, София, Клиника эндоскопическая хирургия,
- 2) Медицинский университет, София, Факультет общественное здравоохранение,
- 3) Больница "Рокфелер", Петрич, Болгария

Введение: Проблема операции грыж идут с древних времен до наших дней. Первые описания грыж встречаются в папирусах, начиная с 1555 года до нашей эры. О грыжах писал Гиппократ - 465 до н. В западной литературе описано более 300 разновидностей оперативных методов и около 200 таких кириллице. А наличие такой многочисленности методов, показывает, что ни один из них не дает удовлетворительных послеоперационных результатов.

Цель: Цель нашего исследования состояла в том, чтобы продемонстрировать преимущества лапароскопической грыжесечения паховой грыжи, по сравнению с открытым способом.

Материалы и методы: Это было проспективное клиническое исследование, проведенное на 16-месячный период - с сентября 2015 - по февраль 2017 года в отделении по эндоскопии и хирургии – Первая городская больница г.София. В течение анализируемого периода, 128 операций по паховой грыже - 44 лапароскопические (ТАРР грыжа) (группа А) и 82 обычным способом (путем размещения сетки polypropileno) (Группа В). В анализируемой группе А все грыжи являются односторонними и в группе Б - 78 односторонние и двусторонние 4. В лапароскопической группе 28 первичных и 16 рецидивирующих (после обыч-



ного грыжесечения). Анализируются критерии: (мин.) Время работы, послеоперационное восстановление - движение (часы), больница (часы) Возвращение к нормальной физической активности (дни) послеоперационная боль (дни и критерии по шкале о боли), послеоперационные осложнения и смертельные случаи рецидивов.

Результаты и обсуждение: Оперативное время в группе А составила 69 минут (57-102 мин.) При односторонней обычной - 48 мин (39-75 мин.) (Р

1364. ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ АДРЕНАЛЭКТОМИЙ

*Щеголев А.А. (1), Пантелеев И.В. (2),
Митичкин А.Е. (2)*

Москва

1) ФГБОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России
2) Центр эндокринной хирургии ГКБ ГБУЗ им.Ф.И.Иноземцева ДЗМ

Актуальность: За четверть века с момента первой проведённой лапароскопической адреналэктомии, это оперативное вмешательство стало рутинным. В то же время, из-за специфичности патологии надпочечников, требующей от персонала подготовки и определённых навыков и относительной их редкости, эти операции выполняются не во всех клиниках. Это позволяет проанализировать результаты эндоскопических вмешательств и сравнить их с результатами традиционных адреналэктомий. Материалы и методы: В ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ с 2014 по 2017 годы сделано 114 адреналэктомий по поводу различных новообразований надпочечников. Среди них было 36 мужчин и 78 женщин. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 8,3$ года (диапазон от 21 года до 79 лет). Большинство пациентов (48 человек) оперировано по поводу гормонально неактивных образований надпочечников (ГНОН), 34 пациентам удалены альдостеромы (синдром Конна), 22 пациента подверглись операции по поводу кортикостеромы (синдром Иценко-Кушинга) и 10 пациентов оперированы по поводу феохромоцитомы. Средний размер новообразований составил $3 \pm 1,8$ см (диапазон от 1,9 до 12 см). Из 114 адреналэктомий 9 были выполнены традиционным «открытым» способом 105 - эндоскопическим. Из эндоскопических вмешательств 68 были лапароскопическими и 37 ретроперитонеальными. Было 4 конверсии (в одном случае – из-за больших размеров опухоли и выраженной инфильтрации окружающих её тканей и у 3 пациентов – из-за кровотечений,

которые не удалось остановить эндоскопически). Полученные результаты и обсуждение: Средняя продолжительность «открытой» операции составила 70 ± 18 мин (от 48 до 125 мин). Средняя продолжительность эндоскопической операции была 92 ± 29 мин (от 64 до 145 мин). Время вмешательства значительно (на 30%) сокращалось при использовании ультразвукового диссектора. Среди всех операций зарегистрировано 5 осложнений (4,4%): 3 интраоперационных кровотечения, потребовавших конверсий, 1 нагноение операционной раны после «открытой» адреналэктомии и 1 «фрагментирование» опухоли в момент извлечения из брюшной полости из-за разрыва контейнера, что потребовало ревизии канала установки троакара в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы: Длительность эндоскопической операции и количество осложнений при них напрямую зависело от состава операционной бригады и применяемой техники и инструментария. Чем меньше оперирующий хирург имел навыков, тем дольше длилась адреналэктомия и выше был процент осложнений. Чем более современным было оборудование, тем быстрее проходила операция и осложнения были минимальными.

Рекомендации: Таким образом, несмотря на широкое распространения эндоскопических адреналэктомий, эти вмешательства должны выполнять квалифицированные специалисты в хорошо оснащённых хирургических стационарах.

1365. ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ ФОРМ РЕКТОЦЕЛЕ

*Грошилин В.С., Швецов В.К., Узунян Л.В.,
Воронова О.В.*

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России

Актуальность исследования: В настоящее время основным методом лечения больных с ректоцеле II—III степени является хирургический. Известно более 30 способов и модификаций хирургического лечения ректоцеле. Несмотря на достигнутые успехи в лечении, проблема ректоцеле остается актуальной и вызывает физические и психологические страдания, связанные с невозможностью нормального опорожнения прямой кишки, не прибегая к ручному пособию. Это вызывает необходимость поиска новых путей в решении проблемы. Наличие значительного количества различных



методов ликвидации ректоцеле свидетельствует о том, что проблема лечения данной нозологии пока еще не решена. Остается открытым вопрос дифференцированного патогенетически обоснованного подхода к выбору объема оперативного вмешательства в зависимости не только от степени, но и от уровня и вида ректоцеле. Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения ректоцеле путем внедрения разработанной методики направленной на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создание удерживающего фасциально-мышечного каркаса. Материалы и методы: Проведен анализ результатов оперативного лечения 63 пациенток с ректоцеле на базе хирургического отделения клиники ФГБОУ ВО РостГМУ. В 66,7% наблюдений рассматриваемая патология возникала у женщин, которые в анамнезе перенесли избыточные физические нагрузки, тяжелые многократные роды, а также роды крупным плодом, что зачастую являлось пусковым механизмом в развитии рассматриваемой патологии. На основании полученных данных разработан оригинальный способ операции по устранению ректоцеле с использованием аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя, дополненной модифицированной методикой передней леваторопластики (патент РФ № 2526971). Применяя разработанный «Способ выбора метода хирургического лечения ректоцеле» (патент РФ № 2593742) метод хирургического лечения был предложен и апробирован у 20 больных с ректоцеле II и III степени. Средний возраст пациенток составил 51,4 года. Сроки послеоперационного мониторинга составили не менее 3-х месяцев. При контрольных осмотрах, проведенных спустя 3 и 6 месяца после операции, помимо общеклинических методов применялись комплексная аноректальная манометрия, ано- и ректоскопия, эндоректальное ультразвуковое исследование. Результаты исследования: В раннем послеоперационном периоде в группе которым была выполнена модифицированная операция Лонго, интенсивный болевой синдром, потребовавший назначения наркотических анальгетиков, отмечался у 7 (35%) пациенток. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации было отмечено у 3 (15%) больных. Данные жалобы купированы в течение 10 суток на фоне проводимой комплексной терапии. После хирургического вмешательства у 18 (90%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, у 2 (10%) пациенток, ранее имевших ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 7 до 9 суток. Гнойно-воспалительных, геморрагических

осложнений не отмечено. При амбулаторном контрольном обследовании спустя 3 месяца после операции рецидива заболевания не отмечено, констатирована компенсация синхронной рефлекторной деятельности запирающего аппарата. Выводы: При использовании разработанного оригинального способа комбинированного хирургического вмешательства у 20 больных с ректоцеле II и III степени неудовлетворительных результатов отмечено не было. Таким образом, полученные результаты показали, что применение разработанной методики лечения ректоцеле, позволяет получать стабильные функциональные результаты, достичь купирования обструктивной дефекации, снизить вероятность послеоперационных рецидивов за счет одномоментного выполнения циркулярной слизисто-подслизистой резекции стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса.

1366. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ - ПОКАЗАНИЯ, МЕТОДЫ

Гырбев Г.Б.(1), Живков И.П.(1), Георгиева С.М. (2), Петров И.С. (3)

София, Болгария, 2)София, Болгария,
3) Петрич, Болгария

- 1) Первая многопрофильная больница, София,
- 2) Медицинский университет, София, Факультет общественное здравоохранение,
- 3) Больница "Рокфелер", Петрич

Введение и цель: Патологическое ожирение является заметное увеличения веса за счет жира, которое приводит к серьезным заболеваниям, как результат ожирения. По данным ВОЗ с 1980 года случаи патологического ожирения увеличилась более чем в два раза. Опять же, согласно их статистике в 2014 г. от избыточного веса страдают 1,9 млрд взрослого населения (старше 18 лет), с 600 миллионов из них имеют патологическое ожирение. Во всем мире в 2013 году 39% взрослого населения имеет избыточный вес и 13% страдают ожирением. 42 миллионов детей в возрасте до 5 лет страдают ожирением. Цель научно-исследовательской работы является представить обзор литературы и личного опыта хирургического лечения патологического ожирения.

Материал и методы: Это обзор медицинской литературы и их собственный клинический материал для хирургического лечения патологического ожи-



1367. НЕКОТОРЫЕ РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Федоровский В.В.

Новосибирск

НГМУ, ГБУЗ НСО ГKB №34

рения. Лечение патологического ожирения. Патологическое ожирение как медицинская и социальная проблема требует комплексного подхода к лечению, в котором процесс включает многопрофильную группу - гастроэнтеролог, эндокринолог, диетолог, кардиолог, психолог, анестезиолог, который специализируется на реабилитации и не в последнюю очередь хирург опыт в бариатрической и метаболической хирургии. Методы лечения: 1. Внеоперационные методы: - Диетолечение и санаторно-курортное лечение с подготовкой снижения веса и тренировки; - Медикаменты - липидные энтеросорбенты и блокаторы углеводного обмена и поглощения; - Эндоскопические методы - размещение ограничительный пузырь и внутренний (трансендоскопика) гастропликация. Преимущества этих методов являются удовлетворительными не долгие результаты, относительно низкий риск лечения и легки в применении. К недостаткам можно отнести наступления момента "плато" на снижение веса, легкая потеря мотивации и относительно быстрого возвращения первоначального веса, и часто и более высокого индекса массы тела, по сравнению с исходящим уровнем. 2. Оперативные методы: - Желудочный полосатость - Пликация желудка - в последние годы в основном осуществляется лапароскопически. Это вмешательство характеризуется хорошими долгими результатами независимо от относительно легкой осуществимости. Продольной и вертикальной гастрэктомии ("рукавная гастрэктомия", "вертикальная гастрэктомия"): Наиболее популярными в последние несколько лет хирургический метод лечения патологического ожирения, которая характеризуется относительно низкой периоперационным риском, хорошие близкие и отдаленные результаты, легкое технико-экономическое исполнение опытным бариатрическим и лапароскопическим хирургом. Эффект- гормональный баланс - лептин, грелин, инсулин и многое другое. Существенным недостатком является относительно высокая стоимость аппаратуры и инструментов. - Оперативные методы Мальабсорбции приводят к значительному и относительно быстрому достижению результатов. Высокий операционный риск зависит от продолжительности операции. Сложный контроль в послеоперационном периоде. Высокие финансовые расходы и необходимость в высококвалифицированном и слаженном экипае. Заключение: Хирургическое лечение патологического ожирения завоевывает все большую популярность, применяется в большем количестве пациентов, как во всем мире, так и в Болгарии. С хорошим операционным экипаем и при выполнении алгоритмов получают очень хорошие результаты.

Актуальность. Количество больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ не снижается. Результат лечения зависит от своевременной диагностики. Причины кровотечений разнообразны. Несмотря на успехи эндоскопии, в ряде случаев поставить диагноз очень трудно. Не всегда эндоскопическое исследование помогает установить источник.

Материал и методы. Изучены причины кровотечений у больных, лечившихся в отделении хирургии за 10 лет (2007-2016 г.г.). Полученные результаты. Всего с 2007 по 2016 год находилось на лечении 1620 больных с кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Из них с язвенными кровотечениями - 984 человека (60,74 %), с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени - 212 человек (13,09 %), с другими причинами - 424 (26,17 %). К другим причинам относятся: синдром Мэллори-Вейса, эрозивный эзофагит, эрозивный гастрит, эрозивный гастродуоденит, полипы желудка, болезнь Дьелафуа. Единичные ангиоэктазии желудка и двенадцатиперстной кишки, как и единичные эрозии, обнаружены у 15 больных (2,42%). Клинически у этих больных отмечались рецидивные кровотечения. В одном случае кровотечение из единичной эрозии в области БСДК упорно рецидивировало и потребовало оперативного вмешательства, прошивания кровоточащего участка. Единичные ангиоэктазии как источник кровотечения встречались у больных, у которых при обследовании были выявлены также признаки портальной гипертензии. В 5 (0,3%) случаях источником кровотечения являлись язвы тонкой кишки. В одном случае - в отдаленном периоде после химического ожога, в других причина не установлена. Во всех случаях диагноз ставился интраоперационно. Интересным представляются кровотечения из нижнего горизонтального отдела 12 перстной кишки (2) и начального отдела тощей кишки (1), которые наблюдались у трех больных пожилого возраста (0,19%). Для клинической картины было характерно профузное кровотечение, которое внезапно останавливалось, а через некоторое время рецидивировало вновь. В одном случае сделана лапаротомия, однако источник кровотечения не выявлен. Все трое больных умерли.



В первых двух случаях найденные на вскрытии изменения были расценены как пенетрация язвы в аорту, в третьем обнаружена атеросклеротическая мешковидная аневризма брюшного отдела аорты с формированием аортодигестивного свища (тонкая кишка) и разрывом стенки. Летальность при язвенных кровотечениях составила 2,95%, а при редких причинах – 9,9%. Обсуждение. В литературе имеются сообщения о случаях пенетрации атеросклеротических бляшек из аорты в окружающие ткани. Описаны случаи пенетрации как грудного так и брюшного отделов аорты. Учитывая крайне нетипичную локализацию язвы в нижнем горизонтальном отделе 12-перстной кишки, можно предположить, что в наших наблюдениях имело место пенетрация атеросклеротической бляшки, а не язвы. Во всех случаях ЭГДС не выявила источник кровотечения. В диагностике язв тонкой кишки эффективной представляется двухбаллонная энтероскопия, которая, однако, для многих клиник пока остается труднодоступным методом. Выводы и рекомендации. Пенетрация атеросклеротической бляшки в кишку с кровотечением является редким, но крайне опасным осложнением. В связи с повышением продолжительности жизни, можно ожидать, что частота осложнения атеросклероза аорты будет возрастать, в том числе и кровотечений. Для уточнения диагноза полезными могут быть КТ с контрастным усилением или ангиография.

1368. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОВОДНИКОВЫХ СИСТЕМ ПРИ РЕНТГЕНО – ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Луцевич О.Э.(1), Галлямов Э.А.(1),
Ревакин В.И.(2), Макушин А.А.(2),
Лактюнькина Е.Н.(2), Кунгурцева Е.А. (2)*

Москва

- 1) Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
- 2) АО ГК Медси Клиническая больница № 2.

В последние годы в клинической практике при выполнении рентгено-эндоскопических вмешательств используются системы, главной отличительной чертой которых являются гибкие проводники, используемые на всех этапах вмешательства: канюляция нужной протоковой системы, ЭПСТ, экстракция конкрементов, стентирование протоков. Попытки применения этого метода предпринимались нами у 79 пациентов с клини-

ческой и инструментальной картиной обтурационной желтухи. Рентгенологическая информация о состоянии билиарной системы была получена у 93,6% больных, в 5 случаях был канюлирован проток поджелудочной железы, что в 3 наблюдениях было диагностировано на основании рентгенологического контроля за продвижением проводника, а в 2 – после введения контрастного вещества. На основании полученных данных изолированный холедохолитиаз был диагностирован у 5 больных; холедохолитиаз в сочетании со стенозом БСДК выявлен у 52 пациентов и изолированный стеноз БСДУ в 14 случаях. ЭПСТ выполнялась без извлечения проводника, после замены канюляционного катетера на диатермозонд Демлинга-Классена у 74 пациентов. Литоэкстракция с использованием гибкого проводника была успешно использована у 61 больного, в 11 случаях с этой целью, а также для предварительного внутрипротокового разрушения камней и извлечения фрагментов камней применялся механический литотриптор. У 2 пациентов применение имеющихся в нашем распоряжении методов успеха не имело, вмешательство было завершено холедоходуodenальным дренированием с последующей литолитической терапией. Завершение санации гепатикохоледоха осуществлялось после 2-2,5 месяцев консервативного лечения. Осложнения в виде отека панкреатита диагностированы у 2 пациентов из 5, у которых избирательная канюляция не удалась. Применение проводниковых методов быстрой смены инструментов во время рентгеноэндоскопических вмешательств на билиарной системе по поводу холедохолитиаза позволяет существенно снизить лучевую нагрузку на пациентов и персонал, а также количество и тяжесть осложнений.

1369. ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИЙ ИЗ БИМАММАРНО-АКСИЛЛЯРНОГО ДОСТУПА

*Пантелеев И.В.(1), Щеголев А.А.(2),
Митичкин А.Е.(1), Гадзыра А.Н.(1)*

Москва

- 1) Центр эндокринной хирургии ГБУЗ ГКБ им.Ф.И.Иноземцева ДЗМ
- 2) ФГБОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова ДЗМ

Актуальность: Значимым фактором при вмешательстве на щитовидной железе является послеоперационный рубец на шее, что не устраивает многих пациентов с косметической точки зрения.



Поиск хирургических методов лечения патологии щитовидной железы без рассечения кожных покровов шеи является актуальным. Материалы и методы: Эндоскопические гемитиреоидэктомии из АВВ доступа в центре эндокринной хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева проводятся с 2015 года. За это время подобные операции выполнены 14 больным. Все пациенты женщины, средний возраст их составил $36 \pm 12,3$ лет (диапазон от 24 до 51 лет). Показаниями для операции служили: фолликулярное новообразование щитовидной железы, размерами до 3 см (10), узловой коллоидный зоб размером до 4,5 см (4). Доступ осуществлялся полуторасантимитровыми верхними параареоларными разрезами и терксантиметровым разрезом по краю большой грудной мышцы в аксиллярной области на стороне поражения. В подкожножировой клетчатке формировались ходы для инструментов, в области над щитовидной железой формировалось рабочее пространство. Устанавливались и фиксировались к коже троакары, вводились инструменты. Далее осуществлялся поиск анатомических ориентиров: белой линии шеи, трахеи, после чего грудинощитовидные и грудиноподъязычные мышцы на стороне поражения пересекались, обнажалась доля щитовидной железы. После пересечения перешейка жестким зажимом осуществлялась тракция доли с поэтапным пересечением сосудов ультразвуковыми ножницами. Выполнялась мобилизация околощитовидных желез, возвратного гортанного нерва, целостность которого в 5 случаях контролировалась с помощью нейромонитора. Удаленная доля с узловым образованием извлекалась через аксиллярный доступ, через который ложе удаленной доли в разных случаях дренировалось силиконовой трубкой или латексной полоской, накладывались внутрикожные швы на кожу. Полученные результаты и обсуждение: Средняя продолжительность операции составила 70 мин (от 45 до 120 мин), интраоперационная кровопотеря – в среднем 30 мл (диапазон 10 мл до 50 мл). У одной больной выполнена конверсия на открытое вмешательство, что было связано с частично загрудинным расположением узлового образования и разрывом доли щитовидной железы в момент выполнения тракции с последующим кровотечением. Операционные осложнения: по одному случаю: парез возвратного гортанного нерва (операция без использования нейромонитора), ожог кожи 1 степени в связи с чрезмерно близким к ее поверхности использованием ультразвуковых ножниц, послеоперационная гематома. Следует отметить, что при размерах узлового образования более 4 см, манипуляции в относительно ограниченном пространстве, сформированном в подкожно-жировой клетчатке над железой, достаточно затруднитель-

ны и не обеспечиваются должным образом визуализация анатомических структур, что, в совокупности с отсутствием нейромониторинга, и привело к возникновению пареза возвратного гортанного нерва. Выводы и рекомендации: Таким образом, не смотря на хороший косметический эффект, эндоскопические гемитиреоидэктомии выполняемые из аксиллобипараареоларного доступа имеют ряд ограничений как по размерам узлового образования (до 4 см), так и по его локализации (загрудинное расположение).

1370. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ И АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ

Золкин В.Н., Антонова И.Г., Богомазов И.Ю., Толстов П.А., Маров К.Б., Коротков И.Н.

Москва

ГБУЗ «ГКБ им.Д.Д.Плетнёва ДЗМ»

Актуальность: Восстановление кровообращения конечности у пациентов с острыми артериальными тромбозами подколенной артерии и артерий голени является одной из наиболее сложных проблем экстренной сосудистой хирургии. Единственный метод спасения конечности при данной патологии это выполнение артериальных реконструкций или эндоваскулярных вмешательств. Материал и методы: С января 2012 по январь 2017 года в отделении сосудистой хирургии ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ» 107 пациентам с острым артериальным тромбозом выполнено 110 артериальных реконструкций или эндоваскулярных вмешательств на подколенно-берцовом сегменте. 80% составили мужчины, средний возраст пациентов 65,7 лет. Сопутствующая патология: ИБС у 60,5%, ПИКС у 29,1%, ГБ у 81,4%, сахарный диабет 2 типа у 20,9% больных. 89% пациентов страдали облитерирующим атеросклерозом. 75% пациентов оперированы по поводу первичного артериального тромбоза подколенной артерии и артерий голени. У 12% причиной острой ишемии прослужила осложненная аневризма подколенной артерии. В 18% случаев острая ишемия возникла при поздней реокклюзии области ранее перенесенной артериальной реконструкции, а в 7% зоны эндоваскулярного вмешательства. Распределение по степени острой ишемии было следующим: I степень - 70 (65%); IIA степень – 24 (22%), с IIB– 7 (7%) и с IIB - 6 пациента (6%). Всем пациентам выполнялось перед операцией ультразвуковое дуплексное исследование. Дооперационная ангиография была про-



ведена в 89 % случаев. В течение первых суток при острой ишемии I степени операция выполнена 36 % больных, при ишемии II степени в 78% случаев. В 12% случаев реконструктивной операции предшествовала попытка тромбэктомии. Выполнены следующие операции: шунтирование в дистальную порцию подколенной артерии – 19, берцовое шунтирование – 23, эндартерэктомия с пластикой заплатой – 20, резекция аневризмы подколенной артерии с протезированием подколенной артерии или шунтированием в берцовые артерии – 13, тромбэктомия из шунта с дистализацией – 8, эндоваскулярное вмешательство – 25, гибридная операция – 2.

Результаты: Ранний послеоперационный тромбоз развился в 24 случаях (22%), из них тромбэктомия из шунта была эффективна у 4 пациентов. У пациентов, оперированных с I степенью острой ишемии ранний послеоперационный тромбоз произошел в 19,6% случаях, II степенью у 29% пациентов. У трех больных возникло кровотечение из послеоперационной раны, в одном случае диагностировано нагноение послеоперационных ран, потребовавшее удаление инфицированного протеза и ампутации конечности на уровне бедра. Общее количество высоких ампутаций - 11(10%), 4 пациентам произведены некрэктомии или ампутации на уровне стопы. Послеоперационная летальность - 2%. Обсуждение: Артериальные реконструкции и эндоваскулярные вмешательства на подколенной артерии и артериях голени при остром артериальном тромбозе позволяют сохранить конечность у 90% пациентов. Первичная проходимость зоны эндоваскулярного вмешательства составляет 92%, летальных исходов и высоких ампутаций в этой группе не отмечено. Выводы: Хирургическое лечение острых артериальных тромбозов подколенно-берцовой зоны является эффективным методом восстановления кровообращения и спасения конечности. Лучшие результаты восстановления кровообращения наблюдаются при выполнении эндоваскулярных вмешательств.

Рекомендации: Пациентам с острыми артериальными тромбозом подколенно-берцового сегмента должно быть экстренно проведено ультразвуковое ангиосканирование и ангиография. Оперативное вмешательство необходимо выполнить в максимально короткие сроки, оптимальным является эндоваскулярное вмешательство.

1371. ВАРИКОЗНЫЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э., Баранов А.Э.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" МЗ РФ

Актуальность и цель. Алгоритм проведения лечебных мероприятий при варикозных пищеводно-желудочных кровотечениях (ВПЖК), вызванных портальной гипертензией (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП), тщательно прописан в Национальных клинических рекомендациях. Он подразумевает триаду, включающую меры медикаментозно-компрессионного гемостаза (МКГ), процедуру эндоскопического лигирования (ЭЛ) и портосистемное шунтирующее пособие (предпочтительно TIPS/ТИПС). Большинство лечебных учреждений, в которые поступают пациенты с ВПЖК, не располагают возможностью осуществления ЭЛ, отличающегося наибольшей эффективностью в аспекте достижения устойчивого гемостаза. Поэтому в этой фазе лечения на первый план выходит повышение эффективности мер МКГ. Тромбоцитопения, обусловленная гиперспленизмом и сопровождающая практически каждый случай ВПЖК при ЦП, является фактором, значительно ухудшающим возможности МКГ. Важно заметить, что в ряде исследований установлено усиление адгезивной способности тромбоцитов при введении препаратов серотонина. Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с ВПЖК включением серотонина адипината (отечественного препарата Динатон) в комплекс мер МКГ для повышения эффективности гемостаза в условиях тромбоцитопении. Материал и методы. Хирургическая клиника РостГМУ располагает опытом лечения 440 больных с ВПЖК при ПГ цирротического генеза, из числа которых у 157 была применена процедура ЭЛ (2010-2017 гг.) и у 203 выполнена операция TIPS/ТИПС (2007-2017 гг.). Располагая возможностями выполнения данных вмешательств, мы тем не менее придаём большое значение эффективности первичного МКГ. Были проанализированы результаты МКГ в двух группах клинического исследования, сопоставимых по основным клинико-диагностическим показателям. В I-ю (контрольную) группу включены 40 больных, которым проводились общепринятые мероприятия (установка зонда Блэкмора, возмещение плазмо- и кровопотери, применение селективных вазоконстрикторов из групп терлипрессина и ок-



треотида, введение ингибиторов фибринолиза, ингибиторов протонной помпы), регламентированные Национальными рекомендациями. Исходное среднее значение тромбоцитов составило $58,4 \pm 4,7 \times 10^9/\text{л}$. Во II группу ($n=40$) вошли больные, которые дополнительно к вышеописанным МКГ получали серотонина адипинат (Динатон) 100-300 мг/сутки в/в на протяжении 3-10 сут. Исходное значение тромбоцитов - $51,8 \pm 5,6 \times 10^9/\text{л}$. Исследованию подверглись клинические данные и лабораторные показатели «красной» крови, динамика параметров системы гемостаза в сроки до 6 нед, эндоскопическая картина, частота развития рецидивов геморрагий, летальность.

Результаты. Установлено, что включение серотонина адипината (Динатона) в комплекс регламентированных мероприятий МКГ по лечению ВПЖК способствовало повышению эффективности гемостаза. Достижение более устойчивого МКГ у пациентов II группы нашло выражение в меньшем количестве рецидивов геморрагий, а также более низкой ранней летальности (6-недельной). Эффективность МКГ (безрецидивный гемостаз в течение 6 нед) в I группе составила 67,5%, во II – 77,5%. Показательной является динамика параметров «красной» крови и, особенно, данных коагулограммы (в первую очередь – АЧТВ, D-димеров и РФМК), которая свидетельствует о более надёжном гемостазе у больных II группы. Также установлено, что при выраженной тромбоцитопении (менее $50 \times 10^9/\text{л}$) применение серотонина адипината (Динатона) 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.

Выводы: 1. Для повышения эффективности гемостаза при ВПЖК в условиях тромбоцитопении целесообразно применение серотонина адипината (отечественного препарата Динатон), повышающего адгезивную способность тромбоцитов; 2. Эффективность серотонина адипината в подгруппе пациентов с выраженной тромбоцитопенией (менее $50 \times 10^9/\text{л}$) превышает таковую при количестве тромбоцитов $50-100 \times 10^9/\text{л}$.

1372. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИЙ

Васюков М.Н.(1), Каган И.И.(2), Третьяков А.А.(3)

Оренбург

1)Оренбургский областной клинический онкологический диспансер,
2)ОргМУ, 3)ОргМУ

Актуальность. Пневмонэктомия - сложная и травматичная операция, которая нередко является операцией выбора при местно-распространенных формах рака легкого – она ведет к выраженным послеоперационным функциональным и топографо-анатомическим изменениям органов груди. Изучение топографо-анатомических изменений средостения и его органов может быть связано с функциональными нарушениями органов грудной клетки после пневмонэктомии. Цель. Выявить основные морфометрические изменения средостения после пневмонэктомии. Материал и методы. Проведен анализ аксиальных компьютерных томограмм 17 пациентов до пневмонэктомии и через 6 месяцев после вмешательства. Из 17 пневмонэктомий 12 были выполнены слева, 5 – справа. Морфометрические характеристики средостения изучались на аксиальных срезах, проходящих через середину тела II-XII грудных позвонков. Анализировались поперечный размер (ширина) переднего и заднего средостения, степень смещения правой и левой границ переднего и заднего средостения. Результаты исследования. Анализ ширины переднего и заднего средостения через 6 месяцев после пневмонэктомии показал, что после пневмонэктомии справа ширина переднего средостения изменяется незначительно – максимальное увеличение (до 14 мм) определяется на уровне ThIV, а на уровне ThIX-X происходит уменьшение размеров на 16 мм. Напротив, после операции слева ширина переднего средостения увеличивается значительней, преимущественно на уровне IV-VIII Th (максимально на 32мм). Ширина заднего средостения увеличивается как после пневмонэктомии справа, так и слева. Справа максимальное увеличение определяется на уровне ThIV-VII (22 мм), а после операции слева на уровне ThIII-IV (24 мм). Степень смещения переднего средостения после операций различна: после пневмонэктомии слева переднее средостение смещается в большей степени, чем после пневмонэктомии справа (62 мм и 44 мм соответственно), максимально на уровне ThVIII-X. Задний отдел в наибольшей степени смещается на уровне ThVI-IX. После пневмонэктомии справа заднее средостение смещается в большей



степени, чем после пневмонэктомии слева (41 мм и 31 мм соответственно). Обсуждение полученных данных. Увеличение ширины переднего средостения после пневмонэктомии слева возможно связано с элевацией левого купола диафрагмы и некоторого смещения сердца в краниальном направлении. Предполагаем, что увеличение ширины заднего средостения обусловлено значительными смещениями пищевода. Если до операции пищевод располагается впереди и справа от нисходящего отдела аорты, то через 6 месяцев он значительно меняет свое положение: после пневмонэктомии справа - определяет правую границу заднего средостения, а после операции слева перемещается влево от нисходящего отдела грудной аорты, и является левой границей заднего средостения. Меньшая степень смещения переднего средостения после операции справа, особенно на уровне ниже-грудных позвонков возможно объясняется элевацией правого купола диафрагмы и печени, которая препятствует смещению. Выводы. Таким образом, после пневмонэктомии изменение топографии средостения заключается не только дистопией в сторону удаленного легкого. Смещение средостения сопровождается изменением его ширины, а степень смещения зависит от стороны вмешательства.

1373. ОСОБЕННОСТИ ИНТРАГАСТРАЛЬНОГО pH И АНТИСЕКРЕТОРНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Косенко П.М., Вавринчук С.А., Сунозова Г.Д.

Хабаровск

ФГБОУ ВО "Дальневосточный государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения РФ

Актуальность. Успехи современной фармакотерапии язвенной болезни, требуют пересмотра показаний к хирургическому лечению пилородуоденального стеноза (ПДС). Однако в доступной литературе нами не найдено сведений об особенностях интрагастрального pH желудка и его изменении при введении ингибиторов протонной помпы (ИПП) при различных степенях компенсации язвенного ПДС, что не позволяет адекватно определять показания к медикаментозной терапии и оперативному лечению. Материалы и методы. Всего обследовано 68 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной ПДС, разделенных по степени компенсации стеноза на три группы. Степень компенсации ПДС

определяли по классификации Ю.М. Панцырева и А.А. Гринберга. Контрольную группу составили 35 здоровых лиц. Всем больным проведен интрагастральный суточный pH-мониторинг по стандартной методике аппаратом «Гастроскан-ГЭМ». Оценивали исходный уровень интрагастрального pH и антисекреторный ответ на введение 40 мг омепразола. Результаты. У больных с компенсированным стенозом выявлены начальные признаки нарушения ощелачивающей функции антрального отдела желудка в виде статистически значимого ($p=0,033$) увеличения процента времени с pH

1374. ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Чернядьев С.А., Лещинская А.Ю.

Екатеринбург

Кафедра хирургических болезней лечебно-профилактического факультета Уральского Государственного Медицинского Университета
Центральная Городская Клиническая Больница №1, г. Екатеринбург

Несмотря на прогресс медицинских технологий, лечение пациентов с острой мезентериальной ишемией остается нерешенной проблемой современной хирургии. По данным современных авторов, на долю этих пациентов приходится 1 - 2,5% больничной летальности. Позднее обращение данного контингента за медицинской помощью, безусловно, влияет на исходы лечения, но является труднорегулируемой проблемой. Принятые в настоящее время эндоскопические методы операций минимизируют травматичность вмешательств у этих больных, но не всегда позволяют оценить возможность резекции нежизнеспособной кишки. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, пролеченных в хирургической клинике ЦГКБ №1 г.Екатеринбурга в 2014-2016 г.г. с диагнозом: острая мезентериальная ишемия. Общее число наблюдений 74, среди них женщин – 46 (62,2%), мужчин – 28(37,8%). Возраст заболевших от 48 до 92 лет, в среднем $76,9\pm 0,3$ лет. Результаты и обсуждение. Время от начала заболевания до постановки диагноза варьировало от 4 часов до нескольких суток, в среднем составил $44\pm 0,2$ часа. 55 больных(74,3%) доставлены из дома, 19 (25,7%) переведены в хирургическую клинику из других отделений или ЛПУ. 24 (32,4%) пациента поступили в состоянии



шока. Полиморбидность была типичной чертой: гипертоническая болезнь выявлена в 65(87,8%), ИБС – 55(74,3%), нарушения сердечного ритма – 49 (66,2%) случаев, мультифокальный атеросклероз диагностирован у 41 пациента (55,4%), сахарный диабет у 19(25,7%). Специфических черт клиническая картина заболевания не имела, и наиболее частыми жалобами пациентов были боль в животе – 71 (95,9%) и диспепсия – 46(62,2%). Результаты объективного обследования, комплекса стандартных лабораторных и инструментальных методик определили дальнейшую тактику лечения. 73 пациента из исследуемой группы (98,6%) были оперированы в ближайшие от поступления часы. В качестве первичного операционного доступа у 53 (72,6%) использована лапароскопия, которая расширена до лапаротомии у 43 пациентов (58,9%); у остальных 20 (27,4%) - изначально выбран лапаротомный доступ. В 46 случаях от общего числа операций (63%) хирургическое вмешательство закончено выполнением ревизии органов брюшной полости в связи с обширностью поражения или невозможностью определения границ резекции на данном этапе. Все вмешательства выполнялись без привлечения ангиохирургов и восстановительных операций на брыжеечных артериях. У 21 больного (28,7%) выполнены различные по объему резекции кишки, из них по 6(8,2%) случаев наложения первичного анастомоза или формирования стомы. У остальных концы резецированной кишки были ушиты наглухо и погружены в брюшную полость до проведения повторной операции. В ближайшее время таким вмешательствам были подвергнуты 34 (46,6%) от общего числа оперированных пациентов, из них 8(10,9%) наложен межкишечный анастомоз. Летальность составила 56 человек (75,7%), основные ее причины - эндотоксикоз и септический шок. Выписаны с выздоровлением 18 оперированных пациентов (24,3%), среди которых 11- после резекций(52,4% от данного вида вмешательства) и 7(9,6%) больных с сегментарными неокклюзионными и венозными формами тромбоза после диагностической операции и эффективной консервативной терапии. Выводы: 1. В условиях ограниченного применения КТ – ангиографии, основным инвазивным методом диагностики острой мезентериальной ишемии является лапароскопия, которая использована у 72,6% пациентов. 2. При обнаружении участков кишки сомнительной жизнеспособности целесообразна конверсия доступа до лапаротомного для более точного определения возможностей проведения ее резекции – метода лечения с наибольшей выживаемостью больных (52,4%). 3. Настороженность врачей всех специальностей в отношении данной патологии и активная хирургическая тактика, в том числе, выполнение сосудистого этапа

операции, могут изменить статистику исходов у этих пациентов.

1375. ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ГИНЕКОМАСТИЕЙ И ВАРИКОЦЕЛЕ

*Исаева Н.Д.(1), Курбанова З.В.(1),
Курбанисмалова М.Г.(1), Омарова Х.З.(1),
Ахмедов А.А.(2)*

Махачкала

1)ДагГМУ2)НГУЗ ОКБ ОАО РЖД

Актуальность: Причины возникновения истинной гинекомастии, до сих пор, полностью не ясны. Высказываются предположения, что клетки –мишени железистой ткани пораженной стороны имеют повышенную чувствительность к эстрадиолу, в связи с чем, и происходит увеличение молочных желез, несмотря на нормальный гормональный фон. Причинами возникновения гинекомастии в зрелом возрасте могут быть хронические заболевания почек, ожирение, нарушение функцией щитовидной железы, опухоли яичек и др. Среди лекарственных препаратов провоцирующими гинекомастию действием обладают некоторые сердечные, мочегонные, противоязвенные и противоопухолевые препараты, и некоторые БАДы. Особо выделяются наркотические препараты – героин, марихуана и амфетамин. Нарушение баланса может быть связано как со снижением уровня тестостерона, так и с повышением уровня эстрогенов в организме мужчины. При этом значение нередко имеет не столько абсолютное, сколько относительное содержание гормонов. Следовательно, при нормальном содержании тестостерона, но при повышенном содержании эстрогенов, может возникнуть гинекомастия. И напротив, при нормальном уровне эстрогенов, но при сниженном уровне тестостерона, опять же возникает гинекомастия. Включение в алгоритм обследования больных с сочетанной патологией УЗИ, позволит своевременно определить и подобрать комбинированное лечение при сочетании гинекомастии с варикоцеле. Целью настоящего исследования является оптимизация ультразвуковой диагностики гинекомастии с варикоцеле. Материал и методы: Наше исследование посвящено изучению 127 случаев гинекомастии у лиц мужского пола в возрасте от 16 до 18 лет на базе хирургического отделения НГУЗ ОАО отделенческой клинической базы РЖД на ст. Махачкала в период с 2006 – по 2016 год, из них в 73 случаях мы обра-



тили внимание на сочетание с варикоцеле. Из них в 52 случаях левостороннее варикоцеле, а в 21 случаях двухстороннее. Пик сочетания этих патологий приходится на возраст от 16 до 28 лет. Известно, что двухсторонняя гинекомастия в препубертатном возрасте подлежит тщательно подобранной терапии андрогенами. Тем не менее, не всегда лечение проводится своевременно и зачастую без должного внимания родителей. В свою очередь подобное отношение приводит к отрицательному результату консервативного лечения и потерю гендерности- по мужскому типу. В исследованиях сочетанных гинекомастии с варикоцеле в 9 случаях мы наблюдали, двухстороннее развитие патологии с нарушениями гендерности по женскому типу в возрасте от 22-х до 28 лет. Замечено, что в этих случаях снижена личностная самооценка, вплоть до глубокого нарушения психических поведенческих реакций. По нашему мнению таких психопатологических изменений можно было бы избежать при своевременном выявлении варикоцеле в препубертатном возрасте, внедряя широко и в обязательном порядке в алгоритм обследования пациентов УЗИ молочных желез и яичковых вен наряду с гормонограммой. Полученные результаты: проведен анализ УЗИ исследований молочных желез и яичковых вен при сочетанной патологии 127 пациентам с сочетанной патологией и во всех случаях выявили следующие УЗИ-признаки при истинной гинекомастии. 1)Наличие гипэхогенных включений. 2)Наличие тубулярных структур с хаотичным направлением. 3)Отсутствие патологической васкуляризации. При УЗИ яичковых вен выявлена следующая триада экзогенных признаков. 1)Наличие извитых и расширенных вен семенного канатика от 2,5 до 4,2мм. 2)При нагрузке расширение достигало от 5 мм. до 9 мм. 3)При доплерографии, чем выраженнее вазодилатация, тем замедленнее рефлюкс от 2 сек. до 5 сек. Во всех случаях нашим пациентам было предложено сочетанное одномоментное оперативное вмешательство: подкожная мастэктомия параареолярным доступом и иссечение яичковых вен по Мармару. Полученные результаты предлагаемого метода сочетанного хирургического лечения уменьшило сроки пребывания пациента в стационаре вдвое создавая значительный экономический эффект. А послеоперационное наблюдение в течение 2; 6;12;18;24 месяцев показало положительное воздействие на психику пациентов с повышением гендерных признаков по мужскому типу, улучшением личностной самооценки и ускорением социальной реабилитации. Выводы: Включение в алгоритм обследования УЗИ молочных желез и яичковых вен в препубертатном периоде дает возможность своевременного выявления сочетанной патологии гинекомастии и варикоцеле, определя-

ет тактику оперативного лечения и предотвращает глубокое нарушение гормонального баланса с нарушением социальной активности, а также позволит улучшить качество жизни пациента с повышением гендерности, путем рационального комбинированного лечения. Рекомендации: УЗИ молочных желез с доплерографией яичковых вен включать в алгоритм обследования пациентов с гинекомастией сочетанной с варикоцеле с целью своевременного выявления патологии для определения комбинированного лечения.

1376. ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КЛЕТОК ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ НА ФОНЕ ЛИМФОТРОПНОЙ И МОНООКСИДОМ АЗОТА ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

*Мусаилов В.А.(1), Москаленко В.И.(1),
Москаленко В.В.(2), Есипов А.С.(1)*

Красногорск, 2) Москва

- 1) филиал №1 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России
- 2) Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Минобороны России

Частота перитонита, вызванного заболеваниями и травмами мочевой системы составляет 10-15% от общего числа перитонитов и летальность достигает 15-20% (Мартюшев А.В., 1998). Цель исследования. Изучить клеточный состав перитонеальной жидкости у больных перитонитом, вызванным заболеваниями и травмами верхних мочевыводящих путей на фоне лимфотропной и монооксидом азота терапии. Материал и методы. Исследование основано на анализе материалов историй болезни и клинических наблюдений 375 пациентов с перитонитом, вызванным заболеваниями и повреждениями мочевыводящих путей. Все пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 248 человек, которым для лечения перитонита применяли только общепринятые методы лечения. В основную группу вошли 137 пациентов с перитонитом, у которых кроме общепринятых методов лечения, проводилось лимфотропное введение амикацина и обработка брюшной полости экзогенным монооксидом азота. Для контроля за результатами использовали исследование клеточного состава перитонеальной жидкости. Перитонеальную жидкость на исследование получали интраоперационно и в послеоперационном периоде из дренажных трубок в течение трех суток от момента операции. в послеоперационном периоде продолжена лимфотропная антибакте-



риальная терапия, проводилась обработка брюшной полости через дренажные трубки аппаратом «Плазон» в режиме стимуляции «холодной плазмой» в течение 5 минут до момента извлечения дренажных трубок. Оперативные вмешательства в обеих группах выполнялись по традиционной методике (лапаротомия) с привлечением урологов. Полученные от больных мазки перитонеальной жидкости фиксировали спиртом и окрашивали селективным красителем тулоидиновым синим, являющимся самым специфичным для выявления тучных клеток. Другие препараты окрашивали моноклональными антителами типа PCNA для определения пролиферативной активности популяции лимфоцитов и макрофагов. Часть препаратов готовили для исследования с помощью сканирующей электронной микроскопии нативных препаратов (СЭМП). Анализ препаратов проводили сканирующим электронным микроскопом Phillips PSEM – 500 x со съемкой на коммерческую широкоформатную и узкоформатную пленку. Результаты и обсуждение. Исследование клеток перитонеальной жидкости, показало, что в первые сутки у обеих групп больных тучные клетки (перитонеальные лаброциты) в основном находились в состоянии дегрануляции и фактически цитоплазма их была пустая, то есть не содержала гранул с биологически активными веществами (дофамин, гистамин, гепарин, серотонин). Ко вторым суткам после операции гистологическая картина у больных контрольной группы оставалась без изменений. В основной группе заметно увеличение в клеточной популяции тучных клеток в стадии депонирования, причем, к третьим суткам количество депонирующих клеток значительно преобладало над дегранулирующими, чего не наблюдалось у больных первой группы. При изучении пролиферации лимфоцитов и макрофагов в мазках перитонеальной жидкости выявлено присутствие как «малых активных» лимфоцитов, так и «больших» лимфобластов и макрофагов. В первые сутки у обеих групп отмечено нарастание пролиферативной активности, которое в основной группе к третьим суткам было значительно выше, чем в контрольной. Пролиферативная активность макрофагов в обеих группах интраоперационно составила $18,06 \pm 1,43$. К третьим суткам в контрольной группе - $19,72 \pm 1,15$, в основной - $8,79 \pm 1,50$ И эти различия были статистически достоверны.

1377. РАК ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ С НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ: ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Семенов А.В., Попов Д.Е., Клименко А.Н., Васильев С.В.

Санкт-Петербург

Семенов А.В. (1,2), Попов Д.Е. (1,2), Клименко А.Н. (1), Васильев С.В. (1,2) 1) ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова Минздрава России 2) СПб ГБУЗ «Городская больница №9»

Актуальность проблемы лечения кишечной непроходимости в повседневной хирургической практике, как наиболее частого осложнения рака левых отделов толстой кишки, не вызывает сомнения. Вопросы первично-восстановительных операций у этой категории пациентов являются актуальными и дискуссионными. Материалы и методы: в исследовании анализируются данные о лечении 127 пациентов с обтурирующими формами рака толстой кишки левосторонней локализации, оперированные в период с 2005 по 2015 год. Все пациенты, включенные в исследование, были распределены по степени нарушения кишечной проходимости: субкомпенсированная форма – 56 (44%) случаев и компенсированная кишечная непроходимость – 71 (56%) пациент. Из числа всех прооперированных, женщин было 59 (46%), мужчин – 68 (54%). Средний возраст пациентов составил $67,4 \pm 6,3$ года. Большинство больных – 94 (74%) – поступали в стационар по экстренным показаниям, остальные – 33 (26%) – в плановом порядке. Распределение больных по локализации первичной опухоли: левая половина поперечной ободочной кишки – 3 (2%), селезеночный изгиб ободочной кишки – 8(6%), нисходящая ободочная кишка – 13 (10%), сигмовидная кишка – 49 (39%), ректосигмоидный отдел толстой кишки – 38 (30%), верхнеампулярный отдел прямой кишки – 16 (13%). Хирургическое лечение в плановом порядке выполнено у 36 (28%) пациентов, по срочным показаниям прооперирован 91 (72%) больной. Всем пациентам выполнена первично-восстановительная операция с интраоперационной ортоградной очисткой толстой кишки с помощью запатентованной методики. Превентивная колостома не была сформирована ни в одном случае. Результаты: послеоперационные осложнения встречались у 13 (10,2%) больных. Все осложнения относились к I-II степени по классификации Clavien-Dindo. Несостоятельности анастомоза, как и случаев госпитальной летальности, нами не отмечено. Выводы:



использование методики интраоперационной ортоградной очистки толстой кишки у больных раком левой половины толстой кишки, осложнённым компенсированной и субкомпенсированной обтурационной кишечной непроходимостью, даёт возможность выполнить первично-восстановительную операцию без формирования колостомы, что, безусловно, улучшает отдалённые функциональные результаты лечения этой сложной категории пациентов.

1378. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Семенов А.В., Савичева Е.С., Седнев А.В., Васильев С.В.

Санкт-Петербург

Семенов А.В. (1,2), Савичева Е.С. (1), Седнев А.В. (2), Васильев С.В. (1,2)1 ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова Минздрава России 2) СПб ГБУЗ «Городская больница №9»

В последние годы актуализируются вопросы использования малоинвазивных хирургических технологий в лечении рака прямой кишки по причине увеличения количества впервые выявленных случаев этого заболевания на ранних стадиях, в том числе в связи с распространением и популяризацией скрининговых программ. Материалы и методы. в исследование включено 42 пациента с ранними формами рака прямой кишки (РРПК), оперированных в период с 2010 по 2016 гг. Все пациенты были обследованы по стандартизированному протоколу дооперационной диагностики: ректороманоскопия/фиброколоноскопия, МРТ прямой кишки; трансректальная ультрасонография, в том числе, в режиме соноэластографии; КТ органов брюшной и грудной полости. Из всех включённых в исследование пациентов, мужчин было 19 (45%) человек, женщин – 23 (55%). Предоперационное стадирование (критерии включения в исследование): cTis-T1sm1-sm2N0M0, EMVI-, G1-2, диаметр опухоли < 3 см, локализация опухоли в ниже- и среднеампулярном отделе прямой кишки. Виды выполненных оперативных вмешательств: трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЕМ, n=32) и трансанальное миниинвазивное хирургическое лечение (TAMIS, n=10). Анализ непосредственных и отдалённых результатов лечения пациентов с РРПК выполнен в соответствии с критериями достоверности. Результаты. послеоперационные осложнения: 2 (4,8%). Медиана продолжительности

операции – 56 (30-110) мин. Послеоперационной летальности не отмечено. Во всех случаях препараты удалены единым блоком, без фрагментации. Негативные края резекции (R0) были получены во всех препаратах. Средний койко-день: 5±1. Процент совпадения предоперационного и патоморфологического диагноза по критерию Т (сТ/рТ): 34/42 (81%). Данные за местные рецидивы в группе пациентов после ТЭМ не получены; выявлен 1 случай рецидива заболевания через 7 месяцев после трансанального локального иссечения рака (pT1sm1) нижеампулярного отдела прямой кишки. Пациенту выполнено повторное хирургическое вмешательство – тотальная мезоректумэктомия. В настоящее время ни у одного пациента нет данных за прогрессирование онкопроцесса. Медиана наблюдения – 40 (6-60) месяцев. Выводы: малоинвазивные методы лечения пациентов с РРПК (локальное иссечение и ТЭМ) взаимодополняют друг друга и применяются в зависимости от локализации опухоли в ниже- или среднеампулярном отделе прямой кишки. Хирургические и онкологические результаты лечения определяют перспективность использования малоинвазивных методов лечения пациентов с начальной стадией этого заболевания (pTis-T1sm1-sm2).

1379. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ШКАЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ

Трухан А.П., Чистов Е.В.

Минск

Белорусский государственный медицинский университет Кафедра военно-полевой хирургии

Актуальность. Лечение пострадавших с травмами остается значимой проблемой не только для военно-полевой хирургии, но и для хирургии мирного времени. Одним из важных вопросов является отсутствие единого подхода к оценке тяжести травм, что в свою очередь имеет значение в выборе тактики лечения и сравнении результатов методов применяемых в различных стационарах.

Цель. Оценить возможность применения различных шкал оценки тяжести травмы при поступлении пациентов в многопрофильное лечебное учреждение.

Методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 пациентов, поступивших в многопрофильное лечебное учреждение (432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь). Выборку составили пациенты в возрасте от 18 до 57 лет, из них мужского пола – 90% (27),



женского – 10% (3). Повреждения локализовались в следующих анатомических: голова – 30,0%, шея – 3,3%, грудь – 16,7%, живот – 6,7%, таз – 10,0%, конечности – 33,3%. Для анализа были использованы наиболее распространенные (по литературным данным) шкалы оценки тяжести травмы: ВПХ-П, AIS, ISS, PTS. Результаты. В ходе проведения сравнительного анализа было выявлено, что в ряде шкал, а именно ISS, PTS не учитываются все анатомические области, кроме того имеется недостаточность учитываемого многообразия травм в поврежденных областях, что не позволяет объективно оценивать состояние каждого пациента. Установлено, что шкала ВПХ-П обладает высокой значимой положительной корреляционной связью с вышеуказанными шкалами (к AIS $r=0.658$, к ISS $r=0.602$, к PTS $r=0.610$).

1380. ТИРЕОИДИТ РИДЕЛЯ ПОД МАСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА

*Юркова Р.А., Чумбурдзе И.П., Штильман М.Ю.,
Хитарьян А.Г., Дуков С.В., Явруян О.А.,
Серьянова О.И.*

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Тиреоидит Риделя это редкая форма хронического тиреоидита. В результате воспалительного процесса происходит разрушение ткани щитовидной железы с последующим замещением паренхимы фиброзной тканью и вовлечением в процесс окружающих тканей. В настоящее время нет единого мнения по классификации тиреоидита Риделя. Выделить ли его в отдельную форму тиреоидитов, или считать последней стадией аутоиммунного тиреоидита Хасимото (1). Был классифицирован до недавних времен, в качестве независимого заболевания (2). Многие утверждают, что его необходимо исключить из классификации тиреоидитов и причислить к системным заболеваниям, так как существует гипотеза о его связи с патологией синтеза коллагена и вовлечением в процесс других органов. А в частности поражение фиброзным процессом брюшины, диафрагмы, желчного пузыря, ретробульбарной клетчатки, особенно часто ретроперитонеальной области (4). В настоящее время в России его исключили из классификации заболеваний щитовидной железы и рекомендуют рассматривать его как симптом системных заболеваний (5). Данный тиреоидит очень редкое забо-

левание. С частотой встречаемости 0,5 % от всех заболеваний щитовидной железы. Наш случай гистологически доказанного тиреоидита Риделя у 55 летней женщины указывает о не типичном течении заболевания, которое протекало клинически и лабораторно как рецидивирующий подострый тиреоидит Де Кервена. Подострый тиреоидит встречается реже. Среди пациентов с патологией щитовидной железы больные с подострым тиреоидитом составляют 0,01-0,05 % (3). Цель исследования изучить возможный клинический вариант протекания тиреоидита Риделя и решить вопрос о необходимости его хирургического лечения и какой объем оперативного пособия использовать. Клинический случай тиреоидита Риделя. Больная Н, поступила в ГБ с жалобами на острую боль в области шеи, горла, усиливающуюся при поворотах головы и шеи, боль irradiровала в заушную область, чувство уплотнения, наличие инородного тела в области шеи слева, дискомфорта при глотании, умеренного отека шеи, периодически беспокоило чувство удушья, иногда приступами появлялась раздражительность, смена настроения, повышенная потливость, сердцебиение, тремор кистей рук, температура в момент приступа повышалась до субфебрильных цифр. Из анамнеза известно, что боль в горле заставила обратиться больную к отоларингологу по месту жительства. Был поставлен диагноз обострение хронического фарингита. После проведенного курса терапии, симптомы оставались прежними. После чего ухудшение самочувствия и появление вышеописанных жалоб, заставило больную обратиться к эндокринологу. После дообследования больной, выявлено на УЗИ гипоехогенное узловое образование левой доли с УЗ- признаками внутриузловой деструкции. Больная эндокринологом направлена к хирургу на консультацию. Хирургом рекомендовано выполнение тонкоигольной пункционной биопсии. По результатам которой выявлены лимфоциты различной степени зрелости, несколько гигантских клеток. В дальнейшем больной был поставлен диагноз тиреоидита де Кервена. Проведенный курс терапии глюкокортикоидами и НПВС дал временный положительный результат, у больной появилась дополнительно клиническая картина экзогенного гиперкортицизма. Дважды проведенный курс глюкокортикоидами не принес стойкий положительный результат. Состояние больной ухудшалось. Появились новые симптомы, тиреотоксикоз, сменялся гипотиреозом. После чего больная обратилась в нашу клинику. Результаты обследования: при осмотре области шеи по передней поверхности заметна скованность мягких тканей при глотании, малоподвижность, при пальпации в левой доле щитовидной железы узловое образование, выполняющее практически



всю долю, до 3,0 см. в диаметре, каменистой плотности, нижний полюс выводился плохо, создавалось впечатление распространенного онкопроцесса. Результаты лабораторных анализов: повышение СОЭ, 61 мм/ч, повышенный уровень тиреоидных гормонов Т3-112, Т4 12,0, и пониженный уровень ТТГ 0,01, антитела к тиреопероксидазе и к тиреоглобулину не повышались. При выполнении сцинтиграфии снизилось поглощение технеция пертехнетата левой долей 2,03 % через 2 часа и 0,76 % через 24 часа. Поставлен диагноз: узловое образование левой доли щитовидной железы, рак? Решено выполнить левостороннюю гемитиреоидэктомию с истмусэктомией, интраоперационной цитологией. При ревизии в ходе операции: левая доля железы с переходом на перешеек каменистой плотностью, практически вся доля представлена узловым образованием до 3,0 см. в диаметре. Правая доля интактна, розовая, патологических образований не обнаружено. Выраженный перифокальный процесс, вовлечение окружающих мышц, подтянут спаечным процессом пищевод. Трудности доставила мобилизация возвратного гортанного нерва с использованием нейромониторинга, выделение паращитовидных желез, часть ткани которых также была вовлечена фиброзом, макроскопически белесой окраски. При мобилизации пищевода, на участке 2,5 см. десерозирован, наложены узловые швы. При выполнении интраоперационного цитологического исследования, атипичных клеток не было обнаружено. В послеоперационный период в течение 6 недель наблюдалась положительная динамика, симптомы компрессии органов шеи сгладились, но полностью не купировались. По результатам гормонов у больной признаки гипотиреоза. Была назначена заместительная терапия - левотироксин 50 мкг. После чего через 3 недели стали появляться новые жалобы на скованность области шеи, боли в горле, шеи. С иррадиацией по ходу мышц шеи, нарушение глотания, симптомы удушья, периодически появляющийся тремор кистей рук. Что заставило больную самостоятельно вернуться к терапии глюкокортикоидами и противовоспалительными препаратами. Со слабой положительной динамикой и экзогенным гиперкортицизмом, больная обратилась к нам. По результатам УЗИ исследования выявлено наличие аналогичного узлового образования как и в удаленной левой доле. Больной предложена операция по удалению правой доли. Результаты лабораторных анализов указывали на клиническую картину подострого тиреоидита. Проведенная пункционная биопсия щитовидной железы выявила единичные лимфоциты и клетки фолликулярного эпителия без атипии. Больной выполнена повторная операция по удалению правой доли. В сравнении с первой операцией труд-

ности в мобилизации правой доли были больше выражены, четких границ между тканью железы и окружающей тканью не было, только в некоторых местах. Ткань железы каменистой плотности, белесая, на первый взгляд как при гиалинозе, с выраженным перифокальным воспалением и втяжением окружающих мышц. По результатам гистологического исследования: тиреоидит Риделя. В послеоперационном периоде пациентка наблюдала положительную динамику без использования глюкокортикоидов, голос в течение дня сохранен, при длительной голосовой нагрузке тембр голоса менялся, признаков гипопаратиреоза не было, ригидность тканей передней поверхности шеи купировалась в течение 2-х месяцев. Мы опасались, что у больной с рецидивирующим течением заболевания, могут в отдаленном послеоперационном периоде проявиться симптомы системного поражения фиброзным процессом других органов и тканей. Период наблюдения за больной составил 3 года. При комплексном обследовании у больной не выявлено признаков системного заболевания. В настоящее время проходят споры по классификации тиреоидита Риделя. Считается, что гистологически тиреоидит Риделя значительно отличается от подострого тиреоидита де Кервена и похож на тиреоидит Хашимото. Клиническая картина протекания заболевания у нашей пациентки характерна для подострого тиреоидита, хотя заболевание чаще имеет двусторонний процесс одновременно. Проникновение же фиброза в окружающие ткани не характерно для подострого тиреоидита и типично для тиреоидита Риделя. В литературе мы нашли только 3 описанных клинических случая тиреоидита Риделя и с клиническим течением подострого тиреоидита (6,7,8). И только один случай с рецидивирующим подострым тиреоидитом. Таким образом, если тиреоидит Риделя не всегда можно дифференцировать от подострого тиреоидита, можно предположить, что тиреоидит Риделя есть редкая стадия протекания подострого тиреоидита. Возможно и то, что подострый тиреоидит наложился на первоначально протекающий тиреоидит Риделя. Чаще всего терапия глюкокортикоидами приводит к излечению больных, но некоторые пациенты нуждаются в долгосрочной терапии стероидами, потому что болезнь приобретает рецидивирующее течение. Хирургическому лечению больные подвергаются в случае появления симптомов компрессии органов шеи, в частности удушья и дисфагии. Чаще всего проводится клиновидная резекция перешейки, с целью разобщения долей. В нашем случае злокачественное распространение фиброзного процесса привело к необходимости выполнения, как итога двух операций, тиреоидэктомии. Итак, 1. Заболевание проявляет очевидную склонность



прогрессировать и очередные попытки лечения его глюкокортикоидными гормонами привели к временному стиханию симптомов. 2. На сегодняшний день тиреоидит Риделя не поддается какому либо лечению, что напрямую связано с незнанием его этиологии. Единственный метод, которым можно помочь пациенту остается хирургический, а именно полное удаление щитовидной железы. Многие предполагают, что достаточно выполнить резекцию перешейка, для того, чтобы исключить сдавление трахеи и облегчить состояние пациента. Но всем известно, что замещение паренхимы щитовидной железы происходит постепенно во всем органе, с дальнейшим вовлечением в фиброз соседних тканей. Не верным ли решением будет выполнение тиреоидэктомии на ранних стадиях заболевания, чтобы исключить его распространение на другие органы и ткани шеи.

1381. ЗАВИСИМОСТЬ ЭКСПРЕССИИ МОЛЕКУЛ-МАРКЕРОВ ОТ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТ ПОВЕРХНОСТНОГО ГАСТРИТА ДО РАКА ЖЕЛУДКА

Денисова А.Б.

Красноярск

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Рак желудка (РЖ) занимает одно из ведущих мест среди онкологических заболеваний, характеризуется высокой смертностью и низкой выживаемостью. Россия относится к странам с высоким уровнем заболеваемости. В 60% случаев РЖ регистрируется на поздних стадиях, когда имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы, что определяет неудовлетворительные результаты лечения и плохой прогноз, а смертность примерно равна заболеваемости с пятилетней выживаемостью около 20 %. Современной тенденцией по снижению заболеваемости РЖ является канцеропревенция, которая проводится на стадии предраковых состояний и изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ). Среди методов диагностики эндоскопическое исследование желудка – гастроскопия - наиболее эффективный способ в верификации патологии СОЖ. Также значение приобретают иммуноферментные методики, позволяющие зафиксировать изменения уровня маркеров на стадии предрака желудка. Наибольший интерес представляют маркеры, регулирующие основные процессы в клетке (VEGFR, АКТ, PI3K, mTOR, GSK3β), вместе с тем некоторые взаимоотношения в сигнальных путях молекул СЭФР

(сосудистый эндотелиальный фактор роста) остаются не до конца ясными. Целью исследования явилось изучение изменений экспрессии молекул-участников сигнальных путей факторов роста при различных состояниях. Материалы и методы: В исследование включены данные обследования (рутинная гастроскопия, гистологическое, иммуногистохимическое исследование) 99 пациентов. Мужчин было 49 (49,5%), женщин - 50 (50,5%) (22 - 93 лет), медиана - 63,0 [54,0; 73,0]. На основании данных гистологического исследования пациенты были разделены на 4 группы: 1 группа - 27 человек с хроническим неатрофическим пангастритом, 2 группа - 31 пациент с хроническим атрофическим пангастритом с кишечной метаплазией, 3 группа - 11 пациентов с хроническим атрофическим гастритом с дисплазией СОЖ и 4 группа - 30 пациентов с некардиальным РЖ. Всем пациентам проведено иммуногистохимическое исследование (ИГХ) с определением экспрессии VEGFR2, АКТ, mTOR, GSK3β, с подсчетом коэффициента экспрессии (КЭ) по формуле в %. Статистическая обработка производилась при помощи программы Statistica 10. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. Результаты: При подсчете КЭ получены следующие результаты: КЭ АКТ, связанного с негативным прогнозом, опухолевым ростом, устойчивостью к системной терапии, был достоверно больше в группе 3 - 707,5 [327,1; 915,8] ($p \leq 0,05$ во всех случаях). КЭ mTOR, отвечающего за дифференцировку клеток, рост, пролиферацию, ангиогенез, был максимальным в группе РЖ (132,6 [88,7; 144,4]) и достоверно отличался с показателем группы 1 (63,5 [39,9; 82,2]) ($p \leq 0,05$). Достоверных различий в показателях КЭ VEGFR2 и GSK3β между группами не было. Минимальный уровень КЭ VEGFR2 отмечался в группе 1, а максимальный - в группе 3. Аналогичная ситуация наблюдалась по КЭ GSK3β, регуляторному компоненту клеточных процессов: апоптоза, клеточного цикла, пролиферации. В группе 1 КЭ составлял 39,4 [30,6; 90,8], в группе 2 был 50,2 [32,7; 85,1] и 88,1 [46,3; 148,4] в группе 3, в четвертой - 30,8 [24,9; 209,1] ($p > 0,05$). Подобной динамики в отношении экспрессии mTOR, АКТ не прослеживается. Проводился непараметрический корреляционный ранговый анализ Спирмана: отрицательная корреляция получена между показателем возраста и GSK3β.

Вывод: Отсутствие четкой корреляции между показателями при применении рангового анализа может говорить о наличии нелинейных зависимостей. Достоверные различия по уровню КЭ молекул-маркеров найдены не во всех группах, но прослеживается тенденция изменения показателей от поверхностного гастрита к РЖ с критической точкой на уровне дисплазии эпителия, когда происходят не только морфологические изменения



клетки, но и изменения ее метаболизма, после чего наблюдается переход в опухолевое состояние. Отмечаются изменения экспрессии отдельных молекул, которые после проведения дальнейших исследований могут быть использованы как маркеры при РЖ и предраковых изменениях СОЖ.

1382. АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Алиев Меджид.А., Абдуллаев М.Р.

Махачкала

ФГБОУ ВО "ДГМУ" МЗ РФ

Несмотря на современные достижения хирургии, летальность при ПП существенно не снижается. ПП - непосредственная причина смерти 50-80 % больных, умерших после операций на органах брюшной полости. Основные причины такого положения: тяжесть самой патологии, трудности своевременной диагностики, запоздалые повторные операции, развивающиеся при ПП глубокие нарушения гомеостаза, метаболизма, тяжёлая полиорганная недостаточность. Нами анализированы клинические наблюдения, охватывающие 295 больных ПП в возрасте от 18 до 80 лет, лечившихся в клинике за последние 40 лет (1975-2016г.г.). Тщательно изучены истории болезни, протоколы первичных и повторных операций, результаты клинического, УЗИ, рентгенологического, эндоскопического, лабораторного и других исследований. Среди больных мужчин было 190(64,6%), женщин-105(36,4%). Причины, приведшие к развитию ПП: острая кишечная непроходимость (ОКН) с некрозом кишок - у 102(34,7%); несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза (ГЕА), гастродуоденоанастомоза (ГДА), культы ДПК после резекции желудка по поводу рака, осложнённый язвенной болезни желудка и ДПК - у 54(18,4%); несостоятельность швов анастомозов (НША) после ХДА и других операций на билиарном тракте - у 54(18,4%); несостоятельность швов после аппендэктомии, гемиколэктомии, других операций на толстой и прямой кишках - у 39(13,2%); операции по поводу закрытых травм и огнестрельных ранений органов брюшной полости - у 24(8,1%); послеоперационный панкреонекроз - у 15(4,8%); некроз кишечника на почве тромбоза и эмболии мезентериальных сосудов - у 7(2,4%); Наиболее часто ПП развивался вследствие НША, выполненных на желудочно-кишечном и билиарном трактах. Патогенез ПП сложный, определяется многими факторами, зависит от причины и источника

инфекции, характера и вирулентности микрофлоры, реактивности организма, распространённости патологического процесса. Негативную роль в возникновении ПП играет нарушение элементарных канонов хирургии. Надеясь на бактерицидное действие антибиотиков, нередко не соблюдаются правила асептики и антисептики при вскрытии просвета полых органов брюшной полости. Тщательно не отграничивают брюшную полость от источника энтеральной инфекции. Внутренний и наружный ряды швов кишечной стенки при анастомозах накладываются одной и той же иглой. Недостаточно проводится санация и неадекватно дренируется брюшная полость, некачественно проводится ревизия органов брюшной полости при их повреждениях и острых хирургических заболеваниях. Неправильно оценивается жизнеспособность кишки при ОКН, ущемлённых грыжах, производят экономную резекцию нежизнеспособных кишечных петель, пренебрегают сменой перчаток и хирургических инструментов по ходу операции и т.д. Среди других причин, приводящих к НША немаловажное значение имеют послеоперационный парез кишечника (ППК), сопровождающийся внутрикишечной гипертензией, натяжением тканей в области шовной полосы межкишечного анастомоза, увеличение рядности швов, нарушение питания в анастомозированных участках кишок и сужение области анастомоза. Нарушение моторно - эвакуаторной функции ЖКТ, паралитическая непроходимость кишечника наблюдается с самого начала развития ПП. В результате воздействия токсинов на нервно-мышечный аппарат кишки, нарушения кровообращения в её стенке, расстройства метаболизма в кишечной стенке усугубляется паралитическая непроходимость кишечника. Вследствие этого в отёчных стенках и просвете кишок депонируется большой объём жидкости, нарушается водно-солевой, белковый, жировой и углеводный обмен, возникают нарушения деятельности всех органов и систем организма. Все эти факторы нередко приводят к эвентрации, нарушению кровообращения в шовной полосе, тканевой гипоксии, НША и развитию ПП. Своевременная диагностика ПП и установление показаний к релапаротомии - трудная и ответственная задача, поскольку у большинства больных ПП протекает стёрто, на фоне перенесённого оперативного вмешательства и проводимой интенсивной терапии. Несмотря на атипичические клинические проявления при некоторых формах ПП, следует признать, что бессимптомно протекающих ПП почти не бывают. Серьёзное внимание необходимо уделять нарастающему ухудшению общего состояния больного в раннем послеоперационном периоде, выраженному болевому синдрому в животе, упорному послеопе-



рациональному парезу кишечника, неподдающемуся традиционным консервативным мероприятиям, синдрому энтеральной недостаточности и энтерогенной интоксикации. Подозрение на развитие ПП - тревожный сигнал, достаточное основание к применению дополнительных методов исследования для уточнения диагноза, в том числе УЗИ органов брюшной полости, лапароцентеза с введением «щарящего» катетера, лапароскопии. Субъективизм в оценке состояния больного, боязнь диагностической ошибки и необходимости повторного оперативного вмешательства, трудности в преодолении оперировавшим хирургом психологического барьера, связанного с необходимостью срочной повторной операции, надежда на излечение больного консервативными методами негативно отражаются на принятии правильного решения. Нередко забывают, что только своевременная релапаротомия - единственный метод лечения, способный сохранить жизнь больного. У 40 % больных релапаротомия по поводу ПП была выполнена после первой операции через 5 и более суток. Характер и объём повторного оперативного вмешательства решался в большинстве случаев интраоперационно, в зависимости от причины и распространённости ПП. При распространённых гнойных перитонитах производилась релапаротомия, удаление источника и причины перитонита, санация и перитонеальный диализ, дренирование брюшной полости пятью трубками: двумя верхними, установленными в обе поддиафрагмальные пространства, двумя нижними, вставленными в обе подвздошные области и одна трубка вводилась в полость малого таза. Через эти трубки в первые двое-трое суток после релапаротомии продолжался фракционный или проточный перитонеальный диализ (0,9% раствор хлорида натрия с добавлением к нему калия, натрия, антибиотиков широкого спектра действия с учётом чувствительности микрофлоры к антибиотикам, хлоргексидина, диоксидина, фурациллина). Перитонеальный диализ позволяет дальнейшее механическое очищение брюшной полости от инфекции. Адекватная коррекция нарушений гомеостаза и метаболизма является важнейшим компонентом лечения больных ПП. При ограниченных местных перитонитах выполнялась санация и дренирование гнойного очага через небольшие отдельные разрезы или через послеоперационную рану. Следует подчеркнуть, что если при релапаротомии хирургу не удалось найти и ликвидировать источник ПП, удалить причину, приведшую к ПП, то так называемые «программированные санационные повторные релапаротомии» обычно желаемого эффекта не дают. Наши экспериментальные и клинические исследования показали, что одним из основных звеньев патогенеза после-

операционного пареза кишечника (ППК), сопровождающего всегда ПП, являются глубокие нарушения микроциркуляции и биоэнергетического обмена в кишечной стенке, резко выраженный дефицит биоэнергетических ресурсов в кишечной стенке. Поэтому в комплексном лечении ПП, помимо выполнения адекватного повторного оперативного вмешательства, ликвидации источника и причины ПП, санации и дренирования брюшной полости, назоинтестинальной интубации и декомпрессии верхних отделов ЖКТ, использования традиционной интенсивной терапии, в клинике в течение многих лет проводится внутривенная инфузия «биоэнергетической» лекарственной смеси, как видоизменённый метод эндолимфатического (лимфотропного) лечения. Для этого в конце повторной операции, после ликвидации источника и причины ПП, тщательной санации и диализа брюшной полости, в корень брыжейки тонкой кишки в безсосудистом участке вводится и фиксируется кетгутом тонкий хлорвиниловый микроирригатор, используемый обычно для катетеризации подключичной вены. Через этот микроирригатор 1 раз во время операции и 2 раза в день (утром и вечером) в первые 5-7 суток после операции медленно шприцом вводится предложенная нами лекарственная смесь, состав которой одобрен Фармкомитетом, МЗ РСФСР, НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, НИИ патентной экспертизы (а.с. на изобретение № 1197645 «Способ лечения послеоперационного пареза кишечника»). Лекарственная смесь улучшает в тканях кишечной стенки процессы микроциркуляции и биоэнергетики, оказывает антигипоксическое и дезинтоксикационное действие: 1 мл 1% раствора АТФ, 100 мг кокарбоксылазы, 10 тыс.ед. гепарина, 50 мг гидрокортизона, 500 тыс. ед. ампициллина или другого антибиотика широкого спектра действия, 100 – 150 мл 0,25% раствора новокаина. Дополнительно парентерально больным ПП вводятся лекарственные средства аналогичного действия: АТФ по 1 мл 1% раствора 2 раза в день, кокарбоксылаза по 100 мг 2 раза в день, гепарин по 5 – 10 тыс.ед. 2 раза в день, фибринолизин по 20 тыс.ед. вместе с 10 тыс. ед гепарина на 0,9 % растворе хлорида натрия внутривенно капельно 1 раз в день, пираретам по 5 мл 20% раствора 2 раза в день, фосфаден (АМФ) по 1 мл 2% раствора 2 раза в день, липоевая кислота по 2 мл 0,5% раствора 2 раза в день, аскорбиновая кислота по 5 мл 5% раствора 1 раз в день. Обширность поражения и большая всасывательная способность брюшины при ПП приводит к быстрой генерализации патологического процесса в основном через лимфатическую систему. Лимфатические сосуды и лимфатические узлы бассейна мезентериальных сосудов, обладая дренирующей функцией, одновременно служат биологическим



фильтром, препятствующим диссеминации микробов и их токсинов при гнойных перитонитах. Метод коррекции нарушений микроциркуляции и биоэнергетики в кишечной стенке путём внутрибрыжеечного введения через микроиригатор лекарственной смеси является патогенетически обоснованным и высокоэффективным в комплексном лечении больных с тяжёлыми формами ПП. Создаваемая при этом методе в корне брыжейки тонкой кишки «лекарственное депо» способствует не только постоянно высокому содержанию антибиотиков в лимфатической системе в течение 8 часов, но и является мощным фактором, улучшающим микроциркуляцию и биоэнергетические процессы в стенке тонкой кишки и её брыжейке, оказывающим антигипоксическое и дезинтоксикационное действие, предупреждающим нарушения моторно-эвакуаторной и других функций кишечника. Применение метода внутрибрыжеечного введения «биоэнергетической» лекарственной смеси в условиях клиники в течение многих лет не только при ОКН, перитонитах, но и при других операциях по поводу острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости привело к значительному снижению числа послеоперационных осложнений и летальности (на 10% за последние 15 лет), что позволяет рекомендовать его применение в экстренной и плановой абдоминальной хирургии.

1383. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТРОЯНОВА-ТРЕНДЕЛЕНБУРГА

Царев О.А., Анисимов А.Ю., Захаров Н.Н.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И.
Разумовского» Минздрава России Кафедра
госпитальной хирургии лечебного факультета

Актуальность. В настоящее время не изучены особенности хирургической тактики у больных острым восходящим варикотромбофлебитом (ОВТФ) с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) после операции Троянова-Тренделенбурга. Материал и методы. В исследование включены 123 пациента с острым восходящим варикотромбофлебитом, которым по срочным показаниям была выполнена операция Троянова-Тренделенбурга. Изучены отдаленные результаты. Диагноз варикотромбофлебита был

установлен на основании клинических данных, подтвержден ультразвуковыми методами обследования вен нижних конечностей. Учитывали динамику хронической венозной недостаточности нижних конечностей, а также клинические и ультразвуковые критерии рецидива варикотромбофлебита. Показанием к флэбэктомии в отдаленные сроки наблюдения считали патологический рефлюкс крови в поверхностных и перфорантных венах, наличие варикозно измененных вен, распространение тромботических масс в перфорантные вены на фоне рецидива варикотромбофлебита. Были исследованы фенотипические признаки, характеризующие НДСТ. Подтверждением НДСТ считали выявление у одного пациента свыше четырех фенотипических признаков дисплазии. Полученные результаты. У 90 (73,2%) оперированных больных, было выявлено более 4 фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, что свидетельствовало о наличии НДСТ различной степени выраженности. У 33 (26,8%) – было обнаружено менее 4 признаков дисплазии, что исключало наличие НДСТ. У 34 (37,8%) больных ОВТФ с НДСТ через 2–4 месяца после операции Троянова-Тренделенбурга развился рецидив варикотромбофлебита на голени. При ультразвуковом исследовании у пяти больных (14,7%) с рецидивом варикотромбофлебита на фоне НДСТ было выявлено распространение тромботических масс на перфорантные вены голени, что в очередной раз создало реальную угрозу тромбоэмболии легочной артерии, потребовало выполнения флэбэктомии в условиях острого воспаления тканей с лигированием перфорантных вен. В группе больных ОВТФ без НДСТ рецидивов варикотромбофлебита выявлено не было. 79 (87,7%) больным с недифференцированной дисплазией соединительной ткани была выполнена флэбэктомия, поскольку сохранялись патологический вертикальный и горизонтальный рефлюксы. Из 33 больных без НДСТ в отдаленные сроки наблюдения лишь 7 (21,2%) – потребовался второй этап хирургического лечения, поскольку у 26 (78,8%) пациентов данной группы, через 6 месяцев после устранения в экстренном порядке патологического вертикального венозного рефлюкса отмечено восстановление функциональной состоятельности клапанного аппарата большой подкожной вены на фоне существенного уменьшения ее диаметра. Обсуждение. Клиническое течение варикозной болезни осложненной варикотромбофлебитом у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отличается склонностью к прогрессированию хронической венозной недостаточности конечности, тенденцией к рецидивирующему течению варикотромбофлебита. Недифференцированная дисплазия



соединительной ткани является фактором риска развития рецидива варикотромбофлебита. На основании проведенного анализа выделена совокупность фенотипических признаков НДСТ, позволяющих прогнозировать варианты клинического течения варикозной болезни у больного после операции Троянова-Тренделенбурга, что обеспечивает индивидуальный подход к определению показаний и сроков для выполнения флебэктомии в отдаленные сроки наблюдения.

Вывод. На основании анализа совокупности фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани можно выделить группу больных с высоким риском рецидива варикотромбофлебита, что позволяет своевременно выполнить флебэктомию, предотвратить рецидив варикотромбофлебита в отдаленные сроки наблюдения.

Рекомендации. При определении хирургической тактики после операции Троянова-Тренделенбурга у больных острым варикотромбофлебитом целесообразно учитывать фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

1384. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ КЛЕТОК КОЖИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН

Курбанова З.В.(1), Омарова Х.З.(1), Исаева Н.Д.(1)

Махачкала

1)ДагГМУ

Многие морфологические аспекты заживления осложненных ран человека еще мало разработаны и не выяснены. Остаются малоизученными ультраструктурные механизмы торможения роста и созревания грануляционной ткани, дифференцировка и структурно-функциональные особенности соединительнотканых клеток, взаимодействие клеточных элементов между собой и с межклеточным матриксом, взаимоотношение между воспалением, регенерацией и фиброзом в осложненных ранах. Это определяет необходимость дальнейшего поиска новых и совершенствование известных средств и методов лечения, стимулирующих репаративные процессы в осложненных ранах. Во многих случаях лучшие результаты дают применение клеточной терапии, а именно, использование малодифференцированных фетальных тканей, из-за содержания в них различных биологически активных веществ - нуклеиновых кислот, гормонов, гликогена, фосфатаз, белков, ферментов, ми-

кроэлементов, ростовых факторов(Asselineau et al. 1986; Nanchahal 1989, Dvorankova et al. 2003). Кроме того, фетальные ткани и клетки обладают низкой антигенной активностью, содержащиеся в них стволовые клетки являются не только единицами организации ткани, ответственными за развитие и поддержание гомеостаза и регенерации тканей и органов, но и заменителями фибробластов как основного источника эпителизации ран (Badiavas et al. 2002). Учитывая, что проблема лечения длительно незаживающих ран очень актуальна и спектр действия, перечисленных применяемых методов современной медицины не распространяется на все фазы течения раневого процесса, мы предприняли попытку изучения влияния клеток фетальных тканей, насыщенных стволовыми клетками на регенеративно - репаративные свойства раневой поверхности. На кафедре факультетской хирургии с лабораторией инновационных клеточных технологий ДГМУ предпринята попытка изучения скорости заживления осложненных ран при использовании фетальных клеток. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа-10 больных, с длительно незаживающими ранами (трофическими, диабетическими, ожоговыми), которым вводились аллогенные клетки фетальной кожи в дозе 4x10⁷; 2 группа- 10 больных, которые получали традиционное лечение. Трансплантацию аллогенных клеток кожи производили, как системно, так и местно, трехкратно, с интервалом 1 неделю. На основании изучения морфологических ультраструктурных особенностей заживления осложненных ран, было установлено, что наиболее хороший клинический эффект наблюдался в первой группе-самый высокий уровень эпителизации ран (93,0 0,6%), тогда как в контрольной группе этот показатель был существенно ниже. При этом не было выявлено ни аллергических реакций, ни реакции отторжения клеток. По указанной методике подана заявка на патент. Полученные результаты позволили нам сделать следующий вывод: аллогенные клетки кожи, синтезируя цитокины и другие компоненты межклеточного матрикса, стимулируют пролиферацию и дифференцировку собственных клеток реципиента, обеспечивая тем самым, быстрое заживление ран.



1385. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

*Ермолов А.С., Тарасов С.А., Ярцев П.А.,
Петров Д.И., Рогаль М.М., Кирсанов И.И.*

Москва

ГБУЗ НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. В настоящее время хирургический метод лечения остается основным при раке желудка (РЖ). Большая часть пациентов поступает в стационар с осложнением рака желудка: желудочное кровотечение или стеноз, в связи с чем эта проблема является актуальной не только для хирургов онкологов но и для врачей стационаров скорой помощи. В последние два десятилетия активно развиваются миниинвазивные технологии при хирургическом лечении рака желудка. При этом видеолaparоскопическая гастрэктомия остается объектом дискуссий, так как наряду с очевидными преимуществами, лапароскопический доступ технически сложен при таком объеме операции. Материалы и методы. С 2013 года по настоящее время выполнено 15 лапароскопических гастрэктомий по поводу рака желудка, осложненного кровотечением. Мужчин - 9, женщин - 6. Средний возраст больных составил $62,6 \pm 14,2$ года (от 36 до 85 лет). Все пациенты госпитализированы в институт в экстренном порядке, в связи с развитием желудочного кровотечения. При выполнении экстренной эндоскопии у 12 (80%) пациентов выполнен эндоскопический гемостаз, у 3 (20%) пациентов отмечено спонтанная остановка кровотечения. Операцию проводили в отсроченном порядке. При поступлении уровень гемоглобина в среднем составлял 78 ± 18 г/л. На фоне лечения (гемотрансфузии), перед операцией показатель гемоглобина в среднем составил 86 ± 13 г/л. Диагноз и распространенность онкопроцесса устанавливали эндоскопическими, ультразвуковыми, компьютерно-томографическими методами. Локализация первичного очага в 9 случаях была представлена телом желудка по малой кривизне и в 6-х случаях был поражен антральный отдел желудка. В 6-ти наблюдениях установлена I стадия онкологического процесса. II стадия установлена - у 4-х пациентов, у двух III стадия и IV стадия в трех. IV стадия установлена только по результатам послеоперационного гистологического исследования удаленных препаратов. Дооперационный диагноз по распространенности первичной опухоли соответствовал cT2 и cT3, данных о наличии отдаленных метастазов не было. При установлении показаний

и выборе объема операции, мы придерживались рекомендаций Японской ассоциации по лечению рака желудка (Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (version 4)), в которых считается целесообразным, при распространенности первичного очага cT2 и cT3, выполнение гастрэктомии с лимфаденэктомией D2. Техника операции являлась стандартной: выполнялась мобилизация желудка с лимфаденэктомией D2. Для пересечения двенадцатиперстной кишки и пищевода использовался линейный сшивающий аппарат. Через параректальный разрез, длиной 5–6 см, в области левого подреберья, удалялся желудок с прилежащими тканями и производили формирование отключенной по Ру петли, с выполнением энтероэнтероанастомоза конец в бок однорядным ручным швом. Эзофагоэнтероанастомоз выполняли конец в бок циркулярным сшивающим аппаратом. Результаты. Среднее время операции составило 7,48 часов (365 мин до 570 мин). Продолжительное время операции в большой степени обусловлено спаечным процессом: две и более операции в анамнезе имелись у 8 (53,3%) пациентов, что потребовало в среднем 92 мин (от 65 мин до 123 мин) для разделения спаек, а также техническими сложностями при распространенности опухоли и необходимостью удаления большого сальника без разделения «препарата». Интраоперационная кровопотеря в среднем составила $192 \pm 26,6$ мл. У 9-ти больных по показаниям симультанно была выполнена холецистэктомия, в связи с наличием желчнокаменной болезни. Послеоперационные осложнения отмечены у 7 пациентов, что составило 46,7%. У одной пациентки сформировалась стриктура эзофагоэнтероанастомоза, которая потребовала баллонной дилатации. Дополнительное хирургическое вмешательство потребовалось у 2-х пациентов. В одном случае у пациента сформировалась гематома в поддиафрагмальной области слева, излеченная дренированием под УЗ-наведением. У 1-го пациента на 4-е сутки после операции была выполнена релапароскопия и дренирование абсцесса в подпеченочном пространстве. Послеоперационных летальных исходов не было. Заключение. Удовлетворительные результаты применения лапароскопического доступа в хирургии рака желудка позволяют продолжить использование метода, однако незначительное количество наблюдений требует дальнейших исследований для окончательных выводов.



1386. ОПТИМИЗАЦИЯ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКОГО

*Омарова Х.З., Курбанова З.В.,
Исрапилов М.М., Багаудинова С.Г.*

Махачкала

ДагГМУ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в структуре заболеваемости злокачественными опухолями рак лёгкого (РЛ) в настоящее время вышел на одно из первых мест, привлекая к себе всё большее внимание. В России он находится на втором месте в общей структуре онкологических заболеваний и на первом (31%) среди злокачественных опухолей у мужчин. Остающаяся нерешённой на сегодняшний день проблема ранней диагностики рака лёгкого приводит к тому, что основная масса больных (более 75%) поступает в специализированные лечебные учреждения в III-IV стадиях заболевания. Анализируя публикации последних лет, мы обратили внимание на то, что огромное число публикаций посвящено исследованию различных аспектов лечения и диагностики рака лёгкого, однако мало работ, охватывающие весь спектр этой проблемы с многофакторным анализом эффективности различных методов специального противоопухолевого лечения. Очевидно, что эффективность клинических мероприятий напрямую связана со стадией, на которой обнаружен опухолевый процесс, а решение проблемы улучшения результатов лечения РЛ лежит на пути, прежде всего, профилактики и раннего выявления [Jett J., 1993, Goldstraw P., 2007, Mathers C., 2008]. Вышеизложенные факты свидетельствуют о необходимости и актуальности совершенствования методов скрининга РЛ и поиска новых возможностей ранней диагностики этого тяжелого заболевания, особенно в условиях практического здравоохранения. Цель нашего исследования - расширение представления о диагностических возможностях клиничко-эндоскопических исследований в формировании групп риска развития и ранней диагностики рака лёгкого. В клинике «Дагестанский центр грудной хирургии» за период 2010-2015 годы было выполнено 967 фибробронхоскопических исследований, в 250 случаях подтвержден диагноз рак лёгкого. Процесс распознавания рака лёгкого условно был разделен на два этапа: на первом из них реализовался эффект организационных систем для выявления больных с различной легочной патологией,

на втором - производилась дифференциальная и уточняющая диагностика патологических изменений, с целью выявления наиболее ранних форм заболевания. Показания для клиничко-эндоскопического исследования сформулированы по следующим критериям: 1) возраст пациента свыше 40 лет; 2) клинически обоснованные подозрения в отношении рака лёгкого на основании клинических симптомов или рентгенологических данных; 3) клиническая необходимость в проведении стандартной диагностической фибробронхоскопии; 4) наличие показаний для проведения биопсии стенки бронха; 5) способность физически перенести процедуру; 6) добровольное информированное согласие на проведение исследования. Противопоказания для клиничко-эндоскопического исследования сформулированы по следующим критериям: 1) риск развития осложнений в результате увеличения продолжительности диагностической процедуры; 2) нестабильная стенокардия; 3) нарушения мозгового кровообращения; 4) декомпенсированная и субкомпенсированная моно- и полиорганная недостаточность; 5) не корригируемая коагулопатия; 6) предшествующие осложнения во время бронхоскопических процедур; 7) выраженный болевой синдром; 8) проведение специального противоопухолевого лечения в последние полгода, предшествующие исследованию. Выявление и учет лиц, страдающих этими заболеваниями, имеет важное практическое значение и может быть использовано при формировании групп высокого риска: 1 группа - доброкачественные новообразования лёгких; 2 группа - острая затянувшаяся или хронически рецидивирующая пневмония; 3 группа - хронические неспецифические заболевания лёгких; 4 группа - туберкулез лёгких. Основными клиническими критериями раннего рака лёгкого явились относительно небольшие размеры первичной опухоли, отсутствие признаков метастазирования, возможность стойкого предсказуемого излечения после радикальной операции. С этих позиций к ранним формам рака лёгкого правомерно мы отнесли периферические опухоли в стадии T1NoM0 и центральные опухоли без метастазов, величиной не более 3 см, в проксимальном направлении не выходящие за пределы устья сегментарного, бронха, а также начальный рак бронхов I и II порядка. Для раннего, центрального рака было характерно преобладание опухолей эндобронхиальной формы роста (44,4%), при которой наблюдались четыре типа "роста: плоскоинфильтративный узелковый, полиповидный и узловый. Форма и тип роста опухоли определяют глубину инвазии стенки бронха, т.е. фазу развития опухоли. Все неузловые опухоли находились в интрабронхиальной фазе, в то время как узловый эндобронхиальный рак в половине



случаев, а также все опухоли перибронхиальной и смешанной формы роста имели экстрабронхиальную фазу развития. Для раннего периферического рака было характерно преобладание опухолей железистого строения (55,4%), отсутствие связи с просветом бронха (88,8%), преимущественная локализация в кортикальной зоне легкого (70%), относительно редкое развитие полостной формы (5,2%). Топография раннего периферического рака и гистологическое строение взаимосвязаны: по мере отдаления опухоли от корня к периферии легкого частота плоскоклеточного рака уменьшалась, а железистого - нарастала. Таким образом, анализ литературных данных и некоторые собственные исследования позволили нам составить клинические критерии распознавания раннего рака легкого: упорный сухой кашель в течение 3-х недель; легочное кровотечение или кровохарканье; затянувшаяся пневмония одной и той же локализации; рецидивирующая пневмония одной и той же локализации; любые впервые выявленные изменения легочной ткани сегментарного или долевого характера без полного обратного развития под влиянием противовоспалительной, противопневмонической или противотуберкулезной терапии; подозрение на очаговый или инфильтративный туберкулез с мономорфной очаговостью и объемным уменьшением одного-двух сегментов, не подтвержденный бактериологически; изменение размеров, структуры и положения легкого; Эндоскопические критерии распознавания раннего рака легкого: исходя из анатомических и функциональных нарушений, бронхоскопические признаки рака легкого делились на прямые и косвенные, анатомические и функциональные. Первый признак характеризуется сочетанием уплотнения стенки бронха, обнаруживаемого инструментальной пальпацией. Вторым признаком характеризуется сочетанием 2 симптомов - наличия локальной гиперемии слизистой оболочки в ограниченной зоне и нормального количества неизменного бронхиального секрета. Третий признак, - так называемый чистый признак (не требующий сочетаний) - «синдром мертвого устья». Четвертым признаком (тоже «чистый») - отсутствие пассивной смещаемости бронха. Пятым признаком характеризуется сочетанием стертости рисунка хрящевых колец или с обычным по качеству и количеству бронхиальным секретом, или с нормальной слизистой оболочкой, или с отсутствием передаточной пульсации, или с локальной гиперемией слизистой оболочки. Шестому признаку свойственно сочетание кровотоковости слизистой оболочки с одним из следующих симптомов: обычным по качеству и количеству бронхиальным секретом. Седьмым признаком характеризуется сочетанием двух прямых симптомов: локальной гиперемии слизистой оболочки и отсут-

ствием передаточной пульсации с сердца и крупных сосудов. Восьмым признаком («чистый» признак) - инфильтрация стенки бронха или трахеи. Девятым признаком - сочетание рыхлой слизистой оболочки бронхов с одним из следующих симптомов: обычным по количеству и качеству бронхиальным секретом, неизменной слизистой оболочкой в окружности, наличием атрофического бронхита, отсутствием передаточной пульсации, стертостью рисунка хрящевых колец. Десятым признаком - сочетание неподвижности стенок бронхов с одним из симптомов девятого признака. Одиннадцатым признаком - сочетание сужения просвета бронха концентрического или эксцентрического характера с одним из симптомов девятого признака. Двенадцатым признаком - сочетание симптома отсутствия респираторных движений трахеальной или бронхиальной шпоры с одним из симптомов девятого признака.

1387. ЕСТЬ ЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА У ГИБРИДНЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ МНОГОУРОВНЕВОМ ПОРАЖЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ?

*Пуздряк П. Д.(1), Иванов М. А.(2),
Шломин В. В.(1), Артемова А. С.(2),
Бондаренко П. Б.(1)*

Санкт-Петербург

1 Городская многопрофильная больница №2,
2 Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ

Рост числа гибридных вмешательств у больных периферической артериальной болезнью (PAD) ассоциирован с увеличением затрат на оборудование гибридных операционных.

Цель исследования: сравнить последствия открытых, гибридных и эндоваскулярных вмешательств у больных PAD с многоуровневым вариантом поражения. Материалы и методы.

Материалы и методы: Проспективно собраны и ретроспективно проанализированы результаты наблюдения за 211 пациентами с мультифокальным поражением (MPAD), оперированных с 2013 по 2016 гг. Первую группу составили 129 пациентов, которым выполнялись открытые оперативные (ОО) вмешательства по поводу MPAD с преимущественным поражением типа C/D по TASC II. Выполнялось подвздошно-бедренное (n=8) и бедренно-подколенное шунтирование (n=27). Во второй группе пациентов (63 человека; ЭВ) с преимуще-



ственным поражением В/С по TASC II; реваскуляризация бедренно-тибиального сегмента осуществлялась эндовазальным способом: баллонная ангиопластика (n=38) и баллонная ангиопластика со стентированием (n=25). Третью группу составили 30 больных, подвергшихся гибридным вмешательствам (ГВ). Время наблюдения не превысило 24 месяца. Осуществляли анализ предикторов неблагоприятных исходов, течение раннего послеоперационного (30 дней) периода, продолжительности вмешательства и времени, проведенного в ОРИТ; кровопотери, общего койко-дня, длительности заживления операционных ран, первичной и вторичной проходимости оперированного сегмента, сохранения конечности, осложнений и летальности. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы STATISTICA. Величина « $p < 0,05$ » обозначена как статистически значимая. Первичная и вторичная проходимость сегмента анализировалась по методике Karlan-Meier. Результаты. В группе ГВ и ЭВ отмечено наибольшее число больных из категории высокого периоперационного риска (III – IV ASA) риска. Продолжительность вмешательства в группах ОО, ГВ, ЭВ составила 214 + 91 мин., 201 + 78 мин., 95 + 57 мин., соответственно. Также в группе ОО выявлена наибольшая кровопотеря (510 + 145 мл). Нарушение первичной проходимости в течение 30-дневного срока отмечено у 14 % больных в группе ОО, у 11 % лиц в группе ЭВ и у одного больного в группе ГВ. При ЭВ и ГВ потери конечности за этот промежуток времени не отмечено, тогда как в группе ОО выполнено 6 ампутаций (4,6%). Локальные осложнения в месте пункции артерии (кровотечение, пульсирующая гематома) не были свойственны лицам из группы ГВ (в сравнении с эндовазальными вмешательствами; $p < 0,05$). В сроки 12 и 24 месяцев после операции статистически достоверного преимущества в отношении первичной проходимости в группе ОО не выявлено, однако после указанных вмешательств отмечено 13 % инфекционных осложнений, осуществлена ампутация 17 % больных (в группе ЭВ – 11 %; ГВ – 10 %). Выводы. Гибридные вмешательства при многоуровневом поражении позволяют оперировать больных с тяжелыми коморбидными состояниями, а также наличием пролонгированных стенотических и окклюзионных изменений на фоне PAD.

1388. ТРУДНОСТИ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ В РОССИИ ЗА 20 ЛЕТ?

Егоров А.В.(1), Ветшев П.С.(2), Левчук А.Л.(2), Мусаев Г.Х.(1), Парнова В.А.(1), Васильев И.А.(1)

Москва

- 1) ПМГМУ им. И.М. Сеченова
- 2) НМХЦ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Инсулинома, являющаяся основной причиной органического гиперинсулинизма (ОГ), наиболее распространенная нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы и составляет до 4-6 наблюдений на 1000000 населения. Вопросы диагностики и лечения данного заболевания представляют значительные трудности и окончательно не решены до настоящего времени. Материалы и методы. С 1982г. были оперированы 336 пациентов с ОГ. Причина заболевания: инсулинома -315, незидиобластоз – 12, причина не установлена -9. Синдром МЭН 1 типа выявлен в 15% наблюдений, опухоли со злокачественным потенциалом выявлены у 11% больных. Алгоритм дооперационного обследования включал в себя: изучение клинической картины, пробу с голоданием, исключение синдрома МЭН 1 типа. Для топической диагностики, в зависимости от периода времени и лечебного учреждения, использовали: УЗИ, КТ, МСКТ, ЭндоУЗИ, ангиографию, артериально-стимулированный забор крови из печеночных вен с последующим определением уровня инсулина (АСЗК), сцинтиграфию соматостатиновых рецепторов (ССР In111). Оперированы все 336 пациентов. Характер оперативных вмешательств: энуклеации опухоли -180, дистальная резекция 133, гастропанкреатодуоденальная резекция -7, срединная резекция -1, диагностическая лапаротомия – 10, микроволновая абляция опухоли (МВА) – 5. Комбинированное лечение: хирургическое вмешательство+ химиоэмболизация, МВА метастазов печени+ биотерапия (аналоги соматостатина) получали – 42 пациента. Результаты и обсуждение. На основании клинической картины, гормонального профиля и пробы с голоданием синдромный диагноз был установлен у всех пациентов. Комплексное топическое дооперационное обследование позволило локализовать новообразование у 94,5 % больных (в зависимости от временных промежутков этот показатель колебался от 82 до 96%). В результате у 97% оперированных пациентов источник ОГ был удален. У остальных новообразование не было обнаружено или было нерезектабельным. В



ближайшем послеоперационном периоде у всех больных после радикальной операции был отмечен положительный клинический эффект, а также нормализация гормонального профиля. У 66% пациентов с прослеженными отдаленными результатами более 5 лет рецидив опухоли или возврат клинической картины наблюдалось 8,9%. С нашей точки зрения основные трудности и нерешенные проблемы в диагностике и лечении инсулином следующие: 1. длительный период времени до постановки синдромного и топического диагноза; 2. сложности в дооперационной топической диагностики: а) исключение множественного поражения и незидиобластоза, б) диагностика синдрома МЭН. 3. трудности при интраоперационной диагностике и определении объема операции: а) малый размер опухоли и множественный характер поражения, б) выявление отдаленных метастазов, в) определение интраоперационной тактики и объема хирургического вмешательства 4. высокая частота послеоперационных осложнений и летальности: а) определение характера операции, б) ведение послеоперационного периода. Выводы. Что изменилось в России за 20 лет: 1. период установки синдромного диагноза и как следствие топического диагноза уменьшился более чем в 2 раза; 2. основными методами топической диагностики стали ЭндоУЗИ, МСКТ, а АСЗК и ССР In111 используют только в сложных диагностических ситуациях; 3. частота выявления синдрома МЭН 1 типа увеличилась до 20 и более%, что свидетельствует о современных подходах к диагностике; 4. интраоперационная ревизия в обязательном порядке должна включать УЗИ, что в свою очередь может определять минимальный объем операции; 5. широкое распространение получили лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства, а также появились альтернативные методы лечения- МВА; 6. комплексная профилактика частоты послеоперационных осложнений позволила улучшить непосредственные результаты лечения на 16,8%; 7. в случае местно-распространенных инсулином, а также с отдаленными метастазами лечение должно быть только комплексное в сочетании с малоинвазивными вмешательствами и химио-, биотерапией.

1389. ОПТИМАЛЬНЫЕ ДОСТУПЫ ПРИ ПЛАНОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ШЕЕ

*Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.,
Карпатский И.В.*

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет

Введение. Классические варианты разрезов на шее хорошо известны хирургам. Но, с развитием специализации в хирургии, начали появляться новые варианты доступов к различным структурам шеи. В данной работе основным явилось желание показать основные принципы выбора разреза для улучшения функциональных и эстетических результатов хирургического лечения. Материалы и методы. В работе использованы результаты более чем 35000 плановых хирургических вмешательств на щитовидной и околощитовидных железах, а также лимфатических коллекторах шеи, выполненных в Центре с 1974 по 2016 годы. Разработка доступов базировалась на основе анатомических исследований, предпринятых на 70 морфологических препаратах. Клиническую базу составили 1253 операции на шее. Результаты и обсуждение. Наиболее эстетичным является воротничкообразный разрез (Voessel J. 1881) на шее, так как он соответствует линиям кожного натяжения (Лангера) и даёт отличный косметический результат в 99,1%. Следует отметить такой критерий, как достаточный размер разреза. Маленькие доступы часто давали худшее качество рубца, что связано с микронадрывами дермы при попытке грубого растяжения операционной раны. Нами в 2013 году предложен вариант хирургического доступа для одно- или двухсторонней гемитиреоидэктомии (патент №2545441) и применен у 50 больных. Косой разрез выполнялся вдоль ключицы в проекции её средней трети, после чего грудинно-ключично-сосцевидная мышца смещалась медиально, и под визуальным контролем возвратного нерва выполнялась гемитиреоидэктомия. Доступ позволяет избежать формирования рубца на передней поверхности шеи. Для выполнения боковой шейной лимфаденэктомии при раке в 1992 году А.Ф. Романчишеним предложен комбинированный змеевидный доступ за грудинно-ключично-сосцевидной мышцей с переходом (авт. свид. №1647951). За счет приближения волн разреза к линиям Лангера на шее удалось достигнуть гораздо лучшего косметического эффекта. Использование доступа у 1122 больных в ходе шейных



лимфаденэктомий позволило избегать ошибок и добиться превосходных результатов. Доступ W. F. MacFee [8,9] из параллельных дугообразных разрезов у 267 больных дал превосходные косметическим и функциональные результаты. Выводы. Наилучшие эстетические результаты показали боковой, воротничкообразный и MacFee доступы при плановых хирургических вмешательства на шее.

1390. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кочергаев О.В., Копалин А.А., Котькин В.А., Джарар Р.М.

Самара

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области "Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А.Семашко"

Актуальность проблемы. Если учесть, что «грыженосители» составляют около 2 % населения, то общее количество больных с этой патологией достаточно велико в практике экстренной хирургии. Среди пациентов преобладают лица пожилого и преклонного возраста. Летальность у них достигает 10 % (Егиев В.Н., 2015; Новицкий Ю.Н., 2013). Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с ущемленными вентральными грыжами различной локализации. Материалы и методы исследования. В работе изучены результаты лечения 133 больных с кишечной непроходимостью, обусловленной грыжами различной этиологии, находившихся на лечении в стационаре в период с 2013 по 2016 гг. Исследуемые пациенты были разделены на три группы: 1. вентральные грыжи (93 пациента); 2. паховые грыжи (34 больных); 3. бедренные грыжи (6 пациентов). Основу диагностики составляли клинические методы, которые при необходимости дополнялись обзорной рентгенографией живота, УЗИ и спиральной компьютерной томографией. В качестве группы сравнения использовались 111 больных находившихся на лечение в период с 2009 по 2013 годы. В данной группе использовались в основном натяжные методы пластики. По возрасту и полу сравниваемые группы были сопоставимы. Результаты исследования. Оказание помощи у данной категории основывалось прежде всего на своевременной диагностике и неотложном выполнении оперативного вмешательства. В его основе – ликвидация грыжи

и восстановление пассажа по кишечнику. В преобладающем большинстве случаев у 111 больных после устранения непроходимости выполняли назогастроинтестинальную интубацию зондом Эббота-Миллера с целью декомпрессии кишечника, создания каркаса, профилактики compartment-syndrome. Лечение. Лечение больных с ущемленными грыжами различной локализации является сложной задачей неотложной хирургии. В исследуемом массиве в 78% пациенты имели впервые ущемление. В основе лечения – выполнение неотложной операции. При вентральных грыжах необходимо произвести грыжесечение, устранение непроходимости и энтеролиз, который дополнялся назогастроинтестинальной интубацией. При относительно небольших дефектах передней брюшной стенки применяли (59 больных) пластику передней брюшной стенки с использованием полипропиленовой сетки по Ramirez. В случаях больших грыжевых ворот, использовали TAR пластику с задней сепарацией по Ю.Новицкого (13 пациентов). Она (пластика) позволяла значительно мобилизовать задний листок передней брюшной стенки и без натяжения восстановить его целостность. Далее под мышцы укладывалась легкая полипропиленовая сетка без фиксации. Если существовала угроза инфекционного процесса в ране применяли натяжную пластику, как правило, пластику по Напалкову. При паховых грыжах использовали классическую методику по Лихтенштейну I. В случае невозможности ее выполнения применяли пластику по Шолдайсу. Бедренные грыжи редкие причины кишечной непроходимости, но самые сложные. В классическом варианте после рассечения грыжевых ворот использовали способ по J.Rives. Использование приведенной тактики позволило снизить количество осложнений на 28,1%. В ы в о д ы. 1. Операцией выбора при кишечной непроходимости, обусловленной вентральной грыжей являлась пластика передней брюшной стенки: 1. по способу Ramirez 2. TAR пластика с задней сепарацией (по Ю.Новицкому) с применением легких сеток. При инфекционном процессе рекомендуется пластика по Напалкову. 2. При паховых грыжах как причине кишечной непроходимости следует выполнять пластику пахового канала по Лихтенштейн I. В случае инфекционного процесса в ране необходимо применять пластику по Шолдуйсу. 3. При бедренных грыжах использовать предпочтение следует отдавать методу J.Rives.



1391. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА С ПРИОРИТЕТНЫМ СОХРАНЕНИЕМ ЛАКТАЦИИ

Котов И.И., Бублейник О.А.

Омск

БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1» отделение гнойной хирургии, ОмскГБОУ ВПО «Омский государственный университет» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Грудное молоко матери является лучшим сбалансированным питанием для младенца. В женском молоке содержатся вещества необходимые для роста и развития ребенка, для формирования крепкого иммунитета, повышения устойчивости к различным аллергенам. Только женское молоко содержит в себе живительную, целебную силу созданную природой, воссоздать которую в искусственном молоке невозможно. Цель работы. Улучшить результаты лечения острого гнойного лактационного мастита (ОГЛМ) с приоритетным сохранением лактации. Задачи. Разработать хирургический метод лечения ОГЛМ, позволяющий в большинстве случаев сохранить лактацию. Материалы и методы. На базе БУЗОО «ГК БСМП № 1» города Омска оказывается неотложная помощь беременным и родильницам с экстрагенитальной патологией, в том числе с ОГЛМ. Воспалительный процесс в молочной железе возникал в послеродовом периоде в первые 3 недели у 39 (15,4%) больных, в период с 4 по 6 недели у 146 (57,7%), в более поздние сроки у 68 (26,9%) пациенток из 253 больных ОГЛМ (с 2006 по 2016 гг.). У всех пациенток гнойной деструкции в молочной железе предшествовал лактостаз, у 37 (14,6 %) - наблюдалась патология соска молочной железы (трещины, мацерация, втянутый сосок). Так как гнойно-воспалительный очаг при послеродовом мастите располагается в функционально активной железе, по данным многих авторов лактацию прекращают. С 2011 года разработан двухэтапный комбинированный метод лечения ОГЛМ с аргоноплазменной санацией гнойной полости до образования тонкой коагуляционной пленки, завариванием открывающихся в рану молочных фистул, активным проточно-промывным вакуумным дренированием пиогенной полости с наложением первично отсроченного кожного шва с приоритетным сохранением лактации (Патент на изобретение № 2471434 «Способ лечения острого гнойного лактационного мастита»). Аргоноплазменная обработка гнойной полости позволяет добиться

заваривания млечных фистул и эффективной санации за счет бактерицидных свойств создаваемых аргоноплазменным потоком. Активное вакуумное проточно-промывное дренирование обеспечивает эффективное удаление раневого экссудата, микробных токсинов, плотное сближение стенок полости и заживление ее по типу первичного натяжения. Выделение возбудителя заболевания и определение его чувствительности к антибиотикам, возможно целенаправленно проводить антибактериальную терапию и корректировать ее при изменении микрофлоры в ране. Бактериологическое исследование молока позволяет решить вопрос о возможности возобновления естественного вскармливания ребенка. Определены показания для прекращения лактации, показания для применения разработанного метода. Результаты и их обсуждение. По данной методике пролечено 46 пациенток. Лактация прекращена в 7 случаях: в 2 случаях при повреждении центральных протоков долей молочной железы гнойно-воспалительным процессом, в 4 случаях при инфильтративно-абсцедирующей форме ОГЛМ («сотовый мастит»), в 1 случае в связи с отказом матери от кормления, имеющей в анамнезе фиброзно-кистозную мастопатию. Раны зажили первичным натяжением в 93,5% случаев, вторичным-в 6,5% случаев. Швы снимали на 8-9 сутки. При ультрозвуковом исследовании остаточной полости в молочной железе не отмечено. В 3 случаях сформировались на 3 и 4 сутки серогалактомы, которые успешно дренировали резиновыми выпускниками. В 1 случае сформировался молочный свищ (при поражении центрального долевого протока, в связи с субалюлярным расположением гнойной полости), который самостоятельно закрылся через 2 недели. Продолжительность госпитализации составила в среднем 8 суток.

Выводы. Разработаны показания для использования метода лечения ОГЛМ с применением аргоноплазменной санации с вакуумным проточно-промывным дренированием, который позволяет сократить сроки лечения, сохранить лактацию, добиться хороших косметических результатов.



1392. ОТНОСИТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАбельНОСТИ БОЛЬНЫХ И РЕЗЕКТАбельНОСТИ ОПУХОЛЕЙ ПРИ «ЗАПУЩЕННЫХ» КАРЦИНОМАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.

Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет

Введение. При недостаточном хирургическом профессионализме перспектива выполнения непрестижных высоко затратных и тяжёлых операций при запущенном раке щитовидной железы (РЩЖ) создаёт для больных реальную вероятность попасть в разряд неоперабельных. Материал и методы. В Санкт-Петербургском центре эндокринной и онкологии в период с 1974 по 2015 г. оперированы 4353 больных папиллярным (П), фолликулярным (Ф) и медуллярным (М) РЩЖ. Анализировано 155 наблюдений РЩЖ, где больным было отказано в хирургическом лечении в других стационарах в связи с распространённостью первичных и рецидивных карцином. Среди них было 32 (20,6%) мужчин и 123 (79%) женщин. Соотношение 1:4. В общей группе - 1:7,4. Средний возраст больных $57,7 \pm 2,0$ г., что значительно ($P > 0,05$) превысило аналогичный показатель ($51,6 \pm 0,17$ г.) в общей группе. Всем 145 пациентам нами выполнены комбинированные операции (КО). Стернотомический доступ понадобился при 12 (8,1%) вмешательствах. У 19 (13,1%) больных операции оказались паллиативными. Гистологическая структура опухолей: П РЩЖ выявлен в 75,5%, Ф – в 9,4%, М – в 15,1%. Результаты. Карциномы распространялись на мышцы шеи в 67,2%, гортани – в 6,6%; возвратный гортанный нерв (ВГН) – в 37,9%, трахею – в 35,2%, в гортань – в 13,7%, глотку и пищевод – в 23,8%, крупные сосуды – в 21,9% наблюдениях. Расстройство голоса отмечено в 20,9%. Рецидив РЩЖ, при наблюдении более 10 лет, отмечен в 7,0%, где ВГН выделялся из опухоли, а не резецировался. Если карцинома врастала до глубины подслизистой оболочки выполнены бреющие резекции, боковые резекции трахеи, гортани, глотки и пищевода. При более глубокой инвазии половины и более окружности органов предпринимались их циркулярные резекции. Неожиданные специфические осложнения отмечены в 6,2%, летальность – в 1,6%. Отдалённые результаты лечения прослежены в 84,6% в среднем – $9,7 \pm 1,9$ г. После КО средняя продолжительность жизни больных составила $9,6 \pm 0,8$ г.; 5-летний рубеж пережили 81,9%, 10-летний – 71,1% пациентов. После органосберегающих операций 80,5% больных пережили 5 лет и 71,2%

10 лет, а после циркулярных резекций – 35 и 7% соответственно. Продлению жизни части (25,7%) больных служили курсы лечения радиоактивным йодом. Вывод. Профессионально выполненные КО при «нерезектабельном» РЩЖ у «неоперабельных» больных обеспечили выздоровление или значительное продление жизни в большинстве наблюдений. Общая продолжительность 155 оперированных больных 783 года.

1393. ВЫБОР СПОСОБА CST ПРИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Шаповальянц С.Г., Михалев А.И.,
Михалева Л.М., Дзаварян Т.Г.*

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
Кафедра госпитальной хирургии №2

Актуальность. Новым направлением лечения больших грыж передней брюшной стенки (ПБС) являются комбинированные операции, сочетающие ненапряжную аллопластику с разделением мышечно-фасциальных компонентов передней брюшной стенки (components separation technique – CST). Неизученной стороной вопроса остается влияние различных методов CST на увеличение объема брюшной полости. Целью работы явилось изучение влияния трех методов сепарации ПБС на увеличение объема брюшной полости для использования полученных результатов в хирургии больших вентральных грыж. Материалы и методы исследования. Исследование выполнялось в 2 этапа. На I этапе проводилось изучение на анатомическом материале. На II этапе полученные результаты начали применять в клинике. Было изучено влияние задней сепарации по Novitskiy (TAR - transabdominal muscle relies), передней по Ramirez и передней по Ramirez с мобилизацией задней стенки влагалища прямой мышцы живота (R+МЗСПМ) на увеличение объема брюшной полости. Исследование проведено на аутопсийном материале на 30 нефиксированных трупах, умерших от терапевтических причин, не связанных с заболеваниями органов брюшной полости и без перенесенных операций на животе. Перед операцией определялся исходный объем брюшной полости при вентрибрюшном давлении (ВБД) - 20 мм рт. ст., путем введения воды в брюшную полость. ВБД определяли путем катетеризации мочевого пузыря. После операции вновь измеряли объем брюшной полости при ВБД = 20 мм рт. ст. В последующем, в стационаре находились на лече-



нии 5 пациентов с диагнозом послеоперационная вентральная грыжа M2-4R0W3 по EHS классификации. На дооперационном этапе всем пациентам выполнялась КТ абдоминометрия, потеря живота у пациентов составила 15-23%.

Результаты и обсуждение. Анатомическое исследование. Каждый вид CST выполняли на 10 трупах. При передней сепарации по Ramirez исходный объем брюшной полости в среднем составил $3,2 \pm 0,2$ л. После выполнения сепарации передней брюшной стенки объем брюшной полости составил $4,06 \pm 0,2$ л со средним увеличением объема на $27,8 \pm 2,6\%$. При задней сепарации (TAR) исходный объем брюшной полости в среднем составил $3,1 \pm 0,1$ л. После операции увеличение объема брюшной полости произошло на $24,2 \pm 1,7\%$, при средних абсолютных показателях - $3,9 \pm 0,1$ л. При операции R+МЗСПМ исходный объем брюшной полости в среднем составил $3,1 \pm 0,08$ л. После операции объем брюшной полости составил $4,7 \pm 0,22$ л. Увеличение объема брюшной полости составило $49,8 \pm 4,5\%$. Таким образом, исходный объем брюшной полости во всех наблюдениях статистически не отличался и для достижения давления 20 мм рт. ст. достаточно было ввести чуть более 3 литров жидкости. Однако, после всех 3 видов операций этот показатель имел видимую разницу. Максимальное увеличение брюшной полости отмечено после операции R+МЗСПМ на $49,8 \pm 4,6\%$. Клиническое исследование. Проведены 5 операций, в 3 случаях при объеме грыж до 20% от брюшной полости выполнялась операция TAR. У 2 пациентов с грыжами более 20% от объема живота выполнялась операция R+МЗСПМ. Ни в одном случае компартмент синдром не отмечен. Выводы. Выполненные на анатомическом материале методы CST оказались технически доступными, воспроизводимыми и увеличивающими объем брюшной полости на 24 - 49%. Тем не менее, выявлено различное влияние трех видов CST на увеличение объема брюшной полости: наибольшим эффектом обладает операция Ramirez+МЗСПМ (на $49,8 \pm 4,6\%$), несколько меньше увеличивает объем операция Ramirez – на $27,8 \pm 2,7\%$ и менее всего увеличивала сепарация TAR – на $24,2 \pm 1,7$. Первые клинические результаты обнадеживающие. Однако для окончательных выводов следует продолжить набор клинического материала.

Рекомендации. При выборе способа операции при больших вентральных грыжах следует учитывать V грыжевого мешка и брюшной полости. При объеме до 20% рекомендуем выполнение операции TAR, более 20% - R+МЗСПМ.

1394. ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Ступин В.А. (1,1), Богомолов М.С. (2,2), Бакунов М.Ю. (4,4), Горский В.А. (1,1), Горюнов С.В. (1,1), Елисеева М.Е. (4,4), Жидких С.Ю. (1,1), Корейба К.А. (3,3), Кривихин В.А. (4,4), Кривихин Д.В. (4,4), Силина Е.В. (1,2)

Москва, 2) Санкт-Петербург, 3) Казань, 4) Видное

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- 2) ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 3) Казанский ГМУ,
- 4) Видновская РКБ

В настоящее время заболеваемость сахарным диабетом (СД) демонстрирует резкий рост, принимая характер глобальной эпидемии. Количество людей, страдающих СД, превысило 350 млн, при этом, согласно прогнозам ВОЗ, в ближайшие 25 лет больных СД станет 550 млн. Широкое распространение, продолжительное течение и частое развитие осложнений определяют бремя СД. Одним из таких осложнений, способствующих инвалидизации и социальной дезадаптации, является синдром диабетической стопы (СДС). Лечение СДС требует больших экономических затрат, связанных с частыми госпитализациями, необходимостью реабилитационных мероприятий и высокой стоимостью социального обслуживания лиц с СДС. Цель: изучить эффективность использования коллагенового материала у пациентов с синдромом диабетической стопы. В 2016 году в многоцентровое проспективное сравнительное наблюдательное исследование был включен 71 пациент с синдромом диабетической стопы в возрасте 30-80 лет (средний возраст $58,96 \pm 8,11$ лет; медиана - 60 лет), в том числе 34 (47,9%) женщины и 37 (52,1%) мужчин, проходивших обследование и лечение на базах лечебно-профилактических учреждений городов Москва, Санкт-Петербург, Казань, Видное. У 50 пациентов (70,4%) степень поражения соответствовала Wagner II, 21 (29,6%) – Wagner III. Длительность существования язвенного дефекта варьировала от 6 недель до 2 лет, в среднем составила $8,4 \pm 9,1$ мес (медиана – 6 мес). Включенные в исследование пациенты были рандомизированы на 2 группы. В группу сравнения вошли 35 человек (19 мужчин и 16 женщин), получавших стандартное лечение без использования коллагенового материала (хирургическая обработка, гидроколлоидные повязки, разгрузка стопы, консервативная фармакотерапия). Основную группу составили 36



пациентов (18 мужчин и 18 женщин) стандартное лечение которых было дополнено использованием коллагенового биоматериала Коллост, применяемого в соответствии с инструкцией в разных формах (гель, мембрана, шарики). Группы пациентов были однородны ($p > 0,05$) (табл.1). Исходные размеры дефекта кожи и мягких тканей в обеих группах были сопоставимы ($p > 0,05$). В среднем (медиана) длина в основной группе составила 4,9 см, в группе сравнения – 5,0 см; ширина – 2,8 и 3,0 см соответственно; глубина – 0,3 см в обеих группах. Площадь СДС составила в среднем в основной группе 13,5 см² (межквартильный интервал – 5,3 / 38,0 см²), в группе сравнения – 12,6 см² (межквартильный интервал – 7,5 / 35,0 см²) ($p > 0,05$). Оценка состояния проводилась в динамике на 1, 7, 14, 28 сутки. Результатом достоверного улучшения заживления ширины раны при СДС в группе Коллост стала наиболее выраженная и опережающая группа сравнения динамика регресса площади раны. В группе Коллост площадь раны регрессировала в среднем (медиана) с 13,5 см² на 1-м визите до 10,6 см² на 2-м визите (в 1,27 раза), 6,3 см² на 3-м визите (в 2,14 раза) и до 2,1 см² на 4-м визите (в 6,43 раза). В группе сравнения площадь регрессировала с 12,6 см² на 1-м визите до 12,5 см² на 2-м визите (в 1,01 раза), 10,0 см² на 3-м визите (в 1,26 раза) и до 7,0 см² на 4-м визите (в 1,80 раза). Статистически значимое межгрупповое различие зарегистрировано на 4-м визите, при котором площадь раны в группе сравнения в среднем была в 3,33 раза больше, чем в группе Коллост.

1395. ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Вабалайте К.В., Романчишен А.Ф.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение. Послеоперационные осложнения можно разделить на неспецифические, возникающие после любых хирургических вмешательств (кровотечения, перфорация полых органов, нагноение раны) и специфические, возникающие только после операций на ЩЖ (повреждения возвратных гортанных нервов, гипопаратиреоз, тиреотоксический криз). Рациональность избранной или разработанной техники операций отражаются в количестве и динамике частоты послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Для демонстрации изменений в российской тиреоидной хирургии на протя-

жении последнего 200-летия нами представлен анализ результатов хирургического лечения 61869 больных, оперированных в различных клиниках нашей страны в период с 1807 по 2011 гг. Более трети рассматриваемых больных (24073/38,9%) оперированы в клинике госпитальной хирургии Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета в период с 1960 по 2011 гг. Анализ послеоперационных осложнений представлен в соответствии с предложенной нами периодизацией истории хирургического лечения больных различной патологией ЩЖ.

Результаты и дискуссия. Нами проведена сравнительная оценка частоты послеоперационных осложнений на разных этапах развития истории хирургии щитовидной железы. В течение первого и второго периодов (1847 – 1920 гг.) было выполнено 1400 операций на ЩЖ. Третий период (20-е гг. XX века – 1991 г.) объединил 43408 тиреоидных операций. В рамках четвертого периода (1992 г. – настоящий период) мы анализировали результаты хирургического лечения больных оперированных только в нашей клинике – всего 17061 пациент. Послеоперационное кровотечение было зафиксировано у 4,34% больных оперированных в 1-2 периоды; у 3,4% больных 3 периода и 0,3% наблюдений 4 периода. Выявлено достоверное различие частоты послеоперационных кровотечений между 1-2 и 3 периодами ($p < 0,05$) и 0,4% – в 4 периоде.

1396. ПЕРВЫЙ УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОКРЫТОГО МЕТАЛЛИЧЕСКОГО СТЕНТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВЫ ЛУКОВИЦЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Мартынов А.А.(1), Евдокимов В.В.(2),
Васильченко М.И.(1), Васильев С.Б.(1),
Завалуева А.А.(2)*

Москва

1) ГКБ № 68, 2) МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение: Кровотечения из верхних отделов ЖКТ до настоящего времени остаются серьезной междисциплинарной медицинской проблемой, смертность от которой может достигать 10%. До 40% этих кровотечений язвенные, из них половина дуоденальные. Частота рецидива кровотечений, несмотря на комплексные меры по остановке и профилактике, достигает 20%, при этом до 60% рецидивов приходится на больных с язвой ДПК. Наиболее сложным для эндоскописта местом расположения кровоточащей язвы с технической точ-



ки зрения остается задняя стенка луковицы ДПК, при чем частота рецидивов из этой зоны превышает частоту рецидива из язв другой локализации в 3-5 раз. Помимо классических эндоскопических методик предложено большое количество альтернативных способов остановки и профилактики рецидива язвенного кровотечения - от трансартериальной эмболизации до разнообразных баллонных зондов и протезов, таких как катетер Фаллея, установленный в просвет луковицы ДПК через гастростому. Многие из них не получили распространения либо в виду технической сложности установки и малой эффективности, невозможности адекватно контролировать эффективность гемостаза, либо дороговизны. С появлением покрытых саморасширяющихся металлических стентов предпринимались попытки их использования для остановки кровотечений и профилактики рецидивов. Наиболее успешный пример – стент Дениша для остановки кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Существуют единичные работы по использованию стентов для остановки кровотечений из стенозирующих опухолей ДПК. На возможную эффективность стентов, как герметизирующих устройств, указывает работа о лечении перфораций ДПК при помощи стандартных покрытых пилородуоденальных стентов. Для гемотампонады при стентировании необходимо создание замкнутой полости путем плотного прилегания краев стента к стенкам полого органа. Диаметр ДПК в ее различных отделах достигает по данным разных исследователей, в том числе и нашим клинико-экспериментальным данным, – 24-26 мм. Диаметр рабочей части существующих пилородуоденальных стентов не превышает 20 мм, и следовательно эти стенты не способны обеспечить герметичность протезированного отрезка кишки. Исходя из вышеизложенного нами была разработана методика (получен Патент РФ на способ остановки и профилактики рецидива язвенных кровотечений из дефектов стенки ДПК) и предпринята попытка профилактики рецидива кровотечения из луковицы ДПК путем установки покрытого металлического толстокишечного стента большого диаметра. Описание клинического случая. Пациент С., 65 лет, поступил 10.02.2016 в отделение неврологии ГКБ № 68 с повторным инфарктом головного мозга и тяжелой сопутствующей патологией. За время пребывания в стационаре признаки состоявшегося язвенного кровотечения из язвы луковицы ДПК выявлены 3 раза, ЭГДС выполнена более 10 раз. Эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения – 4 раза. Наблюдалось падение уровня гемоглобина до 50 г/литр. В попытке избежать хирургического вмешательства 02.03.2016 после консилиума с целью профилактики рецидива кровотечения в ДПК установлен покрытый

толстокишечный стент, диаметром рабочей части 24 мм, диаметром воронкообразно-расширенных концов 32 мм, общей длиной 90 мм. Для доставки стента нами использовалось самодельное доставочное устройство повышенной жесткости диаметром 6 мм и длиной 150 см. Стент успешно установлен в просвет ДПК таким образом, что его воронкообразно расширенная часть выступает из привратника. После установки стента рецидивов кровотечения не наблюдалось. Стент удален на 5 сутки. При контрольной ЭГДС – риск рецидива кровотечения - Forrest 3. Пациент в удовлетворительном состоянии 09.03.2016 выписан из клиники. Выводы: Использование стентов для остановки и профилактики рецидивов кровотечения из луковицы ДПК может стать простой и эффективной альтернативой экстренной операции. Необходима разработка и клинические испытания специальных пилородуоденальных стентов, наиболее подходящих по конфигурации для остановки и профилактики кровотечений.

1397. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Луцевич О. Э., Галлямов Э.А., Лактюнькина Е.Н., Макушин А.А.

Москва

- 1) Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
- 2) АО ГК "Медси" Клиническая больница № 2.

Эндоскопическая резекция слизистой на сегодняшний день является наиболее безопасным и широко распространенным методом эндоскопического лечения плоских или приподнятых эпителиальных образований толстой кишки (0-II a 0-II b по Парижской классификации неоплазий ЖКТ). Цель. Изучение результатов эндоскопической резекции слизистой при эпителиальных образованиях толстой кишки на этапе освоения метода. Материалы и методы. С сентября 2014 по январь 2017 гг. 18 пациентам (6 мужчин и 12 женщин, средний возраст пациентов 63,6 лет) была выполнена эндоскопическая резекция слизистой по поводу эпителиальных образований толстой кишки. Результаты. У 18 пациентов было удалено 23 эпителиальных и 1 неэпителиальное образования толстой кишки. Для определения макроскопического вида образований использовалась Парижская классификация неоплазий ЖКТ. 15 образований были классифицированы как тип 0-IIa, 4



образования типа 0-Is, 2 образования 0-Ip типа, 2 образования LST-NG. Средний размер образований составил 9.9 мм. (6 мм-25 мм). Для определения границ образований и рельефа поверхности слизистой использовали методики хромокопии 1% р-ром индигокармина, 0,2 % р-ром кристаллического фиолетового, 1,5 % уксусной кислотой, а также узкоспектральную и эндоскопию высокой четкости. У 6 пациентов эпителиальные образования были выявлены и верифицированы ранее. У 12 пациентов с образованиями 0-IIa типа резекция выполнена без предварительной биопсии. В этих случаях решение о резекции принималось на основе прогнозирования гистологического типа с использованием классификации рельефа поверхности слизистой pit pattern (S. Kudo, 1994) или NICE для узкоспектрального осмотра. В двух случаях образования более 20 мм были фрагментированы и удалены. Гистологический анализ показал тубулярную и тубулярно-ворсинчатую аденому с легкой и средней степени дисплазией в 17 препаратах, гиперпластический полип в 2 препаратах, зубчатая аденома на широком основании в 1 препарате, подозрение на GIST в 1 препарате. В 2 препаратах неопластических изменений не обнаружено. Ранние осложнения отмечены в двух случаях. В одном случае кровотечение при удалении образования размером 20 мм, расположенного вблизи зубчатой линии, было остановлено эндоскопическим методом коагуляции, дефект слизистой был клипирован. У одной пациентки в раннем послеоперационном периоде развился постполипэктомический синдром после удаления образования слепой кишки размером 12мм, консервативное лечение. Выводы. Метод эндоскопической резекции слизистой оболочки является эффективным и безопасным методом лечения непוליповидных эпителиальных образований толстой кишки размером до 20 мм, в том числе, при освоении метода.

1398. ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ким Г.В., Еркович А.А, Нотов К.Г.

Новосибирск

НУЗ ДКБ на станции Новосибирск-Главный ОАО
"РЖД"

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — самая распростра-

ненная патология мочеполовой системы у мужчин старше 40 лет. На данное время разработан и применяется миниинвазивный, рентгенэндovasкулярный метод лечения ДГПЖ - эмболизация артерий простаты (ЭАП). Данный метод является методом выбора в лечении пациентом с размером аденомы предстательной железы более 30 см³, когда хирургическое вмешательство - аденомэктомия, ТУР противопоказаны в виду сопутствующих заболеваний, общего тяжелого состояния пациента, так как метод является малотравматичным. Материал и методы. Наблюдались пациенты с ДГПЖ объемом простаты 30 и более см³. Пациентам выполнялись: трансректальное ультразвуковое исследование простаты (ТРУЗИ), определение УЗИ-методом остаточной мочи, урофлоуметрия, определении уровня простатспецифического антигена (ПСА). Эмболизация артерий простаты проведена 85 пациентам. Средний возраст пациентов составил 71 г. Все пациенты имели высокий хирургический и анестезиологический риск вызванный общим тяжелым состоянием пациента, сопутствующими заболеваниями. Результаты. Объем простаты (по данным ТРУЗИ): до операции средний объем предстательной железы составил 110 см³. Средний объем предстательной железы после операции был 69см³ (через 2-3 месяца после ЭАП). Среднее уменьшение объема простаты наблюдалось на 37,3%. Средний уровень ПСА до операции составил 19,3 нг/мл. По данным контрольных исследований уровня ПСА через 2–3 месяца после ЭАП упал в среднем на 23 % от исходного. Результаты урофлоуметрии до операции: средняя максимальная скорость – 8,7 мл/сек., средняя скорость – 3,8 мл/сек., объем мочи – 158 мл. Результаты урофлоуметрии после операции: средняя максимальная скорость – 10,2 мл/сек., средняя скорость – 4,8 мл/сек., объем мочи – 195 мл. Заключение. Эмболизация артерий простаты – рентгенэндovasкулярный метод лечения ДГПЖ, позволяющий оказывать эффективную помощь пациентам с тяжелым общим состоянием, тяжелыми сопутствующими заболеваниями. После ЭАП наблюдается уменьшение размеров предстательной железы в среднем на 30-50%. Значительно улучшаются показатели мочеиспускания по данным урофлоуметрии.



1399. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Дурлештер В.М.,(1) Андреев А.В.,(1) Сахно В.Д.,(1)
Антинян К.Д.,(1) Бабенко Е.С.(2)*

Краснодар

- 1)ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
КМЛДО.
- 2)КГК БСМП

Актуальность: острый холецистит встречается 1 на 1600-10000 так же, как у небеременных пациенток 1-2% .Желчные камни присутствует от 3.5 до 10% беременных женщин. Видиолапароскопическая холецистэктомия относительно хорошо переносится, предпочтительно во втором триместре беременности или послеродовом периоде. У 1-3% беременных женщин выполняют холецистэктомию при осложненных формах желчнокаменной болезни. Представлен восьмилетний опыт лечения беременных пациенток с острым калькулезным холециститом в ККБ№2 г.Краснодар. Цель настоящей работы. Улучшение результатов лечения беременных пациенток с острым калькулезным холециститом, на различных сроках беременности. Материал и методы. В ГБУЗ Краевая клиническая больница №2 Краснодарского края с 2008 по 2016 гг. На стационарном лечении находилась 35 пациенток с диагнозом: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит, сроком беременности от 5 до 38 недель. Возраст пациенток колебался от 18 до 40 лет. Пациентками выполнялось УЗИ органов брюшной полости. Установка эхографического диагноза острого холецистита, выявления инфильтративных изменений перипузырного пространства и печеночно-двенадцатиперстной связки. УЗИ плода, осмотр акушер - гинеколога. Взятие общих клинических анализов. Определения показаний к видиолапароскопической холецистэктомии, чрескожной чреспеченочной холецистостомии. Результаты. Комплексная консервативная терапия проведена 11 пациенткам, которая позволила купировать полностью явления острого холецистита. Из них у семерых был 3 триместр беременности, троих 2 триместр беременности. И одна пациентка в 1 триместре беременности. Видиолапароскопическую холецистэктомию выполнено 17 пациенткам. Из них четверо в 1 первом триместре беременности, и тринадцать во 2 триместре беременности. Чрескожную чреспеченочную холецистостомию выполнено 7 пациенткам. Из них у двоих был 3 триместр беременности. Четверо во 2 триместре. И одна пациентка в 1 триместре беременности. Всем пациенткам выполнялся после

оперативных вмешательств УЗИ мониторинг плода с последующим осмотром акушер – гинеколога согласования тактики ведения. Осложнений, связанных с применением миниинвазивных методов лечения, не отмечалось. Выполнения лапаротомии не потребовалась не у одной пациентки. Прерывания беременности также не наблюдалось. Выводы. Лечение пациенток с острым калькулезным холециститом с применением миниинвазивных хирургических вмешательств позволяет избежать осложнений, как со стороны матери, так и со стороны плода. Выполнений травматических оперативных вмешательств, при деструктивных формах. А выполнить плановое безопасное второе этапное миниинвазивное хирургическое лечение в послеродовом периоде.

1400. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПИЩЕВОДНО-ТОНКОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

*Макаев М.И.(1), Абрамзон О.М.(2),
Лященко С.Н.(2), Есипов В.К.(2), Курлаев П.П.(2),
Заложков А.В.(2), Журнова А.С.(2)*

Оренбург

- 1) НУЗ ОКБ на ст. Оренбург 2) ОргМУ

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа оперативных вмешательств на пищеводе и желудке, заканчивающихся наложением пищевода-кишечных анастомозов. В большинстве случаев целостность пищеварительного тракта восстанавливается наложением анастомоза пищевода с тонкой кишкой. Даже при тщательном соблюдении всех факторов, влияющих на заживление анастомозов, случаи нарушения герметичности отмечаются при всех вариантах оперативных вмешательств. Несостоятельность анастомозов носит полиэтиологический характер, но одной из главных причин является применение макрохирургической техники, при которой герметичность и прочность шва достигается вворачиванием стенок и сопоставлением серозных поверхностей. Один из возможных путей преодоления этих недостатков – использование микрохирургической техники, основанной на работах И.Д. Кирпатовского и И.И. Кагана Цель исследования – экспериментальное обоснование наложения микрохирургических пищевода-тонкокишечных анастомозов. Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено на 18 беспородных собак обоего пола. На 6 животных изучили морфологию



слоев стенки абдоминального отдела пищевода и тонкой кишки в 20-30 см от связки Трейтца, на 12 - выполнили формирование пищеводно-тонкокишечных анастомозов с использованием микрохирургической техники. Эвтаназию передозировкой наркотических средств осуществляли на 7-е и 21-е сутки (по 6 опытов). Микрохирургический пищеводно-тонкокишечный анастомоз выполняли двухрядным швом под увеличением 6-15 крат, используя атравматический шовный материал пролен с условным номером 6/0 – 7/0 и микрохирургический инструментарий. После стандартной гистологической проводки изготавливали ультратонкие срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван Гизону. Результаты исследования. При изучении толщины стенки пищевода и тонкой кишки выявлено значимое превышение средних значений подслизистой основы, мышечной и серозной оболочек пищевода над соответствующими слоями стенки кишки (в 2,3, 1,5 и 1,3 раза соответственно). Следует отметить, что у человека, также как и у собак, толщина мышечного и серозного слоёв абдоминального отдела пищевода превалирует над тонкокишечными. Вместе с тем, подслизистые основы значимо не отличаются друг от друга, что даёт возможность выполнить двухрядный микрохирургический эзофагоэнтероанастомоз, соединив одним рядом подслизистые основы, а другим – серозно-мышечный слой, с формированием сфинктероподобной структуры за счёт избытка тканей из пищевода. В связи с этим, в эксперименте на животных было решено выполнить подобный анастомоз. При изучении гистотопограмм в динамике – к 7-м суткам после операции отмечается достаточно плотное сопоставление одноименных гистологических структур, в том числе подслизистой основы и слизистой оболочки, с минимальным травмированием стенок органов шовной нитью. В области соустья некротических изменений не выявлено, заживление идет по типу первичного. Вследствие превышения мышечной и серозной оболочек пищевода над одноименными слоями стенки кишки происходит наворачивание наружного футляра пищевода с формированием сфинктероподобной структуры. К 21-м суткам формируется тонкий нежный рубец без разрастания грубой волокнистой ткани; явления воспаления купируются. Выводы: 1. Морфометрические исследования выявили превышение средних значений слоёв стенки пищевода собаки над соответствующими слоями стенки тонкой кишки. 2. Использование микрохирургической техники при наложении пищеводно-тонкокишечного анастомоза без прошивания слизистой оболочки в эксперименте обеспечивает адаптацию одноименных слоев стенок сшиваемых органов с восстановлением слизистых оболочек к кон-

цу первой недели и заживлением анастомоза по типу первичного к 21-м суткам.

1401. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Зорькин А.А.(1,2), Тутолмин В.Р.(1),
Понамарев Н.И.(1), Костянян К.К.(1),
Амирагян Д.М.(1,2), Майстренко Д.Н.(1),
Сафин С.Ф.(1), Ахмедов А.А.(1), Козлов И.Г.(1)*

Сургут

1 - БУ «Сургутская городская клиническая
больница»

2 - БУ ХМАО-Югры «Сургутский государственный
университет»

Перфоративные гастродуоденальные язвы относятся к одним из наиболее частых осложнений язвенной болезни и традиционно занимают 4-6 позицию по частоте экстренной госпитализации в хирургические стационары. Несмотря на относительно невысокие показатели послеоперационной летальности, до настоящего времени встречаются угрожающие жизни послеоперационные осложнения и неблагоприятные исходы, преимущественно среди лиц пожилого и старческого возраста, с тяжелой конкурирующей терапевтической патологией и в связи с развитием распространенного перитонита, осложненного тяжелым абдоминальным сепсисом. При использовании традиционных хирургических методов лечения длительность госпитализации составляет 9-14 суток. В настоящее время при прободных гастродуоденальных язвах в большинстве случаев отдается предпочтение органосохраняющим операциям в связи с успехами терапевтического лечения язвенной болезни. Около 80 % пациентов госпитализируются в срок до 6 часов от момента перфорации, что исключает развитие у них распространенных форм бактериального перитонита. Данные факты открывают перспективы более широкого применения современных малоинвазивных хирургических технологий при лечении перфоративных гастродуоденальных язв.

Цель работы: Анализ результатов лечения перфоративных гастродуоденальных язв при использовании видеолaparоскопических вмешательств. Материалы и методы: За период с 2012 по 2016 год в хирургическом отделении БУ «Сургутская городская клиническая больница» было выполнено 48 операций ушивания перфоративных гастродуоденальных язв с использованием видеоэндоско-



пических технологий. На начальном этапе освоения методики для операции ограничивали отбор астеничными молодыми лицами без явного и косвенного язвенного анамнеза и сроком от момента перфорации не более 2 часов. В дальнейшем показания расширяли за счет вмешательств у лиц более зрелого возраста и длительности от появления клиники перфорации до 12 часов. 31 пациенту перед вмешательством выполнена ФГДС, во время которой верифицированы небольшие размеры перфоративного отверстия и исключен сочетанный характер осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация, малигнизация). Оперативное вмешательство выполнялось в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом с миорелаксацией. Предоперационное обследование и подготовка не отличались от общепринятых. С целью антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений применяли защищенные аминопенициллины или цефалоспорины с длительным периодом элиминации цефтриаксон. Использовалась стандартная 3-х портовая методика введения троакаров. Ушивание перфорации выполнялось с использованием одно- (39, 81,2%) или двухрядных (9, 18,8%) швов. Узлы завязывали интракорпорально (30, 62,5%) и экстракорпорально (18, 37,5%). Фиксация пряди сальника к зоне ушитой перфорации использовали редко (12, 25%) и только при ушивании перфоративных отверстий более 3 мм в диаметре. Результаты: Летальных исходов не отмечено. У 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде в сроки до 4 суток от операции отмечено развитие интраабдоминального абсцесса (1-подпеченочный, 1 – поддиафрагмальный справа), что составило 4,1%. Возникновение указанных послеоперационных осложнений не ассоциировалось с особенностями выбранной интраоперационной техники (способ завязывания и рядность наложения швов) и вероятно было связано с недостаточной санацией брюшной полости на завершающем этапе первичного хирургического вмешательства. Осложнения были ликвидированы также с использованием малоинвазивных вмешательств путем видеолапароскопической санации и дренирования брюшной полости, ни в одном случае несостоятельность наложенных швов на стенку желудка и ДПК не была диагностирована. Все больные были выписаны на амбулаторное лечение у гастроэнтеролога. Длительность госпитализации варьировала от 4 до 10 суток, в среднем составила $6 \pm 2,8$ дня. Длительность нахождения в РАО не превышала 1 суток.

Выводы: Видеоэндоскопическое ушивание перфоративных отверстий гастродуоденальных язв у пациентов без сочетания осложнений язвенной болезни, при отсутствии проявлений распространенного бактериального перитонита является

методом выбора в связи с его эффективностью и безопасностью и сопровождается уменьшением длительности госпитального этапа лечения. Выполнение однорядного шва, в том числе, без дополнительной фиксации сальника, не сопровождается развитием несостоятельности и иных осложнений. Частота развития послеоперационных осложнений, представленных интраабдоминальными абсцессами, составляет 4,1%. Причинами их развития, вероятно, является недостаточная первичная санация брюшной полости. Указанные осложнения успешно ликвидируются санационными малоинвазивными вмешательствами в раннем послеоперационном периоде. Дальнейшее расширение показаний для видеолапароскопического ушивания перфоративных гастродуоденальных язв представляется за счет групп больных пожилого и старческого возраста, а также с распространенным бактериальным перитонитом при условии более активного использования технологии программных видеоэндоскопических санаций брюшной полости.

1402. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН

Салемьянов А.З.

Екатеринбург

МАУ "ГКБ № 40"

Представлена сравнительная оценка результатов стандартной лапароскопической и трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулезным холециститом. Цель исследования: Оценить преимущества применения трансвагинальной лапароскопической холецистэктомии перед стандартной лапароскопической холецистэктомией. Материалы и методы. На базе ГКБ №40 г. Екатеринбурга с июня 2009 года 47 пациенткам выполнена лапароскопическая трансвагинальная холецистэктомия (основная группа). Контрольную группу составили 50 пациенток, которым была выполнена стандартная лапароскопическая холецистэктомия. Обе группы были сопоставимы по антропометрическим данным, срокам заболевания, степени деструктивных изменений в стенке желчного пузыря и сопутствующей патологии. Использовали следующую технику лапароскопической трансвагинальной аппендэктомии. 5-мм троакар вводили трансумбиликально, 5-мм и 10-мм троакары вводили трансвагинально. Пузырный проток и артерию обрабатывали биполярным диссектором, клипирование осуществляли через 10 мм трансвагиналь-



ный порт. Препарат желчного пузыря извлекали через кульдотомное отверстие под визуальным контролем из трансумбиликального порта. Дренаж подпеченочного пространства выводили наружу через кульдоцентезное отверстие. В послеоперационном периоде оценивались: динамика клинических и лабораторных показателей, потребность в анальгетиках, выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), темпы купирования воспалительного синдрома, длительность пребывания в стационаре, косметический эффект.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила $42,4 \pm 9,7$ минут (в контрольной группе $33 \pm 7,9$ минут). Конверсий, интра- и послеоперационных осложнений не было. Все пациентки основной группы были выписаны на следующие сутки после операции и в дальнейшем наблюдались амбулаторно. В контрольной группе послеоперационный койко-день составил $1,7 \pm 0,4$. В основной группе течение послеоперационного периода было достоверно легче: быстрее нормализовалась температура тела, были менее выражены болевой синдром и потребность в анальгетиках, раньше наступила стабилизация лабораторных показателей. Средняя длина операционной раны на передней брюшной стенке в основной группе составила 6 ± 1 мм. В контрольной группе средняя длина операционных ран равнялась 28 ± 3 мм. Выводы 1 данная технология применима и безопасна в лечении больных хроническим калькулезным холециститом; 2 преимуществом метода является отсутствие косметических дефектов на передней брюшной стенке; 3 на основании изучения болевого синдрома, потребности в анальгетиках, сроков нормализации клинических и лабораторных показателей можно говорить о снижении травматичности вмешательства при использовании трансумбиликального доступа.

1403. ВНУТРИПРОСВЕТНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Прудков М.И. (1), Кочмашев И.В.(2),
Ковалевский А.Д.(3), Антошкина О.А.(4),
Деревянко Е.В. (5), Клевакин Э.Л.(6),
Галимзянов Ф.В.(7)*

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет (1), Свердловская областная клиническая больница №1 (2,4,7), городская клиническая больница № 14 г. Екатеринбурга (3,5,6.)

Клинические базы кафедры хирургических болезней Уральского государственного медицинского университета (СОКБ 1, ГКБ 14) располагают опытом применения внутрипросветных вмешательств на протоках поджелудочной железы и сосудистых структурах у 45 больных хроническим панкреатитом. 13 пациентам была выполнена эндоскопическое стентирование вирсунгова протока пластиковыми стентами с последующей дистанционной ударно-волновой литотрипсией конкрементов в 5 наблюдениях. В 3 случаях литотрипсия оказалась эффективной. 5 больным через канал наружного панкреатического свища, образовавшегося после наружного дренирования кисты (1) или открытого дренирования вирсунгова протока Т-образным дренажем (4) после бужирования свища была произведена чресфистульная фибровирсунгоскопия с удалением или электрогидравлическим дроблением конкрементов. Одному из этих пациентов с панкреатогенным асцитом, механической желтухой и рецидивирующими портальными кровотечениями для устранения стриктур БСДК и устья вирсунгова протока на 3 месяца были установлены расширяющиеся покрытые проволочные стенты диаметром 8 мм с последующим их удалением фибродуоденоскопом. При наблюдении в течение 3 лет признаков рецидива стриктур нет, на фоне антикоагулянтной терапии произошла реканализация тромбированной воротной вены купирован асцит и спались варикозно расширенные вены пищевода. 26 больным рентгеноэндovasкулярные вмешательства были предприняты для ликвидации артериальных псевдоаневризм, в том числе у 16 осложнившихся кровотечениями в желудочно-кишечный тракт. В 1 из этих наблюдений параллельно с окклюзией гастродуоденальной артерией была выполнена окклюзия патологического венозного шунта, служившего причиной варикозного расширения вен пищевода и венозных кро-



вотечений, в другом - была произведена эмболизация гастродуоденальной артерии, свищ которой развилось кровотечение в правую плевральную полость через панкреатогенную кисту. У 8 пациентов хроническим панкреатитом была предпринята рентгеноэндovasкулярная остановка артериальных кровотечений, развившихся после дренирующих и резекционных операций на поджелудочной железе. У 2 пациентов вмешательства были выполнены по поводу аррозивных кровотечений на фоне гнойных осложнений хронического панкреатита. Еще у 1 пациента с рецидивирующими портальными кровотечениями панкреатогенной природы.

1404. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДОСКОПИИ

*Зорькин А.А.(1,2), Тутолмин В.Р.(1),
Понамарев Н.И.(1), Петров А.В.(1),
Дружинин Ю.В.(1), Рахматуллин В.Б.(1),
Амирагян Д.М.(1,2), Костанян К.К.(1),
Майстренко Д.Н.(1), Сафин С.Ф.(1),
Ахмедов А.А.(1), Козлов И.Г.(1), Черкасов П.В.(1)*

Сургут

1 - БУ «Сургутская городская клиническая
больница» 2 - БУ ХМАО-Югры «Сургутский
государственный университет»

Желудочно-кишечные кровотечения являются одним из наиболее частых осложнений язвенной болезни и в настоящее время лидируют по частоте экстренной госпитализации в хирургические стационары среди всех осложненных форм язвенной болезни. До настоящего времени у этой категории пациентов встречаются угрожающие жизни состояния и неблагоприятные исходы, преимущественно среди лиц пожилого и старческого возраста, при наличии тяжелой фоновой терапевтической патологии и в связи с развитием системных осложнений – геморрагического шока и ДВС-синдрома. Несмотря на успехи терапевтической гастроэнтерологии в лечении язвенной болезни желудка и ДПК, количество больных с язвенными кровотечениями не имеет тенденции к снижению (Гостищев В.К. и соавт., 2010; Суздальцев И.В. и соавт., 2015). Количество пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями в мире в настоящее время колеблется на уровне 50-170/100 тысяч

населения с уровнем летальности 5-10%. В России общая летальность находится в пределах 16-17%, а у больных пожилого и старческого достигает 30% (Тимербулатов Ш.В. и соавт., 2011). Кроме того, в последние годы имеется тенденция к росту числа больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни (Бабкин О.В. и соавт., 2011). Практика показывает, что количество хирургических вмешательств по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в последние годы значительно уменьшилось. Так, по данным НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского хирургическая активность при этом осложнении снизилась до 6,3% (Тверитнева Л.Ф. и соавт., 2011). В НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе оперативная активность при кровотечениях из язв желудка и ДПК за последние годы уменьшилась с 53% до 15,0% (Багненко С.Ф., 2011). В основном это объясняется кардинальным изменением принципов работы эндоскопической службы, уровнем ее технической оснащенности, повсеместным внедрением эффективных методов эндоскопического гемостаза, успехами медикаментозного лечения язвенной болезни и, как следствие, снижением частоты экстренных операций (Ермолов А.С. и соавт., 2009). Некоторыми авторами сообщается об успешном выполнении первичного эндоскопического гемостаза в 93,5% и его достаточной эффективности в случаях рецидива кровотечения (Кубачев К.Г. и соавт., 2011). Эндоскопический гемостаз нельзя считать альтернативой хирургическому вмешательству, он является начальным этапом в комплексном ведении пациента с язвенным гастродуоденальным кровотечением (Богомолов Н.И. и соавт., 2013). Вместе с тем, уровни послеоперационной летальности остаются стабильными в пределах 10-12%, достигая при хирургических вмешательствах на высоте кровотечения по поводу рецидивных кровотечений 40% и выше (Гостищев В.К. и соавт., 2011, Ермолов А.С. и соавт., 2011, Совцов С.А., 2013). Это оставляет данную патологию в числе актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии.

Цель работы: Изучение особенностей структуры больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и результаты их лечения при использовании лечебной внутрипросветной эндоскопии (эндоскопического гемостаза).

Материалы и методы: Рассмотрены 123 случая госпитализации в хирургическое отделение БУ «Сургутская городская клиническая больница» в 2013-2015 годах по поводу язвенного гастродуоденального кровотечения с клиническими признаками кровопотери средней и тяжелой степени на момент поступления. Применение на догоспитальном этапе методов эндоскопического гемостаза и назначение комбинации гемостатических и антисекреторных препаратов были критерия-



ми исключения. Всем пациентам проводилась базисная терапия с применением антисекреторных препаратов - блокаторов протонной помпы и гемостатиков в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями по ведению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Оценивались основные характеристики указанного контингента (выборки), исходы и длительность госпитализации, эффективность применения методов эндоскопического гемостаза. Результаты: Мужчин было 86 (69,9%), женщин – 37 (30,1%). Возраст больных варьировал от 19 до 86 лет, в среднем составил 49 лет. Диагностическая эффективность экстренной ФЭГДС составила 91% (112 случаев). В остальных случаях был подтвержден факт состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения, для постановки топического диагноза потребовалась повторная ЭФГДС после ликвидации тампонады желудка (11) или заместительной гемотрансфузии(2). У 48 пациентов (39%) диагностированы язвы желудка, у 71(58%) - язвы ДПК, у 4(3%) имело место сочетанное язвенное поражение желудка и ДПК. По классификации Форрест кровотечение было отнесено к F1A у 11 больных, F1B – у 14, FIIA – у 42, FIIB – у 35, FIIC – у 16, FIIL – у 5 пациентов. Сопутствующая клинически значимая сердечно-сосудистая патология диагностирована у 68 пациентов, что составило 55%. Гастродуоденальное кровотечение из язв возникло у 24 больных на фоне проведения системной антикоагулянтной терапии по абсолютным показаниям (19,5%). Эндоскопический гемостаз (лечебная внутрископическая эндоскопия) проводился в случаях кровотечений, классифицированных как F1, F2A, F2B, методами аргоноплазменной коагуляции (АПК), обкалывания, эндоклипирования или комбинацией этих способов. При F2A, F2B эффективность лечебной внутрископической эндоскопии составила 100%. При этом эффективность первичной процедуры эндогемостаза составила 84,9% (79 больных), в остальных случаях (15,1%) для достижения стойкого гемостаза потребовалось от двух до четырех этапных процедур. При кровотечениях, классифицированных как F1, вследствие неэффективности этапного эндоскопического гемостаза или технической невозможности его выполнения потребовалось резекционное вмешательство у 8 пациентов (32%), в т.ч. при F1A у 5 (55%), F1B - у 3 (21,4%). Умерло 3 больных, из них 2 – после оперативного вмешательства на высоте кровотечения (общая летальность 2,4%). Во всех случаях причиной смерти была признана декомпенсация сердечной функции на фоне СПОН и множественной сердечно-сосудистой патологии. Длительность госпитализации составила от 2 до 38 суток, в среднем 12 дней. Средняя длительность нахождения в реанимационном отделении составила 2,2 дня.

Выводы: На современном этапе язвенные гастродуоденальные кровотечения со среднетяжелой и тяжелой кровопотерей диагностируются преимущественно у лиц ближе к верхней границе трудоспособного возраста с соотношением мужчин и женщин примерно 2,3:1 и преимущественной дуоденальной локализацией источника кровотечения. Активное язвенное гастродуоденальное кровотечение регистрируется в 20% случаев, в т.ч. массивное артериальное - у 9%. Более 50% пациентов имеют клинически значимую сердечно-сосудистую патологию, в т.ч. после оперативной коррекции (стентирование коронарных сосудов, коронарное шунтирование, имплантация искусственного водителя ритма сердца). Проведение предшествующей длительной антикоагулянтной терапии сопровождает до 20% случаев язвенных гастродуоденальных кровотечений. Данные особенности существенно ограничивают системное применение гемостатиков и повышают значимость методов локального гемостаза. Этапный эндогемостаз с использованием методов АПК, инъекций, клипирования и их комбинаций является эффективным методом остановки язвенного гастродуоденального кровотечения со среднетяжелой и тяжелой кровопотерей и обеспечивает возможность избежать резекционного вмешательства при активности кровотечения F2 у всех больных, а при F1 - у 68%. Все случаи летальности связаны с наличием конкурирующих причин смерти.

1405. ПЕРИТОНИТ И СЕПСИС, КЛИНИЧЕСКИЕ И ИСТОРИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

*Прудков М.И.(1), Галимзянов Ф.В.(2),
Шелепов И.В.(3), Деревянко Е.В.(4),
Клевакин Э.Л.(5), Левит А.Л.(6), Пионтек А.Э.(7)*

Екатеринбург

Уральский государственный медицинский университет, Свердловская областная клиническая больница №1, городская клиническая больница №14

Многие современные тенденции в лечении и трактовке сепсиса и перитонита имеют глубокие исторические корни. На протяжении многовековой истории хирургии от Гиппократов до наших дней преобладали различные точки зрения на то, что такое перитонит - воспаление брюшины или гигантская инфицированная рана, дно которой покрыто брюшной. Менялись и подходы к определению понятия “сепсис” и взаимосвязи этого патологического процесса с перитонитом. Клас-



сификационные и терминологические вопросы перитонита и сепсиса в настоящее время также играют важную роль при определении прогноза и тактики лечения, оценки результатов и необходимых затрат. Перитонит, осложненный сепсисом и септическим шоком - это самая тяжелая категория больных с наиболее неблагоприятным прогнозом хирургического лечения. В хирургических клиниках кафедры хирургических болезней ФПК Уральского государственного медицинского университета (СОКБ 1, ГКБ 14, 280 коек хирургического профиля) в течение 2014-16 годов было пролечено 82 пациента с септическим шоком, развившемся вследствие гнойного перитонита, осложненного тяжелым абдоминальным сепсисом. У 58 из них перитонит носил вторичный характер, а причинами были ургентные заболевания брюшной полости. Больные третичным перитонитом, тяжелым сепсисом и септическим шоком принципиально не транспортабельны и должны оставаться в общей сети ЛПУ. Тем не менее, 24 пациента с третичным перитонитом и шоком были переведены из других стационаров после многократных и безуспешных релапаротомий. Тяжесть их состояния перед транспортировкой была недооценена или шок развился вследствие транспортировки. Больные с вторичным перитонитом в среднем поступали намного раньше больных вторичным перитонитом (55,3 + 13,4 часа от начала заболевания против 13,4 + 4,5 суток), но были существенно старше (средний возраст 70,9 + 2,3 против 44,6 + 14,1 года) и тяжелее (APACHE - 27,3 + 0,6 и 21,6 + 5,4 балла соответственно). Всем больным на этапе септического шока после короткой предоперационной подготовки в рамках противошоковых мероприятий выполняли минимальное по продолжительности (не более 30 минут) и объему вмешательство - лапаротомию или разведение ранее наложенных швов, осторожно аспирировали выпот без тщательного отмывания брюшины и изолировали (в том числе временно) источник перитонита от свободной брюшной полости. С "открытой" лапаротомной раной больных переводили в РАО, где продолжали противошоковые мероприятия. После купирования явлений шока на следующем этапе (тяжелый абдоминальный сепсис) продолжали "открытое" ведение брюшной полости и приступали к ее полноценным программным санациям, сначала каждый день, потом через сутки. По мере улучшения состояния в процессе программных санаций поэтапно реализовывали более травматичные и радикальные хирургические вмешательства. Третьим этапом после ликвидации явлений тяжелого сепсиса и стихания местных воспалительных явлений брюшную полость у 19 больных ушили послойно, у 21 пациентов удалось ушить только кожу. После завершения воспалительного

процесса в брюшной полости, у части пациентов требовалось продолжать интенсивное лечение целого ряда других осложнений. Итоговая летальность в группе больных вторичным перитонитом и септическим шоком составила 91,4% (умерли 53 из 58), третичным - 45,8% (умерли 11 из 24).

1406. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ НАВИГАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Байчоров Э.Х., Байрамуков Р.Р., Курмансеитова Л.И., Юрин С.В., Салпагаров Ш.Р.

Ставрополь

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый панкреатит в Ставропольском крае с 2014 года прочно занял 1-е место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и послеоперационной летальности в данной группе больных, составив 28 и 21% соответственно. В соответствии с эволюцией тактических подходов в лечении острого панкреатита, доля оперированных больных с острым панкреатитом в крае снизилось за последние 25 лет с 16,3% до 4,9%, общая летальность с 4,2% до 1,3%, а послеоперационная летальность с 24,2% до 17,3%. Материалы и методы. В клинике на базе ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», где концентрируются больные края с тяжелыми формами острого деструктивного панкреатита, за последние 5 лет получили лечение 146 больных. Распространенный гнойный перитонит был диагностирован у 45,9% больных, абсцессы сальниковой сумки - у 28,7%, флегмоны забрюшинного пространства - у 14,3%, сочетание гнойных осложнений - у 3,3% пациентов. Подавляющее число больных 137 (93,8%) были транспортированы в клинику на реанимобиле на 2-3-й неделе от начала заболевания из районных и городских больниц края по линии санитарной авиации. Большая часть больных первично были оперированы в районных больницах традиционными открытыми методами с формированием оментопанкреатобурсостомы, выполнением люмботомических доступов. В клинике выполнялись программированные релапаротомии при распространенном гнойном перитоните с интервалом 24-48 часов и санации сальниковой сумки с интервалом 3-4 суток на фоне интенсивной терапии с применением по показаниям гемодиализации, плазмафереза, имму-



нокорректирующей и антибактериальной терапии в сочетании с широким использованием пункций и дренирований жидкостных скоплений брюшной полости и забрюшинного пространства под ультразвуковым и рентгенконтролем. С накоплением опыта комбинированного использования навигационных технологий (ультразвуковых, рентгенологических, компьютерно-томографических), с 2015 года в клинике стали использовать под комбинированным навигационным контролем оригинальную методику этапных некрсеквестрэктомии с применением специальных дренажных устройств до полного купирования гнойно-некротического процесса. Данная методика успешно применена у 10 больных с распространенными гнойными осложнениями острого панкреатита с благоприятным исходом, как самостоятельный метод малоинвазивного хирургического лечения гнойных осложнений острого панкреатита. Выводы и рекомендации. В клинике в настоящее время отдается предпочтение малоинвазивным комбинированным навигационным технологиям в хирургическом лечении гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита с этапным выполнением некрсеквестрэктомии посредством специальных дренажных конструкций, снизив послеоперационную летальность с 31,4% до 17,5%, что говорит об их несомненной эффективности.

1407. РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЯ - НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ «СТАРОГО» ДОСТУПА

Перлин Д.В.

Волжский

ГБУЗ ВОУНЦ

Актуальность. Продемонстрировать возможность выполнения симультанных операций из ретроперитонеоскопического доступа. Материалы и методы. В условиях ГБУЗ ВОУНЦ в течении последних десяти лет активно внедряются операции на почках из ретроперитонеоскопического доступа. Разработанный в семидесятых годов прошлого столетия метод ретроперитонеоскопии не получил широкого распространения. Нами были выполнены в ходе операций на почках четыре холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, две аппендэктомии, две пластики паховой грыжи, одна пластика послеоперационной грыжи, шесть тромбэктомий из нижней полой вены при раке почки стадии Т3b. После формирования рабочей полости в забрюшинном пространстве устанавливали 4 инструментальных порта, после выполнения операции на

почке, выполнялось вскрытие брюшины, дополнительно устанавливали инструментальный 5 мм. порт, выполнялась холецистэктомия. В случае выполнения радикальной нефрэктомии с тромбэктомией из НПВ, вскрытия брюшины не проводилось. Выделение нижней полой вены, контралатеральной почечной вены, вскрытие просвета НПВ и извлечение опухолевого тромба осуществляли полностью из ретроперитонеоскопического доступа. Аппендэктомии выполнялись из забрюшинного доступа. Пластика грыж выполнялись с применением сетчатого протеза из полипропиленовой сетки после отслойки брюшины. Результаты. В ходе всех оперативных вмешательств не было отмечено интраоперационных осложнений. В трех случаях операции проводились у пациентов ранее перенесших вмешательства на органах брюшной полости. Продолжительность операций составила от 130 мин. до 480 мин. Заключение. Ретроперитонеоскопические операции имеет три основных преимущества: отсутствие контакта с органами брюшной полости при осуществлении доступа, наиболее простой доступ к почечным артериям, отсутствие системного повышения внутрибрюшинного давления. Такой доступ приобретает особое значение для пациентов, перенесших ранее вмешательства на органах брюшной полости.

1408. ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Богомазов А.М., Лизанец Ю.М., Сухоруков Е.А., Катрышев В.В., Копылов Б.Э., Хоменчук А.И.

Москва

Медицинский центр Южный

Актуальность. Современные технологии в медицине открывают новые возможности в лечении многих заболеваний и позволяют избежать выполнения традиционных оперативных вмешательств в условиях стационара. Это в полной мере относится к лечению варикозной болезни.

Материалы и методы. В медицинском центре Южный с 2014 по 2016г. 1209 пациентам, страдающим варикозной болезнью нижних конечностей по классификации CEAP: C2-C6 выполнено 1544 амбулаторных вмешательств: эндовазальных лазерных коагуляций-358, радиочастотных абляций недостаточных стволов большой и малой подкожных вен-621, минифлебэктомий-291 и склеролитераций варикозных подкожных притоков-274. Женщин было 950, мужчин-259. Возраст варьиро-



вал от 22 до 74 лет. Количество пациентов с трофическими изменениями кожи составило 148(12,2%) человек. Из них с открытыми язвами 87(7,2%) пациентов. Для устранения патологического рефлюкса по недостаточным стволам больших и малых подкожных вен выполняли интравазальную лазерную коагуляцию на аппарате Biolitec с радиальными световодами, либо радиочастотную коагуляцию стволов аппаратом Vnus RFG PLUS электродами ClosureFAST под контролем УЗИ. Вмешательство выполнялось амбулаторно под местной тумесцентной анестезией. Для ликвидации варикозных подкожных притоков выполнялась минифлебэктомия через проколы кожи по Мюллеру. Более мелкие и единичные притоки склерозировались микропенным раствором Фибровейна или Этоксисклерола. Многим выполнялась комбинация методов. Сразу после вмешательства пациентов активизировали, по показаниям назначали низкомолекулярные гепарины, ношение компрессионного трикотажа. За две недели до вмешательства и в течение 2 месяцев после лечения всем пациентам назначалась микронизированная очищенная фракция флавоноидов (Детралекс). Через 1,5-2 часа пациент отправлялся домой, продолжая выполнять рекомендации. Повторно флебологом больные осматривались на 2 и 5 день, выполнялось УЗАС вен для исключения флеботромбоза в глубоких венах. Последующие осмотры проводились через 1, 2, 6 и 12 месяцев. Результаты. На следующий день после проведенного лечения пациенты не меняли привычный для себя образ жизни и работы. Болевого синдрома у больных мы не наблюдали. Через 1-2 месяца после вмешательства все пациенты отмечали улучшение качества жизни. У 1102 (91,1%) пациентов объективно и субъективно отмечено улучшение. Отеки и тяжесть в ногах отсутствовали. У 107 (8,9%) больных отек нижней конечности сохранялся, но значительно в меньшей степени. Трофические язвы начинали активно эпителизоваться. У 83(95,4%) больных (по CEAP - С6) - трофические язвы эпителизовались полностью через 2-3 месяцев после вмешательства. Через несколько месяцев многие пациенты отказались от постоянного применения компрессионного трикотажа. Обсуждение. Эффективность эндовазальной термической коагуляции вен доказана многими исследованиями, а результаты этих методов сопоставимы с флебэктомией. При соблюдении правильности выполнения данных методов мы не наблюдали последующей реканализации в коагулированных венах. А через 1-1,5 года такие вены не визуализируются при УЗИ. Возможность выполнения данных вмешательств через проколы кожи, применение только местной анестезии позволяет сразу активизировать пациентов, что избавляет от необходимости

пребывания с стационаре. Сочетание эндовенозных методов с минифлебэктомией варикозных притоков через проколы кожи позволяет достичь не только большего лечебного эффекта, но и косметического, что не мало важно для многих пациентов. Некоторые хирурги предпочитают одноэтапный способ: после эндовазальной коагуляции сразу выполняют минифлебэктомию. Другая часть хирургов выполняют вмешательство в два этапа, выполняя второй этап через несколько недель или месяцев. Мы считаем, что выбор способа должен быть индивидуальным для конкретного больного. К примеру, двухэтапный способ лечения более оправдан и приносит лучший лечебный эффект при трофических изменениях кожи голени, липодерматосклерозе или при варикозных притоках на голени диаметром более 0,8см. Такая пауза в лечении позволяет добиться уменьшению диаметра варикозных притоков в 2-3 раза и в последующем улучшить результаты минифлебэктомии или склерооблитерации. Если этого у пациента нет, то что одноэтапный способ должен быть первым вариантом выбора лечения. Склеротерапия несомненно является важным дополнением в комбинированном лечении варикозной болезни нижних конечностей. Она занимает достойное место в устранении множественных варикозных притоков небольшого диаметра, ретикулярных вен и телеангиоэктазий. Выполнение склерооблитерации сразу после выполнения эндовазальной коагуляции возможно, но как показывает опыт, при этом возрастает вероятность попадания склерозирующего препарата в глубокие и суральные вены и возникновения флебита и флеботромбоза этих вен. Мы полагаем, что предпочтительнее склерооблитерацию выполнять вторым этапом, через несколько недель после устранения недостаточных стволов и крупных притоков подкожных вен. Не маловажное значение мы также удаляем назначению пациентам микронизированной очищенной фракции флавоноидов (Детралекс) до и после проведенного лечения, не зависимо от того, какой объем вмешательства планировался и был выполнен. Многочисленные результаты различных исследований у нас в стране и в мире неоспоримо доказали его многостороннюю эффективность в уменьшении всех клинических симптомов, но и в изменении стадии хронического заболевания вен по клинической классификации CEAP. Выводы. Таким образом, применение и комбинирование в амбулаторных условиях разных способов лечения варикозной болезни нижних конечностей также эффективно как и оперативное лечение таких пациентов в условиях стационара. Травматичность амбулаторных технологий значительно ниже операционных способов лечения, что приводит к более быстрой реабилитации больных.



1409. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Полянцев А.А., Иевлев В.А., Бубликов А.Е.,
Линченко Д.В., Киреев В.И., Черноволенко А.А.*

Волгоград

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный
медицинский университет Минздрава
России ГБУЗ Волгоградская областная
клиническая больница №1

Актуальность: Острый панкреатит уверенно делит второе место с острым холециститом среди ургентной патологии органов брюшной полости. Не смотря на достигнутые результаты в области фармакотерапии, внедрение малоинвазивных методов лечения по-прежнему сохраняется высокая летальность в связи с прогрессированием процесса, присоединением вторичной инфекции и развитием полиорганной дисфункции. Цель исследования: профилактика инфекционных осложнений и ограничение распространенности процесса у больных острым деструктивным панкреатитом. Материалы и методы: За последние 5 лет в клинике общей хирургии на лечении находилось 29 человек острым деструктивным панкреатитом, которые поступили в стационар в первые 72 часа от начала заболевания. Всем им в первые 24-36 часов от момента поступления в комплексном лечении была выполнена лечебно-диагностическая лапароскопия. Последним 10 из них в комплексную терапию было включено по 10 сеансов ГБО. Возраст больных колебался от 25 до 53 лет. Женщин среди них было 13, мужчин 16. Все панкреатиты были алкогольно-алиментарного генеза. Больные разделены на две группы: 1) 19 пациентов, у которых проводилась комплексная консервативная терапия плюс лечебно-диагностическая лапароскопия; 2) 10 человек, у которых в комплекс терапии было добавлено 10 сеансов ГБО. ГБО начинали с первого рабочего дня после поступления больного в стационар. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести патологического процесса. Показанием для лапароскопии являлось наличие одного или нескольких паттернов: клиника ферментативного перитонита, динамическая кишечная непроходимость, наличие свободной жидкости в брюшной полости и в сальниковой сумке, инфильтрацией парапанкреатической и параколической клетчатки, сохраняющийся или нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и гипербилирубинемия на фоне проводимого комплексного консервативного лечения. Полученные результаты: в

первые 2-3 суток после лапароскопии все больные субъективно отмечали выраженную положительную динамику, снижение или купирование болевого синдрома, отсутствие тошноты и рвоты, появление кишечных шумов. Объективно отмечалось снижение лейкоцитоза, уменьшение сдвига формулы влево, купирование гипербилирубинемии. В первой группе у 5 пациентов в последующем на фоне прогрессирования и инфицирования процесса мы вынуждены были выполнить открытые оперативные вмешательства. Один из этих больных скончался на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности. Во второй группе, на фоне проводимой гипербарической оксигенации у 9 больных отмечалось значительно более быстрое по сравнению с первой группой обратное развитие абдоминального отека по данным УЗИ. У одного пациента в последующем было выполнено пункционное дренирование ограниченного жидкостного скопления под контролем УЗИ, а у второго больного была лапаротомия в связи с развитием абдоминальной флегмоны и секвестрацией поджелудочной железы. У всех пациентов наступило выздоровление. Обсуждение: В серозно-инфильтративную стадию, по мнению большинства исследователей, методом выбора служит лечебно-диагностическая лапароскопия, после которой отмечается значительное улучшение общего состояния больного. Однако этот метод не оказывает влияния на течение абдоминальной деструкции. Результаты наших бактериологических исследований и данные литературы показывают, что основными возбудителями, обсеменяющими участки деструкции, являются: *Pseudomonas spp.*, *Staphylococcus aureus.*, *Escherichia coli* и *Klebsiella spp.* Двое последних являются анаэробными микроорганизмами. Выводы и рекомендации: 1) Лечебно-диагностическая лапароскопия в комплексе с консервативной терапией дает значительный положительный эффект, но не решает проблему течения абдоминальной деструкции. 2) Сохраняющаяся или нарастающая абдоминальная деструкция является хорошей питательной средой для присоединяющейся микрофлоры, что значительно утяжеляет течение заболевания. 3) Раннее включение в комплексную терапию гипербарической оксигенации позволяет улучшить окислительно-восстановительные процессы, нормализовать микроциркуляцию, способствует локализации процесса и создает неблагоприятные условия для присоединения вторичной инфекции.



1410. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБЪЕКТИВНЫХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

Авакьянц И.П.(1), Селиверстов Е.И. (1),
Золотухин И.А.(1), Шевцов Ю.Н.(2),
Кириенко А.И. (3)

Москва, (2) Белгород

- (1) Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
- (2) Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

Пациенты с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) часто предъявляют жалобы на боль, тяжесть, утомляемость в нижних конечностях. Распространенность этих симптомов в российской популяции до сих пор не изучена. Цель исследования. Провести анализ распространенности субъективных симптомов ХЗВ в общей популяции. Материал и методы. В 2015 году мы провели одномоментное популяционное исследование распространенности ХЗВ в Крюковском сельском поселении (Белгородская область). Из 894 жителей от 10 лет и старше мы обследовали 783 (88%) человека со средним возрастом 49.3 лет. За исключением 10 человек все остальные принадлежали к славянской этнической группе (русские, украинцы). Было 298 мужчин (38%) и 485 женщин (61.9%). Включенным лицам провели клинический осмотр и ультразвуковое дуплексное ангиосканирование. Опрашивали пациентов о наличии следующих симптомов: венозной боли, тяжести, утомляемости, ночных судорог, парестезии. Если пациент сообщал о наличии симптомов, детально анализировали жалобы для исключения другой патологии, которая могла вызвать аналогичные проявления. Результаты. ХЗВ выявили у 484 (61.8%) человек. Распространенность венозной боли составила 9.2% среди всех жителей и 14.7% у пациентов с ХЗВ. Тяжесть обнаружена у 22.6% и 36.2%, утомляемость у 20.4% и 32.7%, чувство отека у 18.3% и 29%, ночные судороги у 9.1% и 14.5% и парестезия у 1.9% у 3.1% случаев соответственно. В целом распространенность субъективных симптомов ХЗВ (доля лиц, имеющих, по крайней мере, один симптом) составила 33.1%. Среди пациентов с ХЗВ у 53% имеются жалобы венозного генеза. Заключение. Распространенность симптомов венозной недостаточности у обследованных жителей оказалась значительно ниже, чем в ранее опубликованных данных различных эпидемиологических исследованиях и обзорах. Наиболее заметное различие обнаружено в частоте венозной боли.

1411. ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ПРЕВАЛИРОВАНИЕМ ГЛУБОКОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ КАК НЕУСТРАНИМОГО ИСТОЧНИКА ЖЕЛЧЕСТЕЧЕНИЯ

Сарафанов Ю.Ю., Сирусин А.В., Девярых Р.В.

Курган

ГБУ "Курганская больница №2"

Актуальность: травма печени относится к наиболее серьезным по тяжести, сложности распознавания и лечения заболеваниям, частота повреждений печени при травме брюшной полости составляет до 20,5%. Только изолированные повреждения печени в этой группе встречаются у 18,7%, в большинстве же случаев имеет место сочетание с травмой других органов брюшной полости и грудной клетки, ОДА и черепа. Эта статистика дает представление о масштабах проблемы. Цель: предоставить опыт курации в травмоцентре 1 уровня пациента с сочетанной травмой, в т.ч. тяжелой травмой печени, перитонитом, и с благополучным закрытием наружного неполного желчного свища и хорошими отдаленными результатами. Материалы и методы: пациент В., 31г, поступил в Далматовскую ЦРБ Курганской области 26.05.2015 через 1 ч 40 мин после ДТП. Ds: Сочетанная травма. ЗЧМТ, ушиб головного мозга. Тупая травма живота, разрыв 4-5 S печени, гемоперитонеум. Ушиб правой почки, забрюшинная гематома. ЗТГ, переломы 5-8 ребер справа. Пневмогемоторакс справа. Травматический шок 3. Операция: дренирование правой плевральной полости, лапаротомия, ушивание раны печени, санация и дренирование брюшной полости. 27.05- релапаротомия при повторном внутрибрюшном кровотечении. 30.05- релапаротомия при повторном внутрибрюшном кровотечении. 09.06.15- по дренажам из брюшной полости появилась желчь, состояние прогрессивно ухудшалось, 09.06 в крайне тяжелом состоянии на ИВЛ переведен в ГБУ "Курганская больница №2" травмоцентр 1 уровня. Ds дополнен - пневмогемоторакс слева, желчный перитонит. 09.06 - дренирование левой плевральной полости. По мере стабилизации состояния 10.06 - релапаротомия, спленэктомия, санация и дренирование брюшной полости, трахеостомия. Находки: 1/ гематома селезенки 2/ разрыв в 3S печени 3*4 см с небольшим желчестечением - дренирован. 16.06 - снова развилась клиника перитонита, релапаротомия, тампонада раны печени сальником, санация и дренирование брюшной полости, лапаротомия. Находки: швы печени/первичная операция/ несостоятельны,



имеется разрыв печени от области ворот и между 4 и 5,8 S на 1/2 печени в сагиттальной плоскости, края разрыва грубо инфильтрированы, диффузно источают желчь, попытка сопоставления безуспешна, в области ворот печени, желчного пузыря, lig. hepatoduodenale, ДПК - выраженный инфильтрат, не разделим для манипуляций на желчевыводящих путях. Технической возможности для ЭРПХГ нет. Дно раны печени дренировано ПВХ трубкой, окутанной сальником для формирования канала свища. Ds: несостоятельность швов печени, разлитой желчный гнойно-фибринозный перитонит. Запланирована программа релапаротомий /ПРЛ/. 17.06 -ПРЛ: желчеистечение существенно уменьшилось, сброс преимущественно по дренажу, перитонит регрессирует. При ФГДС в ДПК небольшое количество желчи. Учитывая уменьшение желчеистечения, тенденцию к ограничению, частичное сохранение пассажа желчи в ЖКТ, решено воздержаться от транспеченочного дренирования и вести пациента на формирование наружного желчного свища. В дальнейшем 19.06, 24.06 и 01.07 - программированные релапаротомии. Сброс желчи по сформировавшемуся свищу уменьшился от 400 мл вначале до 50 мл к 01.07, затем в течение 2 недель свищ закрылся полностью, заживление центральной раны первичным натяжением, после УЗ и КТ контроля пациент выписан 23.07.2015 в удовлетворительном состоянии. Через 3 мес при обращении пациента в ЦРБ /по поводу абсцесса мягких тканей/ рецидива свища и нарушений пищеварительной функции не выявлено. Вывод: программированная релапаротомия в сочетании с искусственным формированием наружного неполного желчного свища в условиях разлитого перитонита на фоне тяжелой сочетанной травмы и неустрашимости глубокого разрыва печени как источника желчеистечения / при частично сохраненном пассаже желчи в ДПК/ позволяет в ряде случаев добиться выздоровления пациента.

1412. ОБУЧЕНИЕ ЭНДОХИРУРГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Оноприев А.В., Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС, ФГБОУ ВО
КубГМУ Минздрава России

Проблема последипломной подготовки по эндоскопической хирургии неразрывно связана с уровнем полученных слушателями знаний на

этапе получения высшего образования. В связи с этим требованием времени является введение в программу обучения в медицинских ВУЗах основ эндохирургии для врачей всех специальностей. Первое представление об эндоскопической технике студенты должны получать уже на кафедре физики, так как системы получения и архивации изображения постоянно совершенствуются. На кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии студенты должны изучать и основы видеоанатомии. Первое знакомство с инструментами для эндоскопической хирургии должно начинаться на кафедре общей хирургии. На кафедрах факультетской и госпитальной хирургии слушатели должны получить общее представление об использовании эндохирургических технологий в клинической практике. Первичное обучение эндохирургии целесообразно проводить в специализированных центрах, в которых выполняется большое количество как плановых, так и экстренных оперативных вмешательств с помощью эндоскопической техники, оборудованных тренажерами, а в идеале - имеющими виварий. При использовании тренажера LapMentor II, курсанты быстрее и более уверенно переходили к практической работе в клинике. Имелась прямая взаимосвязь между степенью владения персональным компьютером и быстротой приобретения первичных навыков. Более опытным хирургам тренажер поскольку позволяет совершенствовать отдельные практические навыки, в частности выполнение эндоскопического шва, завязывание узлов. Большую роль играет применение видеозаписи виртуальных операций для последующего использования в учебном процессе, что повышает эффективность применения тренажера. Видеозапись позволяет преподавателю проводить разбор допущенных курсантами ошибок, а также контролировать ход их исправления при повторном контроле. Кроме того, эти записи используются при самостоятельной подготовке слушателей. В тоже время, применение виртуальных тренажеров не всегда в состоянии заменить то, что должен получить слушатель на практических занятиях в операционной. Это связано с тем, что помимо теоретических дисциплин, эндохирургия включает в себя большое число практических навыков, которые могут быть приобретены лишь в результате работы в клинике. Хирург, выполняющий эндоскопический операции, должен параллельно проводить и традиционные вмешательства. В дальнейшем необходимо периодически проходить циклы повышения квалификации, систематически участвовать в работе региональных и республиканских хирургических съездов и конференций, регулярно читать специальную литературу. Необходимым условием мы считаем и членство специалиста в РОЭХ. Кон-



троль за аккредитацией специалистов и последующее дистанционное и очное обучение, с нашей точки зрения, должны быть закреплены именно за РОЭХ, как это происходит в большинстве стран мира.

1413. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИПЛАСТИКИ ГРЫЖ ЖИВОТА

Гуменюк С.Е.(1), Попов А.Ю.(2), Губиш А.В.(1,2), Петровский А.Н.(2)

Краснодар

1. ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов. 2. НИИ «Краевая клиническая больница им. проф. С.В. Очаповского», Отделение хирургии №1.

Актуальность Положительный результат грыжесечения оценивается как отсутствие рецидива, и как отсутствие поздних послеоперационных осложнений, например, хронический болевой синдром, «stiff man» синдром и других. Сейчас есть тенденция к ненапряжной герниопластике с использованием синтетических материалов и лапароскопии. Среди методик расположения сетчатого протеза общеизвестны три локализации onlay, inlay, sublay. Onlay расположение сетчатого протеза является натяжным методом. Методика inlay применима при огромных грыжах и невозможности свести края грыжевых ворот. Sublay-способы расположения сетчатого протеза - интраперитонеально (IPOM), предбрюшинно, позадимышечно (Rives-Stoppa, CST-операции). Такое расположение эксплантата позволяет изолировать его от подкожной жировой клетчатки, использовать внутрибрюшное давление как помощник при фиксации сетки. Такое разнообразие методов герниопластики требует систематизации и анализа результатов лечения. Материалы и методы В основу настоящего исследования положен анализ результатов хирургического лечения 199 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами от 28 до 76 лет. Критерием включения в исследование были пациенты обоего пола с грыжами в диапазоне SmW2-3R(1-3). Выбор методики грыжесечения определялся индивидуально. Широко мы использовали способы: IPOM (18), Rives-Stoppa (146), TAR-пластика (7). У пожилых пациентов выполнялись inlay (16) и onlay (12) пластики. Результаты хирургического лечения были оценены через 6 месяцев после операции с помощью анкетирования их качества жизни, используя форму SF-36. Результаты

обработки опросника SF-36 оценивали по восьми шкалам, физического и психического здоровья: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование (RE), психическое здоровье (MH). Достоверность различий между группами пациентов оценивали с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллиса с результатом p

1414. СКЛЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Досмухамедова Л.В.

Ташкент

Республиканский Научно Практический Центр Малоинвазивной и Эндовизуальной хирургии детского возраста

Актуальность: Врожденная венозная мальформация хотя и является врожденной патологией, манифестирует она в основном у детей старшего возраста и взрослых. В детском возрасте венозная недостаточность хорошо компенсирована, нет грубых гемодинамических нарушений и реже развиваются осложнения. Поэтому диагностику и лечение нужно начинать как можно раньше, когда имеется возможность проводить малоинвазивные мероприятия. Цель работы: улучшить результаты лечения венозных мальформаций у детей малоинвазивными методами. Материал и методы: В нашем центре наблюдаются 45 детей в возрасте от 1,5 до 17 лет с врожденными венозными мальформациями. По локализации они распределены так: голова-шея – 9детей (из них у 7 на верхней губе), туловище -1, верхние конечности – 7 и нижние конечности – 28 детей. В исследовании мальчики составили большинство - 73%. На верхних конечностях во всех случаях диагностирована мальформация вен в диффузной форме. Поражение вен нижних конечностей (n=28) наблюдалось в диффузной (51,4%) и стволовой (28,6%) формах. Диффузная форма поражения поверхностных вен нижних конечностей чаще встречалась у детей от 1,5 до 12 лет, а стволовая форма превалировала у детей с пубертатного возраста (13-17 лет) и чаще всего патология связана с системой большой подкожной вены(БПВ) - 75%. Клиника мальформации при лицевой локализации представлена эстетическим ущербом и частой травматизацией, при-



водящей к изъязвлениям, кровотечениям. При локализации на конечностях отмечались нарушения местной и общей гемодинамики. У больных наблюдались различные по калибру, форме и протяженности флебэктазы, локальные отёки, сегментарная или тотальная гипертрофия конечности. По данным УЗДС и МСКТ установлено, что в большинстве случаев (82%) флебэктазии на нижних конечностях связаны с системой БПВ и в 37% содержали флеболиты. Результаты и обсуждение: Склерозирование мальформаций на лице проводили жидкостными формами и по возможности со стороны слизистой ротовой полости при локализации на губе. Для инъекций использовались самые тонкие иглы с сечением G30-31. Вводился 1-2мл 1% раствора натрия тетрадецилсульфата или лауромакрогола с интервалом в 6-8 недель. Сразу после инъекции проводилась мануальная компрессия: засклерозированный участок с двух сторон, с стороны кожи и слизистой, обкладывался скрученными салфетками и в таком давящем положении удерживался вручную около 20 минут, после чего оценивался результат по видимому изменению цвета сосудов и их уплотнению. После процедуры назначалась санация ротовой полости слабыми растворами антисептиков и однократно парацетамол в возрастной дозировке. Для лечения детей с диффузными формами мальформаций на верхних (100%) и нижних (60%) конечностях мы применяли метод этапной пенной и жидкостной склеротерапии. При стволовых формах проводилась флебэктомия. Склерозирование флебэктазов начинали с дистальных участков конечности. Детям до 3 лет за 1 сеанс вводилось до 2 мл, а более старшим детям до 6 мл 3% раствора. Препарат вводился строго внутривенно, в основном под контролем ультразвукового сканирования. После инъекции проводилась эластическая компрессия конечности. В течении часа назначалась ходьба или сгибание и разгибание кисти. Повторные сеансы в проксимальные участки проводились с интервалом в 3-7 дней. Выводы: Хорошие результаты на лице получены за 1-4 сеанса склеротерапии, на верхних конечностях за 2-10 курсов, а на нижних за 4-10 курсов склеротерапии. Максимальное число процедур проведено у детей 8-12 лет с распространенными диффузными формами на нижних конечностях. Все дети взяты на диспансерный учет и проходят медицинское обследование 1 раз в 6-12 мес. Рекомендации: Метод склеротерапии врожденных мальформаций у детей зарекомендовал себя как надежный, эффективный, малотравматичный и эстетичный метод лечения, который не требует общего обезболивания и может широко применяться для лечения детей с раннего возраста.

1415. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Гильфанов А.Р.

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ

Актуальность. Язвенная болезнь - хроническое заболевание, основным морфологическим проявлением которого служит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки. Острое гастродуоденальное язвенное кровотечение является наиболее грозным осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Решающее значение в профилактике рецидива кровотечения придается проведению консервативной гемостатической и противоязвенной терапии. Результаты лечения больных с воспалительными изменениями желудка и двенадцатиперстной кишки зависят от адекватности эрадикации *Helicobacter pylori*. Цель исследования: улучшение результатов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением путем применения фотодинамической терапии. Материалы и методы. Для оценки клинической эффективности предложенных способов лечения были выделены 2 группы больных: основная группа — комплексное лечение и профилактикой рецидива язвенных кровотечений в сочетании инъекционных форм антисекреторных препаратов (омепразола и эзомепразола сразу после эндоскопического гемостаза в одинаковых дозах и с одинаковыми интервалами применения) с эндоскопической фотодинамической терапией (n=75), контрольная группа - лечение проводили традиционными средствами, которая включала эндоскопический гемостаз и пероральное применение антисекреторных препаратов, традиционная антихеликобактерная терапия (n=69). Средний возраст больных составил 44,5+5,1 лет. Основная и контрольная группа сопоставимы по возрасту, полу, площади язвенных дефектов и сопутствующим заболеваниям. Перед выполнением лечебной эзофагогастродуоденоскопии, пациентам вводился per os. препарат Фотодитазин. Экспозиция фотосенсибилизатора на язве составляла 2 часа. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «Лахта Милон» длина волны 635 и 675 нм непрерывном режиме, плотность мощности 0,1-2,5 Вт/см². Результаты и обсуждение. Антисекреторный эффект препаратов оценивали по данным суточной рН-ме-



трии, изучая динамику в зонах кислотопродукции и кислотонейтрализации (тело и антральный отделы желудка). Среднесуточное значение pH в основной группе $5,1+0,7$, в контрольной группе $3,8+1,1$. Рецидив кровотечения после первичного эндоскопического гемостаза возник у 2 (2,99%) пациентов в основной и у 7 (10,77%) пациентов контрольной группы. По данным уреазного и иммуногистохимического анализа в момент первичного обследования у всех пациентов выявлено обсеменение *Helicobacter pylori* разной степени выраженности. На 7 сутки в основной группе *Helicobacter pylori* выявлен у 2 (2,67%) пациентов, на 14 сутки не выявлен не у одного. В контрольной группе на 7 сутки HP обнаруживался у 15 (21,74%), на 14 сутки — 4 (5,80%). При эндоскопическом контроле на 7 и 14 сутки оценивалась динамика заживления язвенных дефектов у пациентов основной и контрольной групп. На 7 сутки в основной группе заживление наблюдалось у 69 (92,00%) пациентов, на 14 сутки у оставшихся 6 (8,00%). В контрольной группе динамика была менее прогрессивна. На 7 сутки заживление отмечалось у 53 (76,81%), на 14 сутки — 13 (18,84%), еще у 3 (4,35%) пациентов язвенный дефект был не полностью зарубцован. В течение 6 месяцев после лечения, в основной группе случаев обострения заболевания не отмечено, в течение 12 месяцев - у 2 (2,67%), рецидив кровотечения наблюдался лишь у 1 (1,33%) пациента. В контрольной группе на 6-й месяц было 5 (7,25%) случаев обострения, к 12 месяцу их число возросло до 18 (26,07%), рецидив кровотечения отмечен у 14 (20,29%) пациентов. Выводы: 1. Инъекционное введение антисекреторных препаратов позволяет добиться более надежного эффекта эндоскопического гемостаза после эпизода язвенного кровотечения. 2. Применение эндоскопической фотодинамической терапии способствует стимуляции репаративных процессов, сокращению сроков заживления язвенного дефекта, приводит к более успешной эрадикации *Helicobacter pylori* и ведет к быстрому рубцеванию язвы через 7-14 суток. уменьшению частоты рецидивов язв и кровотечений.

1416. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИМИКРОБНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Сагдиев Р.Д.

Уфа

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ

Актуальность. Альтернативной антибиотикотерапии и перспективным подходом в комплексной терапии гнойной инфекции является антимикробная фотодинамическая терапия, поскольку фотосенсибилизатор способен избирательно накапливаться в микробных клетках и поврежденных тканях. Цель исследования Улучшить результаты хирургического лечения гнойных заболеваний путем применения фотодинамической терапии.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с гнойными ранами, образовавшимися в результате гнойных заболеваний мягких тканей и послеоперационными гнойными ранами. В основной группе (167 человек) - осуществляли комплексное лечение путем применения активной хирургической тактики в сочетании с антимикробной фотодинамической терапией, местное лечение путем применения повязок на гелевой основе. Группа сравнения (n=155) - местное лечение проводили традиционными средствами (антибиотики широкого спектра действия, водорастворимые мази, растворы антисептиков и т. п.). Средний возраст больных составил $53,2+5,7$ года. Группа сравнения сопоставима с основной по возрасту, полу, площади раневых дефектов и сопутствующим заболеваниям. С целью проведения антимикробного фотодинамического воздействия применялся ФС второго поколения «Фотодитазин». Препарат был использован в жидкой форме в виде концентрата, из которого приготавливался раствор и в виде геля-пенетратора. Экспозиция фотосенсибилизатора на ране составляла 2 часа. После этого проводилось лазерное облучение раны аппаратом «Лахта Милон» модель Touch screen 635-2\675-2,5.

Результаты и обсуждение. В начале лечения у больных основной группы и группы сравнения лейкоцитарный индекс интоксикации составил $2,97+0,26$ и $2,93+0,17$ соответственно. В ходе лечения на вторые сутки наступило уменьшение этого показателя до цифр $2,61+0,14$ в группе сравнения и $2,47+0,11$ в основной группе больных. Минимальные показатели лейкоцитарного индекса интоксикации отмечены на 7-8 сутки лечения во всех группах. Они составили $1,61+0,05$ в группе сравнения и $1,48+0,1$ в основной группе. Скорость про-



цесса заживления оценивалась с помощью таких критериев, как очищение раны от гноя, стихание явлений перифокального воспаления и сроки эпителизации. Применение антимикробной фотодинамической терапии ускоряет процесс очищения ран от гноя с $5,8 \pm 0,5$ до $3,1 \pm 0,3$ суток, позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса с $8,6 \pm 0,7$ до $5,9 \pm 0,6$ суток, уменьшить время эпителизации с $10,4 \pm 0,6$ до $8,2 \pm 0,7$ суток. При анализе результатов бактериологических исследований, в ходе лечения было установлено большее, чем в группе сравнения, увеличение доли стерильных посевов, уменьшение числа посевов с высеваемыми микробными ассоциациями, увеличение числа условно-патогенной микрофлоры. Микробная обсемененность ран в начале лечения составляла 105-108 в обеих группах, и в конце лечения 102-105 микробных тел в 1 грамме, что свидетельствует о клинически выраженной антимикробной эффективности фотодинамической терапии. Бактериологическое исследование показало, что основными возбудителями гнойного процесса у больных основной группы и группы сравнения являлись стафилококки, реже – грамотрицательная флора. Во второй фазе раневого процесса наблюдалось вторичное инфицирование раны, преимущественно в группе сравнения. Высевались стафилококки, синегнойная палочка, протей и др. как в монокультуре, так и в ассоциации. Выводы: 1. Применение антимикробной фотодинамической терапии приводит в более быстрой смене фаз воспаления, ускоряет сроки очищения ран от гноя с $5,8 \pm 0,5$ до $3,1 \pm 0,3$ суток, позволяет сократить сроки заживления с $10,4 \pm 0,6$ до $8,2 \pm 0,7$ суток. 2. Антимикробная активность фотодинамической терапии вызывает прогрессивное снижение бактериальной обсемененности в ране.

1417. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ HAL-RAR В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И СТАЦИОНАРЕ.

Пронченко А.А., Иванов М.С.

Домодедово

ГБУЗ МО Домодедовская ЦГБ

Актуальность проблемы: Классический метод оперативного лечения геморроя по данным различных наблюдений характеризуется значительным процентом рецидива заболевания, различными осложнениями послеоперационного периода, длительным периодом нетрудоспособности и

сроков заживления ран. Таким образом, актуальность поиска малоинвазивного, безопасного и в то же время радикального метода хирургического лечения геморроя остается высокой. С нашей точки зрения таким методом лечения геморроидальной болезни является HAL-RAR. Цель: Оценка эффективности лечения геморроидальной болезни методом HAL-RAR. Материал и методы: Был проанализирован опыт лечения 138 пациентов с геморроидальной болезнью, оперированных по методике HAL-RAR в период с 2013 по 2016 гг. в хирургическом отделении ГБУЗ МО Домодедовской ЦГБ. Оперированы пациенты с I-IV ст. болезни. Сопутствующие заболевания анального канала выявлены у 15 больных (у 4 - хроническая анальная трещина, у 11 – хронический парапроктит). Из пациентов 92 (66,6%) человека составили лица мужского и 46 (33,4%) лица женского пола. Возраст пациентов варьировал от 18 до 74 лет. Большинство пациентов - 121 (87,6 %) было трудоспособного возраста. Основному количеству больных (122 пациента) в дополнение к первому этапу выполнялась мукопексия и лифтинг слизистой прямой кишки, еще 11 больным с хроническим парапроктитом оперативное вмешательство дополнено одномоментным выполнением операции Габриеля, 4 больным дополнительно выполнено иссечение анальной трещины. Оперативное вмешательство выполнялось под спинальной анестезией, средняя продолжительность операции составила $40 \pm 0,7$ минут. Все больные были оперированы с использованием аппарата фирмы А.М.И. HAL-Doppler II System (Австрия). Результаты: Средний койко-день составил $1,5 \pm 0,5$ суток. Интенсивность болевых ощущений у большинства пациентов составила в среднем 3-5 баллов (по ВАШ) в первые 3 суток послеоперационного периода, боли купировались препаратами НПВС. Наркотические анальгетики для обезболивания в раннем послеоперационном периоде (1-е сутки) применялись у 32 пациентов. Из них - 27 (84%) с III и IV стадией геморроидальной болезни. Из 52 больных, оперированных со 2 стадией заболевания, обезболивания с использованием наркотических анальгетиков потребовалось лишь у 4 (7,7%) пациентов, при этом, у 2 из них, одновременно было выполнено иссечение анальной трещины. Из осложнений наблюдались: 1 случай ректального кровотечения на 27 сутки после операции, потребовавшее выполнение гемотрансфузии и 2 случая острого тромбоза наружных узлов в случае комбинированного геморроя IV стадии. У 4 больных с IV стадией в течение 2 – 4 месяцев после выполнения операции отмечался рецидив пролапса слизистой прямой кишки на одном или двух участках лифтинга. Пролапс устранялся иссечением избытка слизистой под местной анестезией в амбулаторном порядке.



При контрольном обследовании пациентов через 1, 3 и 6 месяцев после операции у всех пациентов отмечен полный регресс симптомов геморроя. Заключение: 1. Оперативное лечение геморроидальной болезни с помощью HAL-RAR эффективно при всех стадиях геморроя и значительно сокращает срок пребывания пациента в стационаре. 2. На наш взгляд, радикальное одномоментное оперативное вмешательство по технологии HAL – RAR с выполнением лифтинга с захватом зубчатой линии у больных 3 и 4 стадией геморроя или дополнительным иссечением наружных узлов или не является подходящим для амбулаторной или офисной хирургии, так как требует использования наркотических анальгетиков практически у 30% больных. В амбулаторных условиях при 3 и 4 стадии болезни оправданным является ограничение хирургической агрессии - выполнение HAL – RAR в классическом варианте, без захвата зубчатой линии при лифтинге. Дополнительное иссечение наружных узлов или устранение рецидивов пролапса слизистой производится через 4-6 месяцев после выполнения основного этапа операции.

1418. ОДНОПОРТОВЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ VS «ТРАДИЦИОННОГО» ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА – ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Лащик М.Г., Восканян С.Э., Забелин М.В.,
Найденов Е.В.*

Москва

ФГБУ Государственный научный центр
Российской Федерации - Федеральный
медицинский биофизический центр
им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Материал и методы. В Центре хирургии и трансплантологии ФМБЦ однопортовые лапароскопические холецистэктомии выполняются с января 2012 года; за этот период по март 2017 года пролечено 220 пациентов, из них по поводу острых и подострых форм калькулезного холецистита 18(8,2%) пациентов, хронических -202 (91,8%), у 1 пациентки вмешательство носило симультанный характер – по поводу сопутствующего хронического аппендицита из имеющегося трансумбиликального доступа выполнена аппендэктомия. Женщины составили 198 наблюдений (90%), мужчины 22 (10%), при этом, 52 пациента (23,6%) были старше 60 лет, однако, без выраженной сопутствующей патологии. Всем пациентам на дооперационном этапе проводилось стандартизированное обследование,

включающее УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, по показаниям МРТ-холангиографию. При острых формах калькулезного холецистита давность заболевания колебалась от 3-х до 5 суток, при этом, по результатам обследования в 5 наблюдениях на дооперационном этапе был диагностирован перивезикальный инфильтрат. В ходе вмешательства применялся набор инструментов «X-cope» фирмы «Karl Storz» со стандартной технологией трансумбиликальной установки системы, прошиванием и лигатурной фиксацией дна желчного пузыря в 7-8 межреберье. Интраоперационно в ходе пересечения пузырного протока и артерии в 97 наблюдениях (44%) были применены «clipless»-технологии с использованием генератора «Liga Sure» фирмы «Valleylab» с эндонасадкой «Atlas» 5 мм, а в остальных 123(56%) стандартное клипирование 8 мм клипсами. Выбор варианта пересечения трубчатых структур преимущественно определялся их диаметром, степенью инфильтрации стенки (особенно при острых формах холецистита) и длиной. Таким образом, мы применяли только клипирование пузырного протока, если его длина не превышала 7 мм и толщина составляла от 5 мм. На фоне проводившейся полноценной интраоперационной санации брюшной полости дренирование правого подпеченочного пространства не выполнялось. Результаты. Общая продолжительность вмешательства составила 62 (45-70) минут. Интраоперационно у 3 (1,36%) пациентов было отмечено кровотечение из ложа желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки – было остановлено прошиванием, не потребовавшей установки дополнительного оборудования; в 1 наблюдении интенсивное рецидивирующее внутрибрюшное кровотечение было отмечено в раннем послеоперационном периоде (источником явилось коагуляционное повреждение стенки задней ветви правой печеночной артерии в ходе мобилизации шейки желчного пузыря) – выполнена лапаротомия, остановка кровотечения. В 1 наблюдении на 3-и сутки после операции диагностирована несостоятельность культи пузырного протока (интраоперационно применялись «clipless» технологии) – выполнено эндоскопическое стентирование ОЖП выше уровня впадения пузырного протока, дренирование сформировавшейся биломы под УЗ-контролем. Пациентка была выписана на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии, стент удален на-50-е сутки после установки. Нам представляется, что возможной причиной желчеистечения явилось интраоперационное повреждение стенки пузырного протока эндокрючком в ходе его мобилизации ниже уровня формирования биологической пломбы, а не дефект технологии электротермического воздействия. Остальные пациенты (217) были выписаны из стационара на 1-2-е



сутки после операции. Необходимость конверсии однопрокольной технологии в «традиционное» четырехпрокольное лапароскопическое вмешательство отмечены в 7 наблюдениях (в 3 по поводу хронического и в 4 по поводу острого калькулезного холецистита) и была вызвана технической невозможностью полноценной идентификации и мобилизации элементов печеночно-двенадцатиперстной связки. По результатам выборочного осмотра пациентов, спустя 6 месяцев после операции. грыжевых дефектов не отмечено, послеоперационный рубец, расположенный интраумбиликально, визуально не отличим от окружающих тканей. Спустя 2 года после вмешательства, у 2-х пациенток диагностированы рецидивы грыжевых выпячиваний в умбиликальной области (на дооперационном этапе определялись дефекты пупочного кольца). Заключение. По нашему мнению, однопрокольные методики оперирования пациентов по поводу различных форм ЖКБ позволяют добиться оптимального косметического результата, умеренно выраженного послеоперационного болевого синдрома, быстрой послеоперационной реабилитации. Однако, технологические возможности их выполнения существенно ниже при острых формах калькулезного холецистита, сопряжены с большими рисками травмы элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, чем при «стандартных» лапароскопических вмешательствах. Возможности выполнения симультанных вмешательств из единого трансумбиликального доступа в случаях сопутствующей хирургической и/или гинекологической патологии требуют дальнейшего изучения.

1419. ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А., Шабалин М.В., Рудаков В.С.

Москва

ФГБУ Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И.Бурназяна ФМБА России

Цель исследования. Определить показания и изучить результаты лапароскопических резекций печени и поджелудочной железы. Материал и методы. В Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России выполнено 15 левых латеральных секционэктомий (S2/3

печени), 8 правосторонних гемигепатэктомий, 5 левосторонних гемигепатэктомии, 28 атипичных и анатомических резекций печени (1 группа), а также 25 дистальных резекций поджелудочной железы и 14 энуклеаций опухоли поджелудочной железы (2 группа) по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований. Показаниями к резекции печени являлись доброкачественные опухоли и кисты печени, расположение злокачественных новообразований в передних сегментах печени, отсутствие вовлечения магистральных сосудов печени в патологический процесс, расстояние от злокачественных новообразований печени до края резекции составляло не менее 3 см. Показаниями к резекции поджелудочной железы являлись доброкачественные опухоли тела и хвоста поджелудочной железы, первичные и вторичные злокачественные новообразования хвоста поджелудочной железы, первичные и вторичные злокачественные новообразования тела поджелудочной железы, расположенные на расстоянии не менее 2 см от перешейка поджелудочной железы. Резекцию паренхимы печени выполняли с помощью аппаратов Harmonic, Enseal, LigaSure, клипирование крупных сосудов выполняли с помощью аппарата Hemalock. Резекцию поджелудочной железы и прошивание панкреатического протока выполняли с помощью аппарата Eshelon. Результаты. Применение лапароскопических методик несколько увеличивало длительность операции по сравнению со стандартными вмешательствами. Послеоперационных осложнений в обеих группах не наблюдалось. Послеоперационный койко-день в 1 группе больных составил 9 (7-15) койко-дней, во 2 группе больных – 12 (9-18) койко-дней и был значимо ниже по сравнению со стандартными вмешательствами (12 (10-24) койко-дней и 18 (15-29) койко-дней соответственно). Госпитальной летальности не было. Заключение. Выполнение лапароскопических резекций печени и поджелудочной железы позволяет нивелировать частоту послеоперационных осложнений и уменьшить длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре. Однако, применение лапароскопических методик имеет определенные ограничения в связи с вероятностью выполнения нерадикальных вмешательств. В связи с чем первичные и вторичные злокачественные новообразования в задних сегментах печени, вовлечение магистральных сосудов в онкологический процесс, билобарное поражение печени, большие размеры новообразований, близкое расположение объемных новообразований к краю резекции паренхимы печени и поджелудочной железы, а также повторные резекции должны являться показаниями к стандартным оперативным вмешательствам.



1420. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПНЕВМОТРАКС ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Занега В. С., Авзалетдинов А.М., Галимов О.В., Вильданов Т.Д., Ионис Е.Ю.

Уфа

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Внедрение современных лапароскопических методов хирургического лечения может сопровождаться осложнениями не характерными для открытых оперативных доступов. В данном случае таковыми являются интраоперационный пневмоторакс и плеврит. В настоящее время тактика ликвидации пневмоторакса при лапароскопических вмешательствах не однозначна.

Материалы и методы. Для апробации способа были проанализированы результаты лечения пациентов с ГПОД, прооперированные в период с 2011 по 2013 год – контрольная группа 206 пациентов, в основную включены пациенты с ГПОД, прооперированные в период с 2014 по 2016 год 345 пациентов. Положительное решение о выдаче патента на изобретение от 1.08.16 №2015125860\14(040221). Результаты и обсуждение. В нашей клинике антирефлюксная операция выполняется лапароскопически по методике Nissen. В ходе операции рассекается печеночно-желудочная связка, вскрывается брюшина, выделяются абдоминальная часть пищевода и желудка, выделяются правая и левая ножки диафрагмы. В момент выделения кардиальной части пищевода в области ножек диафрагмы может произойти повреждение медиастинальной плевры с развитием пневмоторакса. В 2011-2013 годы в КБГМУ произведено 206 лапароскопических фундопликаций. У 14 пациентов наблюдалось осложнение в виде пневмоторакса, что составляет 6,8%. Отметим, что у 11 (5,3%) пациентов, на фоне пневмоторакса, в послеоперационном периоде развился реактивный плеврит. В 2014-2016 годы число лапароскопических фундопликаций выросло до 345. Осложнения наблюдались у 21 (6,1%) пациентов. Развитие реактивного плеврита выявлено не было. Заподозрить данное осложнение во время оперативного вмешательства первично можно по увеличению сопротивления в дыхательном контуре при проведении ИВЛ. Проведение операции с ИВЛ возможно и в условиях пневмоторакса. И данное осложнение не влияет на ход хирургического вмешательства. Тактика врача-хирурга в данной ситуации заключается в устранении пневмоторакса по окончании ос-

новного этапа операции. Достаточным считается произвести гипервентиляцию легких при открытых лапароскопических портах брюшной полости, легкое, расправившись, начнет вытеснять углекислый газ в брюшную полость, который через порты будет выходить наружу. Во время оперативного лечения пациент находится обратном положении Тренделенбурга. По окончании операции пациент приводится в горизонтальное положение. Последовательно удаляются порты. Последним убирают порт, стоящий в эпигастральной области.

Выводы. Увеличение количества хирургических вмешательств при ГПОД предполагает увеличение возможных осложнений. Предложенный способ ликвидации интраоперационного пневмоторакса при лапароскопических вмешательствах позволяет полностью его устранить. Развитие реактивного плеврита, связанного с интраоперационным пневмотораксом, может быть полностью предупреждено при использовании данной методики.

1421. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕНОЗНЫХ И НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Иванов Е.В., Низамов Ф.Х., Речкалов А.А.

Тюмень

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. Подхронической трофической язвой нижней конечности подразумевают открытую рану на голени или стопе, не заживающую более 6 недель. 34% пациентов с трофическими язвами получает топическое лечение без окончательной установленной причины изъязвления. Существует более 50 заболеваний, которые могут привести к возникновению язв на нижних конечностях. Чаще всего встречаются венозные язвы, развившиеся на фоне варикозной или посттромботической болезни; значительно реже — вследствие аномалий развития вен. Нейропатические язвы по частоте встречаемости находятся на втором месте после венозных. Причины нейропатических язв более разнообразны: сахарный диабет; заболевания и повреждения периферических нервов (травма нерва, вовлечение нерва в рубец, демиелинизирующие заболевания, недостаток медиаторов, гиповитаминозы); аномалии развития, заболевания и повреждения спинного мозга (менингомиелоцеле, сирингомиелия, стеноз позвоночного канала, травмы позвоночника). Дифференциальная диа-



гностика этиологии язв, особенно в амбулаторных условиях, достаточно сложна.

Материал и методы. Изучена первичная медицинская документация 212 пациентов обоего пола в возрасте от 43 до 70 лет, обратившихся к общему хирургу, флебологу или подиатру с жалобами на наличие незаживающей раны на нижней конечности. Диагностический скрининг осуществлялся с использованием специально разработанных алгоритмов, основанных на локализации первичного очага. Для венозных язв характерна локализация на внутренней поверхности нижней трети голени. При наличии варикозного синдрома выясняем длительность его существования, был ли тромбоз глубоких вен в анамнезе, есть ли ангиоматоз и деформация конечности (нетравматического генеза). Таким образом, легко провести дифференциальную диагностику между причинами ХВН (варикозная болезнь, посттромботическая болезнь, венозные мальформации). Для нейропатических язв типична локализация в дистальных отделах стоп (акральные язвы) и в местах повышенного давления (декубитальные язвы) в случае сахарного диабета (такие язвы правильнее называть ангионейропатическими). При других этиологических вариантах нейропатическая язва располагается в зоне иннервации заинтересованного нерва. Кроме учёта локализации определялся пульс на магистральных артериях нижних конечностей, а также чувствительность кожи. При подозрении на нейроишемическую форму выполнялось ультразвуковое ангиосканирование с определением лодыжечно-плечевого индекса. Выявление основного заболевания осуществлялось анамнестически, и с привлечением профильных специалистов. Результаты и обсуждение. Венозные язвы диагностированы у 109 пациентов, из них у 91 — на фоне варикозной болезни, у 18 — вследствие посттромботической болезни. Нейропатические язвы диагностированы у 73 пациентов. Среди них подавляющее большинство (70 пациентов) страдало сахарным диабетом; при этом нейроишемическая форма язв с поражением берцовых артерий выявлена у 8 из них. У двух пациентов нейропатические язвы возникли вследствие стеноза позвоночного канала, вызванного остеохондрозом позвоночника; у одного — вследствие вовлечения нерва в рубец. Причинами появления язв у оставшихся 30 пациентов были: хроническая артериальная недостаточность, остеомиелит, синдром Марторелла, подагра.

Вывод. Использование алгоритмов диагностики позволяет на амбулаторном приёме определить этиологию трофической язвы с высокой степенью вероятности.

1422. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ГРАНУЛИРУЮЩИХ РАН НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Владимиров И.В.

Красноярск

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ожоги в структуре травматизма занимают третье место, уступая бытовой и автодорожной травме. Хирургия мягких тканей подвергнувшихся высокотемпературному термическому поражению имеет свою специфику, восстановление кожных покровов и последующая реабилитация этой категории пациентов является сложной задачей. Пластическое закрытие обширной гранулирующей раны является серьезной проблемой комбустиологии. Частота деградации аутодерматрансплантатов а также инфекционных осложнений области донорского забора у больных с сопутствующей сосудистой патологией после свободной аутодермапластики достаточно велика. Необходимым условием успешного приживления аутодерматрансплантатов является своевременность и качество подготовки раневого ложа, техника взятия трансплантата, адекватность общего и местного лечения в послеоперационном периоде, возраст и общее состояние пациента до и на фоне получения травмы, сопутствующих заболеваний. Весьма важным фактором планирования оперативного вмешательства является состояние микроциркуляторного русла. Материалы и методы За период с 2013г. по 2016 г. под нашим наблюдением находилось 17 пациентов с гранулирующими ранами после термического ожога площадью от 3 до 10 % п.т. Пациенты преимущественно пожилого и старческого возраста с сопутствующей кардиальной патологией, с преобладанием застойной сердечной недостаточности по большому кругу 8 пациентов, 4 пациента с инсулин зависимым сахарным диабетом, 1 пациент с левосторонним парезом конечностей после перенесенного онмк, 2 молодых пациента с нижней параплегией после спинальной травмы, 1 молодой пациент с последствиями родовой травмы, в виде тетрапареза артрогенными контактурами коленных тазобедренных и голеностопных суставов. Всем пациентам проводилась свободная пересадка расщепленных 0.3-0.4мм аутодерматрансплантатов как перфорированных так и не перфорированных. Одиннадцати



пациентам проводился предтрансплантационный дебридмент раневой поверхности аппаратом сонока 300 или сонока 180, компании Soring, в качестве акустической среды использовался раствор лавасепта 0.02%. Аутодермапластика проводилась на 9-14 сутки после травмы. Сроки аутодермапластики зависели от очищения раневой поверхности от струпной ткани и формирования грануляций. Первая перевязка п/о проводилась на 5-7 сутки. Оценка уровня тканевого кровотока здоровой кожи проводилась в области предплечья, предполагаемой области донорского забора аутодерматрансплантата, а так же края, периметра и центра раны перед свободной кожной пластикой, а так же в п/о период на 5-10 сутки. Для оценки микроциркуляции использовался лазерный доплеровский флоуметр BLF21, Transonic Systems Inc., США, с датчиком типа R, крепившемся к коже при помощи лейкопластыря. На флоуметре устанавливали постоянную времени 0,1 сек. На каждом уровне производилось 3-х кратное измерение кровотока с последующим усреднением данных. Полученные результаты: Капиллярный кровоток здоровой кожи на уровне внутренней поверхности предплечий составлял 3.1-5.4 мл/мин/100г., показатели раневого кровотока вокруг раны составляли 6.1-7.4 мл/мин/100г., края раны 8.2-11.0 мл/мин/100г., центра раны 2.9 -3.7 мл/мин/100г. Показатели кровотока, против наших ожиданий, у пациентов с сахарным диабетом практически не отличались от показателей кровотока всей исследуемой группе за исключением пациентов с нижней параплегией после спинальной травмы показатели раневого кровотока центра и краев раны у данных пациентов составляли 1.1-2.1 мл/мин/100г. У данных пациента предпринимались попытки местной пластики мягких тканей, без положительного результата, свободная пересадка кожи без проведения предтрансплантационного дебридмента закончилась регрессом 2/3 трансплантатов на 5 сутки п/о. Отмечено значительное увеличение раневого кровотока у всех пациентов после предтрансплантационного дебридмента раневой поверхности, в среднем на 40 % от исходного, а так же более высоким коэффициентом приживления трансплантатов 0.85 против 0.6. Отмечалась зависимость уровня кровотока от локализации раны, как правило чем дистальнее находилась рана от сердца тем меньше были показатели кровотока. В послеоперационном периоде на первой перевязке (5-7сутки п/о) величина кровотока пересаженных аутодерматрансплантатов составляла 3.5-12.9 мл/мин/100г., в данном случае макроскопически не возникало признаков регресса трансплантатов. При показателях потока менее 2.1 наблюдался регресс трансплантатов. На 10 ые сутки п/о показатели кровотока эпителизирующих

ран были значительно выше до операционных в среднем на 130-240%. Обсуждение и выводы 1) Применение методики ЛДФ для планирования области донорского забора аутодерматрансплантатов у пожилых и отягощенных сосудистой патологией пациентов позволяет избежать осложнений со стороны донорской раны. Желательно у данных пациентов использовать для трансплантации кожу в конечностей и туловища. 2) Методы местной пластики в пораженных конечностях у пациентов со спинальной травмой осложняются несостоятельностью швов и нагноением ран, операцией выбора служит свободная аутодермапластика. 3) Применение предтрансплантационного дебридмента раневой поверхности в сочетании с современными антисептиками увеличивает коэффициент приживления аутодерматрансплантатов.

1423. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ ОБЩЕЙ И ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

*Орехов П.Ю., Чупин А.В., Паршин П.Ю.,
Такоев М.А.*

Москва

ФГБУ Федеральный научно-клинический центр
специализированных видов медицинской
помощи и медицинских технологий ФМБА
России

Актуальность. При типичном атеросклеротическом поражении стеноз сонной артерии ограничен зоной бифуркации общей сонной артерии (ОСА) и проксимального отдела внутренней сонной артерии (ВСА). Иногда бляшка может иметь значительно большую протяженность, распространяясь до среднего или проксимального отдела ОСА. Оставление значимого стеноза и/или эмбологенно опасного источника в ОСА создает повышенный риск развития тромбоза, эмболии и ОНМК в послеоперационном периоде. Для профилактики этих осложнений может применяться несколько методов оперативного лечения, в том числе удаление бляшки путем пролонгированной эндартерэктомии (ЭАЭ) из ОСА. Имеется незначительное количество публикаций, рассматривающих этот вопрос. Таким образом, поиск оптимального способа оперативного лечения протяженных стенозов сонных артерий является актуальной проблемой. Материал и методы: в период с 2007 по январь 2017 года в отделении сосудистой хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России выполнено 1925 операций на сонных артериях. В 62(3,2%) случаях



выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомия (ЭКЭЭ) из ВСА в сочетании с открытой ЭАЭ из ОСА с пластикой первичным швом. Показаниями к выполнению ЭАЭ из ОСА служили наличие значимого стеноза или осложненный характер атеросклеротической бляшки, либо сочетание этих факторов. В этой группе 21 пациент (33,9%) перенес ишемический инсульт, транзиторные ишемические атаки (ТИА) были у 2 (3,2%) больных, явления дисциркуляторной энцефалопатии у 25 (40,3%) и 15 пациентов (24,2%) имели асимптомное течение. На момент выполнения операции у 23 (37,1%) пациентов имелся стеноз контралатеральной ВСА >60% и еще у 4 (6,5%) - окклюзия. 10 (16,1%) больных ранее перенесли контралатеральную КЭЭ. Протяженность ЭАЭ из ОСА варьировала от 15 до 80 мм. Среднее время пережатия сонных артерий 35,8 минут. Контроль толерантности головного мозга к ишемии проводился путем измерения церебральной оксиметрии. Все операции выполнены без временного шунта. Результаты: в раннем послеоперационном периоде отмечено 3 случая (4,8%) ипсилатерального ОНМК, один с летальным исходом (непосредственная причина смерти ТЭЛА). ОНМК в 2 из 3 случаев возникло на фоне проходимых реконструированных артерий, в одном случае на фоне тромбоза ОСА; также не было значимого поражения сонных артерий контралатеральной стороны. Не отмечено корреляции между риском развития осложнений и протяженностью пластики ОСА, временем пережатия сонных артерий или изменением показателей интраоперационной церебральной оксиметрии. 26 (42%) пациентов имеют сроки наблюдения в течение 1 года и более (средний срок 25,4 мес). Летальных исходов не было. У 1(3,8%) больного с нормальной проходимостью оперированных сонных артерий и стенозом интракраниальной части ВСА с обеих сторон через 12 мес после операции возник ипсилатеральный ишемический инсульт. В 1(3,8%) случае произошла ТИА на фоне субтотального рестеноза обеих ВСА после стандартной и пролонгированной КЭЭ. Рестеноз более 70% выявлен у 4 (15,4%) пациентов, из которых, как отмечалось, только в 1(3,8%) случае возникло ТИА. Троем больным (11,5%) успешно выполнено стентирование рестеноза. Обсуждение. Пролонгированная ЭАЭ из ОСА является редкой операцией и применяется как вынужденная мера при протяженном поражении ОСА. Технически методика относительно проста и не приводит к значительному увеличению времени пережатия, но сопряжена с более высоким риском неврологических осложнений, а также ожидаемо более высокой частотой рестенозов, чем при выполнении стандартной ЭКЭЭ. Альтернативой могут служить пластика синтетической заплатой или протезирование артерий, соче-

тание открытого и эндоваскулярного вмешательства гибридным или этапным способом. Выводы: Сочетание ЭКЭЭ и пролонгированной ЭАЭ из ОСА представляет собой эффективный способ хирургической коррекции осложненных и протяженных стенозов ВСА и ОСА. Требуется дальнейшее накопление опыта и проведение сравнительных исследований для поиска оптимальных методов лечения этой патологии.

1424. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

*Авзалетдинов А.М., Ионис Е.Ю., Плечев В.В.,
Фатихов Р.Г., Исмагилов Ф.Ш.,
Латыпов Ф.Р., Вильданов Т.Д., Нургудин А.А.*

Уфа

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Клиника БГМУ

Среди всех неонкологических заболеваний пищевода наиболее грозной патологией является перфорация пищевода. Самой распространенной причиной перфорации пищевода принято считать ятрогенное повреждение, встречающееся в 50-80%. Спонтанный разрыв пищевода встречается в 2-3% от всех случаев перфорации пищевода. По литературным данным летальность при ятрогенной перфорации составляет 9-15%, летальность при инородных телах пищевода 4,1%, при спонтанном разрыве пищевода (Синдром Бурхавэ, банкетная травма) летальность достигает 25-85%. Цель: Возрастание количества эндоскопических манипуляций и операций, увеличение количества интубаций трахеи и оперативных вмешательств на шее влечет за собой увеличение осложнений. Одним из таких осложнений является перфорация пищевода. Увеличение потребления населением алкоголя, переедание и как следствие, возникновение рвоты при переполненном желудке привело к росту такой травмы пищевода, как синдром Бурхавэ (4 стадия синдрома Мэллори-Вэйса). Результаты лечения пациентов с такой патологией далеки от желаемых. Тяжесть пациентов с такой патологией связана с тяжестью диагностики и поздним обращением пациентов в лечебные учреждения. Методы исследования: В отделении торакальной хирургии Клиники Башкирского государственного медицинского университета с 2005 по 2016 года на лечении находилось 22 па-



циента с перфорацией различных отделов пищевода. Заболевание было выявлено у 16 мужчин и 6 женщин. Возраст пациентов колебался от 32 до 84 лет. У 7 пациентов была выявлена перфорация шейного отдела пищевода, у 13 пациентов перфорация грудного отдела пищевода, у 2- перфорация грудного отдела с переходом на малую кривизну желудка по задне-левой стенке. При перфорации шейного отдела пищевода причиной послужило: в 1 случае- инородное тело пищевода (зубной протез), в 1 – ножевое ранение шеи, в 2 случаях- ятрогенное повреждение пищевода при операции на шее, в 1 -возбужденное состояние пациента при фиброэзофагоскопии, в 2 случаях – сложная интубация трахеи. При перфорации грудного отдела пищевода причиной в 1 случае послужила перфорация язвы нижней трети пищевода, в 1 - инородное тело пищевода (мясная кость), в 13 – Синдром Бурхавэ. Всем пациентам оказана оперативная помощь – широкое дренирование ложа пищевода. В 20 случаях произведено ушивание дефекта пищевода. Всем пациентам с повреждением грудного отдела пищевода была наложена гастростома. При повреждении шейного отдела пищевода в 2-х случаях проводилось питание через назогастральный зонд. В первые 48 часов от начала заболевания хирургическая помощь оказана 15 пациентам. Умерли 2 пациента (13,3%). У обоих пациентов была перфорация грудного отдела пищевода. Один пациент в возрасте 84 лет скончался на операционном столе. Второй пациент 64 лет с сопутствующим заболеванием рак простаты 4ст. 4 гр скончался на 8-е сутки от полиорганной недостаточности. 7 пациентов были прооперированы в сроки свыше 48 часов. Умерло 5 пациентов (71,4%) При перфорации шейного отдела пищевода умер 1 пациент (14,3%) При перфорации грудного отдела - 5 пациентов (35,7%) При перфорации с переходом на желудок -1 пациент (50%) Совокупная летальность при перфорациях пищевода составила 31,8%. Результаты: При проведении оперативного вмешательства необходимо стремиться к ушиванию дефекта пищевода и широкому дренированию заднего средостения. Заключение: 1. Основными причинами высокой летальности при данной патологии является оказание хирургической помощи в поздние сроки на фоне развившихся грозных осложнений, таких, как гнойно-некротический медиастинит, эмпиема плевры, бактериально-токсический шок. 2. Наиболее тяжелой патологией, как в плане диагностики, так и в плане хирургического пособия, является повреждение грудного отдела пищевода с переходом на малую кривизну желудка. 3. При появлении подкожной эмфиземы на шее, появлении «триады Маклера» необходимо незамедлительно проведение ФГС, затем Р-графии пищевода с

контрастированием или КТ-ОГК. 4. При выявлении перфорации пищевода показано оперативное лечение в экстренном порядке. 5. Больные с данной патологией должны быть оперированы в условиях специализированного стационара или с приглашением специалиста – торакального хирурга.

1425. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИФЛЕБЭКТОМИИ И ФЛЕБОСКЛЕРООБЛИТЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРИТОКОВОЙ ФОРМЫ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Чернооков А.И. (1,2), Ларионов А.А. (2), Николаев А.М. (1,2), Подколзин. Е.В. (1,2), Берёзко М.П. (1,2), Сильчук Е.С. (2), Долгов С.И. (1,2), Хачатрян Э.О. (1)

Москва

1. ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, кафедра госпитальной хирургии №2, ГБУЗ ГКБ имени С.С. Юдина2. ЗАО «Центр Флебологии»

Актуальность. Применение склерозантов в лечении варикозной болезни нижних конечностей насчитывает более 100 лет. Использование пенной формы склерозанта является основой для современной склеротерапии. Лигирование перфорантных вен и минифлебэктомия используются как изолированный метод лечения варикозной болезни. Однако, вены какого диаметра целесообразно склерозировать, а когда стоит отдать предпочтение хирургическому лечению притоковой формы варикозной болезни? Материалы и методы. С 2010 года по 2013 год находилось на лечении 119 больных с притоковой формой варикозной болезни, из которых сформировали 2 группы. Группу I составили 79 пациентов, которым выполнялось лечение методом флебосклерозирования. В группу IA вошли 42 пациента с диаметром варикозных притоков менее 5 мм, в группу IB вошли 37 пациентов с диаметром варикозных вен более 5 мм. Для склерооблитерации использовали пенную форму 1–2% раствора склерозанта. В группу II вошли 40 пациентов с диаметром вен более 5 мм. В данной группе выполнили минифлебэктомию под местной анестезией. Для обеспечения компрессии использовали медицинский трикотаж: первые трое суток постоянное ношение, в дальнейшем только в дневное время. Интервалы между сеансами склеротерапии составили от 3 до 7 дней. После завершения курса склеротерапииили хирур-



гического лечения компрессия осуществлялась в течение 1 месяца.

Результаты и обсуждение. Флебосклерооблитерация в группах IA и IB выполнялась в среднем за 2,2 сеанса. Совокупная продолжительность сеансов составила 39+3,7 минуты. Минифлебэктомия в группе II выполнялась одномоментно. Длительность хирургического вмешательства составила 21±3,5 минуты. При флебосклерозировании облитерация вен через 1 месяц наблюдалась во всех случаях в обеих группах. Отдаленные результаты флебосклерооблитерации через 3 года изучили у 69% (n=29) пациентов и 67,6% (n=25) пациентов групп IA и IB соответственно. Реканализацию различной протяженности в группе IA выявили в 17,2% (n=5) случаях, в группе IB в 48% (n=12) случаях (p=0,0498). Рецидив заболевания в группе II отметили в 5% (n=2) случаях. Экхимозы и гематомы оценивались на 7е сутки после минифлебэктомии и каждого сеанса склерооблитерации. В группе IA было проведено 97 сеансов, в группе IB 82 сеанса. Данные косметические дефекты отмечались после 16,2% (n=16) сеансов в группе IA и в 28% (n=23) в группе IB. Во II группе у всех больных образовались подкожные гематомы и экхимозы. В 2,5% (n=1) случаях гематома спровоцировала гиперпигментацию, которая регрессировала в течение 3 месяцев. Через 1 месяц у пациентов IA группы гиперпигментация развилась в 21,4% (n=9) случаях, а в IB группе у 51,3%(n=19) пациента (p=0,0351). Патологическую гиперпигментацию, сохраняющуюся более 12 месяцев, у больных группы IA не отметили, у больных группы IB данное осложнение процедуры развилось у 13,5% (n=5) пациентов (p=0,1962). В группе II у 5% (n=2) пациентов были жалобы на онемение кожных покровов в области хирургического вмешательства, которые самостоятельно регрессировали в течение 6 месяцев. У пациентов в группе IB таких жалоб не отмечалось. Тромбофлебит облитерированных вен у больных группы IA и IB отметили в 7,1%(n=3) и в 21,6% (n=8) случаях (p=0,0328) соответственно, в группе IB в 2,8% (n=1) случаях восходящий тромбофлебит потребовал хирургического лечения. Средний уровень болевого синдрома на 3е сутки после операции составил 2,7±1,0 баллов, в то время как в группе IB 1,6+0,4 балла. Выводы. Частота образования гиперпигментации и тромбофлебита после склеротерапии статистически достоверно возрастает с увеличением диаметра вены. Минифлебэктомия приведет к быстрому и стойкому результату, но сопровождается вероятностью развития парестезий и болевого синдрома, а также обязывает пациента проходить предоперационную подготовку и госпитализацию в стационар. Таким образом, при диаметре притоков менее 5 мм. предпочтение следует отдать флебосклероо-

блитерации, при диаметре более 5 мм. целесообразно выполнить минифлебэктомию.

1426. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

*Авзалетдинов А.М., Вильданов Т.Д.,
Фатихов Р.Г., Ионис Е.Ю., Исмагилов Ф.Ш.*

Уфа

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Клиника БГМУ

Шея человека представляет собой весьма сложную анатомо-топографическую область, где относительно в малом объеме заключено много жизненно важных анатомических образований. Заболевания трахеи занимает наибольшую часть встречаемых патологий в области шеи, ее изучение, лечение и выполнение операций имеет важную роль в торакальной хирургии. В последнее время с развитием современной хирургии наблюдается существенный прогресс в области лечения заболеваний трахеи. Это связано с развитием не только с разработкой новых высокотехнологических хирургических способов лечения многих заболеваний, но и усовершенствованием старых операций. Возрастание количества заболеваний и травм, а как следствие этого увеличение неотложной хирургии, реаниматологии и интенсивной терапии влечет за собой увеличение осложнений. Одно из осложнений который возникает при продолжительном проведении искусственной вентиляции, недостаточная техническая оснащенность медицинского учреждения, организационные дефекты в работе отделения реанимации, а так же после неправильного наложения трахеостомии возможно появлении такого осложнения как рубцовый стеноз трахеи, который существенно влияет на продолжительность и качество жизни больных. Лечение таких больных не простая задача для врачей торакальных хирургов. До недавнего времени больным больше применяли паллиативную помощь. С развитием современной хирургии в последнее время в практику вошли радикальные методы лечения. Цель: Улучшить результаты лечения больных рубцовыми стенозами трахеи. Материалы и методы исследования: В отделении торакальной хирургии КБГМУ с 2012 по 2016 года находились на стационарном лечении с рубцовыми стенозами трахеи 47 больных. Лиц мужского пола 27, женщин 20. Возраст варьировал от 22 до 75 лет. Большинство больных моло-



дого и зрелого возраста, что связано с большей частотой травматизма, которые были переведены из различных лечебных учреждений Республики Башкортостан и близлежащих регионов РФ. Результаты: 21 больным за этот период из общего количества, которым противопоказаны оперативные вмешательства из-за сопутствующих заболеваний, невозможности выполнения оперативного вмешательства проводилась консервативная помощь, которая заключалась в проведение инфузионной терапии, бронходилатирующей терапии, санации трахеи, замена трахеостомы. Из них 2-им больным выполнена наложение трахеостомии по жизненным показаниям. Восемью больным по экстренным показаниям при поступлении проводилось ригидная бронхоскопия, бужирование трахеи для восстановления более менее адекватного дыхания. Девятерым больным, которые по самолическим состояниям и с допустимой зоной резекции выполнялись радикальное оперативное вмешательство как циркулярная резекция трахеи с межтрахеальным анастомозом с резекцией от 3-х до 6-ти колец. Из них троим больным резекция с перстневидным хрящем и одному больному с щитовидным хрящем. Всем этим больным повторные оперативные вмешательства не понадобились. С развитием современной эндоскопической помощи в Клинике БГМУ в последние два года стали выполняться малоинвазивные, внутрипросветные оперативные вмешательства. Одному больному выполнена эндоскопическая имплантация трахеального стента. Девятерым больным выполнялось эндоскопическая фотодеструкция участка рубца трахеи, которые проводились несколько раз, в зависимости от протяженности рубца. Заключение: 1. Основными причинами рубцовых стенозов трахеи чаще ятрогенное повреждение трахеи при ИВЛ, неправильное наложение трахеостомии, недостаточная техническая оснащенность медицинского учреждения и уход за больными на ИВЛ. 2. Противоишемические мероприятия при ИВЛ, техническая обеспеченность медицинских учреждений, организационные аспекты являются основным моментом профилактики этого осложнения. Всем больным с длительной ИВЛ рекомендуется эндоскопический контроль. 3. В хирургической тактике предпочтительнее этапность, его необходимо производить в условиях специализированного стационара, обладающего всеми хирургическими и эндоскопическими возможностями трахеальной хирургии. 4. При выборе варианта лечения предпочтение отдается радикальным операциям.

1427. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Протасевич А.И. (1), Татур А.А. (1),
Пландовский А.В. (1), Кардис В.И. (2),
Скачко В.А. (2)*

Минск

1) УО "Белорусский государственный медицинский университет", 1-я кафедра хирургических болезней 2) УЗ "10-я городская клиническая больница г.Минска"

Введение. Среди грыж пищеводного отверстия диафрагмы наиболее часто встречаются аксиальные грыжи. Вместе с этим, более редкие комбинированные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, характеризующиеся перемещением в средостение гастроэзофагеального перехода и значительной части желудка, представляют основные сложности с точки зрения оперирования и отдаленных результатов. Значительное количество рецидивов заболевания (10-45%) диктует необходимость тщательной оценки оперативной стратегии.

Цель. Оценка результатов хирургического лечения пациентов с комбинированными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 75 пациентов, оперированных по поводу комбинированных грыж пищеводного отверстия диафрагмы в течение 2012-2016 годов в учреждении здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г.Минска. Среди оперированных преобладали женщины – 63, средний возраст составил 57 лет (25-79 лет). Основными методами диагностики заболевания были фиброгастродуоденоскопия и полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка. У всех пациентов заболевание проявлялось клинически. Наиболее часто встречающимися симптомами были: изжога – 65%, боль – 55%, дисфагия – 21%, отрыжка воздухом – 20%, рвота – 12%, анемия в анамнезе – 10%. Всем пациентам выполнены лапароскопические вмешательства. В ходе вмешательства выполнялось последовательно полное выделение и иссечение грыжевого мешка; перемещение абдоминального отдела пищевода и желудка в брюшную полость; уменьшение размеров пищеводного отверстия диафрагмы; создание антирефлюксного механизма. Среднее время операции – 230 минут (min - 125 минут, max -450 минут). Одна пациентка оперирована в экстренном порядке, остальные оперативные вмешательства были плановыми. У



16 пациентов выполнены симультанные вмешательства: холецистэктомия (10), грыжесечение (5), биопсия печени (1). В десяти случаях крурорафия дополнялась постановкой сетчатых протезов («Биокард» - 7, полиэстер -3). Все пациенты проходили рентгенологическое обследование в раннем послеоперационном периоде, 80% больных обследованы клинически и рентгенологически в сроки от 3 до 18 месяцев. РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. У трех пациенток в отдаленном периоде (более 1 года) были диагностированы троакарные грыжи, все оперированы. Клинически и рентгенологически рецидивы грыжи выявлены у 7 пациентов (9,3%) в сроки от 6 до 12 месяцев, том числе в одном случае после использования протеза «Биокард». Все пациенты оперированы стандартная эзофагофундопликация по Ниссену -2; лапароскопическая рефундопликация по Тупэ -4, по Ниссену -1. У одной пациентки потребовалось выполнение третьего оперативного вмешательства (лапароскопическая эзофагофундопликация по Тупэ в связи с рецидивом через 20 месяцев после повторной операции). ВЫВОДЫ. Лапароскопическая коррекция комбинированных грыж пищеводного отверстия диафрагмы является безопасным и эффективным методом лечения. Применение сетчатых протезов по показаниям, вероятно, оправдано, несмотря на отсутствие исследований высокого уровня доказательности.

1428. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ

*Саиддибиров Ш.М. (2), Иманалиев М.Р.(1),
Абдулжалилов М.К.(1), Гусейнов А-К.Г. (1),
Магомедов М.А. (1), Закариев З.М. (1),
Абдулжалилов А.М.*

Махачкала

(1)ФГБУ ВО «ДГМУ», (2)ГБУ РД «РКБ-ЦСЭМП»

Актуальность. Экстренными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в республике Дагестан в 2016 году получили хирургическое лечение 1259 пациентов. Из них пациенты с перфоративной язвой (ПЯ) составили 149 (11,8 %). Показатель поздней госпитализации достигал 6,0%. Наиболее распространенной операций при ПЯ до настоящего времени остается ушивание. В последние годы в республике получает применение лапароскопическое ушивание перфоративной язвы (ЛУПЯ), доля которого составляет всего 14,8%, что указывает на отсутствие в большинстве районов и 2 городах оборудования

и специалистов.

Материал и методы. В данной работе представлен анализ результатов хирургического лечения 149 пациентов ПЯ. Для диагностики данного осложнения использовали обзорную рентгенографию брюшной полости на «свободный» газ, УЗИ брюшной полости на наличие признаков пареза ЖКТ кишечника и выпота, ФГДЯ для оценки состояния язвы со стороны просвета органа. При ФГДС оценивали размеры и форму язвенной «ниши», диаметр перфорации, выявляли наличие «зеркальной» язвы.

Результаты. В ЦРБ оперированы 35 (23,5%) пациентов. Из них позже суток от начала заболевания 4(11,4%). Среди них летальных исходов не было. В ЦГБ оперированы 82(55,0%) пациента. После операции умерли 4(4,9%). Из них позже суток за экстренной хирургической помощью обратились 9 (11,0%) пациентов. Из них умерли 4(44,4%). В районах и городах применяли операцию ушивание ПЯ двухрядными швами с подведением сальника на сосудистой ножке. При диаметре перфоративного отверстия более 5 мм язву ушивали по способу Оппеля-Поликарпова. Средняя длительность традиционно операции составила 79,2+22,6 мин. В Республиканских учреждениях оперирован 31(20,8%) пациент. Позже суток от начала заболевания госпитализированы 2 (6,4%) пациента. В 22(71,0%) случаях было выполнено ЛУПЯ. Их них умер один пациент (4,6%) от ТЭЛА после релапаротомии по поводу несостоятельности швов и перитонита. Для выполнения ЛУПЯ использовали 3 троакара: 2- 10 мм, 1 – 5 мм. 10 мм троакары устанавливали один в область пупка и второй - по левой среднеключичной линии, а 5 мм - справа по среднеключичной линии. Средняя продолжительность ЛУПЯ составила 81,8+25,6 мин. Результаты. После верификации диагноза и предоперационной подготовки под ЭТН выполняли лапароскопию, оценивали состояние перфоративного отверстия, его локализацию и диаметр, наличие, количество, локализацию и характер выпота в брюшной полости. Ушивание перфоративного отверстия производили узловыми интракорпоральными швами рассасывающимся шовным материалом.

Обсуждение. В послеоперационном периоде у части пациентов наблюдались признаки дуоденального кровотечения, рубцовой деформации или стеноза 12п.к., паралитической кишечной непроходимости, которые повышали расходы и продлевали стационарный период лечения. С целью предупреждения этих осложнений и улучшения результатов лечения пациентов с ПЯ в нашей клинике разработан НИЗ (патент на изобретение № 2581709). НИЗ устанавливали интраоперационно после оценки состояния задней стенки 12 п.к. К концу операции НИЗ проводили в тонкую кишку,



при наличии на язву задней стенки 12п.кишки и линию швов после ушивания язвы со стороны просвета 12п.к. укладывали пластины «ТахоКомб», которые фиксировались путем дозированной компрессии раздутой дуоденальной манжетой. Выводы и предложения. 1. Число пациентов с дуоденальной язвой, осложненной перфорацией не имеет тенденцию к снижению. 2. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы имеет существенные преимущества перед полостной операцией. 3. Отсутствие технического оснащения и специалистов не позволяют широко внедрить лапароскопического ушивания перфоративной язвы. 4. С целью улучшения результатов хирургического лечения пациентов с перфоративной язвой целесообразно использовать современные способы защиты кишечного шва.

1429. АКТИВНАЯ ЛАПАРОСТОМА – НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

Москва

- 1) Кафедра госпитальной хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова, при поддержке Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере
- 2) ГКБ им. А.К. Ерамишанцева г.Москвы

Проблема лечения распространенного гнойного перитонита не теряет своей актуальности. Несмотря на эрадикацию источника инфекции, тщательность санаций живота и современные антибактериальные препараты, летальность пациентов, страдающих распространенным гнойным перитонитом, остается очень высокой. Важнейшим условием эффективности лечения таких больных является полноценная эвакуация инфицированной жидкости из брюшной полости. В некоторых случаях, безнадёжность закрытого дренирования заставляет хирургов использовать открытый метод лечения – лапаростомию. Лапаростомия может пассивно выводить жидкость из брюшной полости в марлевую повязку (традиционная лапаростома), либо активно аспирировать ее с помощью вакуумного устройства (активная лапаростома). Кафедра госпитальной хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова провела ретроспективное изучение результатов лечения больных, у которых распро-

страненный гнойный перитонит лечили открытым методом в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева за период 2010 – 2017 г. Цель исследования: определить оптимальный способ открытого лечения больных распространенным гнойным перитонитом. В исследование вошло 112 больных. Из них 67 (59,8%) пациентов были мужчины, 45 (40,2%) – женщины. Средний возраст составил 59 ± 16 лет. Тяжесть органной недостаточности перед операцией, оцененная по шкале SOFA, была равна $3,9 \pm 1,3$ балла. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью Мангеймского индекса перитонита (МИП), составила 30 ± 6 балла. Из всех изученных наблюдений умерло 51 пациент, что соответствует летальности в 45,5 %. Для определения оптимального способа открытого лечения больных распространенным гнойным перитонитом, все пациенты были разделены на две группы, в зависимости от использованного способа: группа традиционной лапаростомии и группа активной лапаростомии. В группу традиционной лапаростомии вошли 52 (46,4%) пациента. Из них, 31 (59,6%) мужчина, 21 (40,4%) – женщина. Средний возраст составил $61 \pm 14,1$ год. Тяжесть органной недостаточности, оцененная по шкале SOFA, была равна $3,3 \pm 1,4$ балла. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью МИП, составила 30 ± 6 баллов. Умерло 34 (65,4 %) больных. В группу активной лапаростомии вошли 60 (55,6%) больных, у которых для лапаростомии использовали устройство для активной аспирации жидкости из брюшной полости (патент на полезную модель №126587). Из них 33 (55%) пациента были мужчины, 27 (45%) – женщины. Средний возраст составил 58 ± 18 лет. Тяжесть полиорганной недостаточности, оцененная по шкале SOFA, была равна $4,5 \pm 1,6$ баллов. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью МИП, составила $31 \pm 5,3$ балл. Умерло 17 (28,3 %) больных. Сравнительный анализ образованных групп обнаружил их сопоставимость по численному составу, полу, возрасту тяжести полиорганной недостаточности и тяжести перитонита ($p > 0,05$). Летальность в группе традиционной лапаростомии достигала 67,3 %, в то время, как в группе активной лапаростомии данный показатель составил 28,3 %. Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что способ активной лапаростомии является предпочтительным способом открытого лечения больных распространенным гнойным перитонитом, так как позволяет снизить летальность более, чем в два раза.



1430. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЕЙ ПРИ ЛХЭ

Абдулжалилов А.М. (2), Абдулжалилов М.К. (1),
Магомедов М.А. (1), Гусейнов А-К.Г. (1)

Махачкала

(1)ФГБУ ВО «ДГМУ», (2)ГБУ РД «РКБ-ЦСЭМП»

Актуальность. Известно, что у пациентов с деструктивным холециститом лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) сопровождается интраоперационными техническими трудностями, которые приводят к конверсии. Они были связаны с выраженной инфильтрацией и повреждением стенки желчного пузыря, выпадением инфицированного содержимого в брюшную полость, кровотечением из пузырной артерии. Интраоперационные технические трудности в большинстве случаев связаны с патологоанатомическими изменениями в зоне операции. В связи с этим, важное значение для хирурга имеет прогнозирование этих трудностей по результатам обследования еще до операции. Цель исследования – определить критерии прогнозирования интраоперационных технических трудностей при ЛХЭ. Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезней, лабораторных показателей, данных УЗИ, микрофлоры содержимого желчного пузыря у 95 пациентов с разными морфологическими формами острого холецистита в возрасте от 35 до 72 лет. При этом установлено, что на этот фактор оказывают существенное влияние сроки госпитализации пациента после острого приступа калькулезного холецистита, наличие лейкоцитоза, высокого показателя СОЭ, а также микрофлора содержимого желчного пузыря. От этих факторов зависела степень деструктивных изменений стенки желчного пузыря. Чем была выражена деструкция стенки желчного пузыря во время операции, тем тяжело выполнялась ЛХЭ, увеличивалась продолжительность операции. Результаты. При флегмонозном холецистите продолжительность операции составила 67,5+ 30,3 мин, а при гангренозном – 109,3+ 39,1 мин. В связи с интраоперационными техническими проблемами 12 пациентам операция была завершена оставлением задней стенки желчного пузыря на поверхности печени с последующей диатермомукоклазией слизистой по Прибраму, что позволило сократить длительность операции в 1,5 – 2 раза. Необходимо отметить то, что интраоперационные технические трудности при диссекции в области треугольника Кало и выделении желчного пузыря мы наблюдали не только у па-

циентов, госпитализированных позже 72 часов и оперированных после некупированного приступа острого холецистита, но и после миниинвазивной холецистостомии (МИХ-С). Обсуждение. Острый обтурационный холецистит во всех случаях сопровождался повышением давления в полости желчного пузыря, нарушением микроциркуляции в его стенке и развитием ишемии тканей, результатом чего явилось прогрессирующее деструктивное процесса. МИХ-С выполняли под УЗИ-навигацией для декомпрессии желчного пузыря и улучшения кровотока в его стенке, а также с целью предупреждения прогрессирования деструктивного процесса. МИХ-С была выполнена на высоте приступа острого холецистита 45 пациентам, что позволило у при наличии тяжелой сопутствующей патологии в первые же сутки купировать болевой синдром. Динамическое наблюдение в последующие дни показало, что несмотря на проводимое лечение, во всех случаях болевой синдром прогрессировал и пациенты были оперированы по требованию. Во время операции у всех 45 пациентов мы наблюдали выраженные воспалительные изменения желчного пузыря: интенсивная гиперемия, воспалительная инфильтрация и утолщение стенки, которые создавали большие технические сложности при ЛХЭ. Выводы. 1.Быстрая декомпрессия желчного пузыря после МИХ-С способствует развитию постишемического реперфузионного синдрома тканей, который является основной причиной прогрессирования деструкции стенки желчного пузыря, обеспечивающей технические трудности при ЛХЭ. 2.Применение патогенетической терапии, направленной на предупреждения патологических нарушений постишемического реперфузионного синдрома при МИХ-С, позволит улучшить условия для выполнения ЛХЭ и результаты лечения пациентов с деструктивным холециститом.

1431. ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАНГРЕНОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гостищев В.К., Золотарев Д.В., Дегтярева Е.В.,
Малофей А.М.

Москва

ФГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова;
ГБУЗ г. Москвы "ГКБ им. И.В.Давыдовского ДЗМ"

Лечение гангренозных поражений легких остается актуальной проблемой торакальной хирургии. Постоянное совершенствование методов лечения позволяют снизить смертность в ранние сроки за-



болевания. Однако, частота неблагоприятных исходов, особенно при распространенных и осложненных процессах может достигать 70%. Выбор метода лечения зависит не только от формального обозначения процесса в легком (гангренозный абсцесс или гангрена), но и от клинического проявления острого легочного нагноения и его течения. Перед хирургом стоит непростая задача в выборе правильного подхода: раннее радикальное оперативное лечение или применение дренирующих операций. Тяжелое состояние больных, особенно при распространенных гангренах, осложненных эмпиемой плевры и поражением (пневмония) противоположного легкого ограничивают возможности ранних резекций. Неудовлетворительные результаты ранних резекционных методов лечения с крайне высоким риском развития вторичных осложнений и летальностью расширяют показания к дренирующим операциям (абсцессостомия, торакастомия). Данные виды открытого дренирования являются как этапным (перед радикальными резекционными вмешательствами), так и завершающим методом с положительным результатом лечения и возможностью последующего выполнения торакопластики (торакомиопластики). В период с 2008 по 2016 гг. в отделении гнойной торакальной хирургии ГКБ им. И.В.Давыдовского находились 465 пациентов с неспецифическими деструкциями легких. Гангренозные поражения диагностированы у 34 (7,3%) больных. Из них гангренозный абсцесс - у 24, распространенная гангрена доли, легкого - в 10 случаях. Эмпиема плевры, как наиболее частое осложнение, имела место у 18 (52,9%) пациентов. Открытые дренирующие операции (торакастомия-11, абсцессостомия-1) выполнены 12 больным. Видеоторакоскопическая некрсеквестрэктомия, санация и дренирование полости распада и плевральной полости является операцией выбора при гангренозных поражениях легких, как этапная дренирующая операция, так и окончательный метод лечения. Операцию выполняли под общим обезболиванием с односторонней ИВЛ. Оценивали характер и распространенность гнойно-деструктивного процесса в легком и плевре, разделяли спайки, удаляли свободно лежащий легочный секвестр и гнойно-некротические ткани из плевральной полости, фибриновый налет с поверхности плевры и стенок полости распада. Фиксированные участки некроза фрагментировали, частично удаляли с оставлением части секвестра в зоне расположения внутрилегочных сосудов из-за риска развития легочного кровотечения. Операцию заканчивали адекватным дренированием полости распада и эмпиемы. В последующем проводили санацию через дренаж с местным применением антисептических и ферментных препаратов и активной вакуум-аспира-

цией. С целью ликвидации остаточных полостей (внутрилегочных и внутриплевральных), в 8 случаях применили временную эндобронхиальную окклюзию в сочетании с пневмоперитонеумом. ВТС некрсеквестрэктомия выполнена 15 больным, причем как окончательный метод лечения - в 10 случаях с достижением положительного клинического результата в 90% случаев. Радикальные операции выполнены 5 больным (пневмонэктомия-3, лобэктомия-2). Результаты лечения: полное и клиническое выздоровление у 22 (61,8%) пациентов, переход в хроническую форму в 3 (11,8%) случаях, летальность- 9 (26,4%). Среди умерших в 2 случаях имела место распространенная гангрена легкого, в 7 - гангренозные поражения, осложненные эмпиемой плевры (из них - в 3 наблюдениях с поражением противоположного легкого). Пневмонэктомия в группе умерших выполнена 3 больным. Дифференцированный подход к лечению гангренозных поражений легких позволило добиться положительных результатов в 61,8% случаев. ВТС некрсеквестрэктомия является малотравматичной, не менее эффективной операцией выбора и позволяет улучшить непосредственные результаты лечения.

1432. АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ — ЕСТЬ ЛИ БУДУЩЕЕ?

Низамов Ф.Х., Иванов Е.В., Речкалов А.А.

Тюмень

Тюменский государственный медицинский университет

Амбулаторная хирургия в настоящее время переживает сложные времена. Это связано с несколькими факторами. Налицо серьезный недостаток количества врачей-хирургов поликлинического звена. Это можно объяснить следующим. Существует ошибочное мнение, что врачи амбулаторного звена — специалисты второго сорта. Особенно это касается врачей-хирургов. Расходы на хирургические вмешательства и дальнейшее лечение не перекрываются системой оплаты ОМС, что приводит к значительному уменьшению количества амбулаторных операций. Известно, что хирургический кабинет или отделение убыточно для лечебного учреждения в целом. Поэтому страдает квалификация врача, ухудшаются качественные показатели хирургических отделений и поликлиник в целом. Возникает проблема с аттестацией (присвоением категории). Необходимое условие — дежурства в стационаре, не только умение, но и количество выполненных операций различной



сложности. Амбулаторному хирургу, работающему в городской поликлинике, редко предоставляется возможность дежурить в стационаре. Новая система аккредитации врачей также пока оставляет больше вопросов, чем ответов. Очень важным является вопрос диспансеризации хирургических больных. В настоящее время классическая диспансеризация зачастую подменяется профилактическими осмотрами, по результатам которых формируются группы здоровья. Часто на этом «диспансеризация» заканчивается. Пациенты в дальнейшем практически не наблюдаются, и, соответственно, не проходят противорецидивного и планового оперативного лечения. Вряд ли можно провести диспансеризацию за полтора часа, как предлагает столичное медицинское руководство! Также до сих пор четко не решен вопрос о часовой нагрузке врачей-хирургов, в каждом лечебном учреждении свои нормативы. Нужно отметить, что врачи-хирурги заполняют массу ненужных бумаг, нередко требуется дублирование электронных амбулаторных карт с данными на бумажных носителях. И, конечно, отстывает желать лучшего программа SAS, установленная в АРМ врача поликлинического звена. Из этой программы невозможно получить данные для годовых отчетов, особенно по профилактическому обслуживанию населения, по диспансеризации, а отсюда практически невозможной становится самооценка врача и характеристика его работы со стороны главных специалистов. Значительные трудности в лечении больных создают имеющиеся стандарты лечения. Есть ли выход из этого положения? Нужно, чтобы руководство органов здравоохранения всех уровней повернулось лицом к проблемам оказания помощи на уровне первичного звена. Необходимо согласовать с фондом обязательного медицинского страхования систему оплаты расходов на лечение больных хирургического профиля. В частности, для тех, кому проведено оперативное вмешательство, требуется учесть затраты на перевязки в послеоперационном периоде. В связи с переходом на новую федеральную систему подготовки врачей и предстоящим дефицитом кадров врачей-хирургов, нужно предусмотреть подготовку их в системе ординатуры сразу же после окончания ВУЗа и получения диплома врача. Настала пора освободиться от заполнения ненужных бумаг, часто дублирующих друг друга. Пора отойти от стандартов лечения, и быстрее переходить к клиническим рекомендациям, тогда у врача будет возможность адекватного выбора тактики лечения и лекарственных препаратов. Необходимо разработать критерии для аттестации врачей поликлинического уровня, учитывающие конкретные вопросы по оценке степени владения навыками, которыми он должен обладать для работы на уровне поликли-

ники. Надо отметить, что не каждый стационарный врач сумеет работать в поликлинике, выполняя все необходимые требования. Нужно решить вопрос с диспансеризацией хирургических больных согласно приказу МЗ СССР №770 от 30.05.1986 (так он никем не отменен, поэтому подлежит исполнению), и определить форму оплаты работы с диспансерными больными, хотя бы на уровне разового приема.

1433. ИЗУЧЕНИЕ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ В ГОДЫ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*Соколов В.А., Чмырев И.В., Бирюков А.Н.,
Кабанов П.А., Якимов Д.К., Гусев М.Ю.*

Санкт-Петербург

"Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова" МО РФ

В 1934 году на базе клиники госпитальной хирургии Военно-медицинской академии Красной Армии им. С.М. Кирова, под руководством профессора С.С. Гирголава была создана лаборатория по изучению воздействия низких температур на живой организм. Первые результаты клинико – лабораторных исследований прошли суровую проверку в период вооруженного конфликта с Финляндией 1939-40 гг. По мнению G.W. Rodway (2012), командование Красной Армии тщательно проанализировало уроки Советско-Финляндского вооруженного конфликта: в кратчайшие сроки проведён ряд организационных мероприятий, направленных на устранение недостатков планирования, материально-технического и медицинского обеспечения войск; изменены нормы вещевого и продовольственного довольствия. Большое внимание было уделено санитарно-просветительной работе, направленной на разъяснение личному составу мер по профилактике отморожений. Каждый красноармеец был снабжён методичкой по самопомощи при охлаждении и их предотвращению. Была пересмотрена методика оказания первой помощи в дореактивном периоде (быстрое согревание в воде при температуре +40 +42 °С). Была обоснована целесообразность внедрения активной хирургической тактики при отморожениях IV степени в тыловых госпиталях. Для фельдшеров и врачей разрабатывались методические пособия и указания по лечению поражений холодом. Когда в 1941 году Германия напала на СССР, Красная Армия в течение 4 лет войны успешно применяла эту систему во время жестоких зимних боев. Если в ходе



Советско-финляндской войны (1939-1940 гг.) отмораживания в Красной армии составили 6,7% от общего числа санитарных потерь и 9,4% от санитарных потерь хирургического профиля, то во время Великой Отечественной войны отмораживания составили 2-4 % в структуре боевой хирургической травмы. В сухопутных войсках—1-2%, а на флоте—5,4%. Один из ведущих военно-полевых хирургов, начальник санитарной службы Карельского фронта в годы Великой Отечественной войны И.А. Клюсс (1942), дал следующую оценку проведенным советскими врачами организационным мероприятиям: «...наряду с проведением широких профилактических мероприятий была отработана и создана система организации помощи и лечения отмороженных в различных звеньях этапного лечения, в зависимости от степени отморожения, предложенной Т.Я. Арьевым четырех степенной классификации. Это позволило совершенно прекратить эвакуацию из войскового района отмороженных с 1-й степенью. Также это позволило полностью восстанавливать пострадавших с отморожениями 2-й и 3-й степени в специальных отделениях эвакуационных госпиталей армейских баз и эвакуировать для лечения в специальный фронтальной госпиталь для отмороженных лишь пострадавших с 4-й степенью поражения. Последовательно проводимая, с широким внедрением активных хирургических методов, созданная система полностью себя оправдала». Полученные результаты стали следствием целого комплекса мероприятий, проведенных командованием Военно-санитарного управления РККА, высшим военным и политическим руководством РККА и Советского государства. По проблеме холодной травмы в годы войны проведено несколько научно-практических конференций (Свердловск, 1941; Вологда, 1944). Дважды Главным Военно-санитарным управлением издавались Указания по предупреждению и лечению отморожений (1942, 1943), а также большое количество научно-практической литературы. Когда войска союзников зимой 1944-1945 годов на Западном фронте столкнулись с проблемами поражения холодом, они направили группу специалистов в СССР для изучения отечественного опыта по профилактике и лечению отморожений. Таким образом, к началу Великой Отечественной войны, изучение холодной травмы мирного и военного времени в Военно-медицинской академии позволило накопить в СССР опыт её предупреждения и лечения и создать стройную систему профилактики и лечения поражений холодом в войсках во время боевых действий.

1434. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Копеев О. В.(1)Копеев А. О. (2)

Россошь, Воронежская область 2)Москва

- 1) БУЗ ВО Россошанская РБ, Воронежской области
- 2) Российский медицинский университет им. Пирогова

Цель: проанализировать потребность применения оперативных вмешательств с применением видеоэндоскопической техники в условиях хирургического отделения районной больницы. Применение видеоэндоскопической техники в условиях районной больницы имеет ограничения, вследствие современной экономической ситуации и кадрового дефицита. В Россошанской районной больнице Воронежской области видеоэндоскопические вмешательства освоены с 2001г. Объем обслуживаемого населения 95 тысяч жителей. За это время выполнено 2875 оперативных вмешательств с применением видеоэндоскопической техники при хирургической патологии, 575 из них экстренного порядка. Освоены такие виды вмешательств: аппендэктомия, операции по поводу прободной язвы желудка и ДПК, диагностическая лапароскопия, ЛХЭ, адгезиолизис эндоскопический, санационная лапароскопия, ушивание разрывов полых органов и мочевого пузыря. В настоящее время выполняется от 28 до 35% аппендэктомий, ежегодно, при всех видах воспаления аппендикулярного отростка. До 10-16% оперативных вмешательств при перфорации язвы желудка и ДПК выполняются видеоэндоскопическим методом, с санацией и дренированием брюшной полости. Диагностическая лапароскопия применяется при трудности дифференциальной диагностики заболеваний брюшной полости ежегодно выполняется около 40 вмешательств, с последующим решением объема оперативного лечения. Стандартные ЛХЭ при остром калькулезном холецистите, и ЛХЭ с дренированием желчевыводящих путей проводятся до 12%. Объем незначительный вследствие проведения интенсивной консервативной терапии и купирования приступа в течении 36-72 часов, оперативное лечение откладывается для проведения вмешательства в плановом порядке, после купирования воспалительного процесса. Вмешательства при спаечных процессах, проводится в основном в виде симультантных операций. Санационная лапароскопия проводилась при



остром отечном панкреатите с серозно-ферментативным перитонитом, криптогенных перитонитах. Выполнено 38 вмешательств. Ушивание перфорации полых органов и разрывов мочевого пузыря 13 случаев, за время работы видеоэндоскопического оборудования. Заключение: видеоэндоскопическое оборудование в условиях районной больницы г. Россошь, Воронежской области имеет удовлетворительную нагрузку в условиях экстренной хирургической патологии, что доказывает необходимость применения данного оборудования в хирургических отделениях. Наиболее рентабельно показывает эксплуатация дорогостоящего оборудования на базе межрайонных центров.

1435. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Насыхов Р.Н., Ильенко Г.А., Хугаев О.Е.

Сергиев Посад

Филиал №4 «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко»
Минобороны России

Трофические язвы на нижних конечностях являются следствием разнообразных заболеваний, травм кожи, мягких тканей и периферических нервов. Проанализированы результаты лечения 36 больных с трофическими язвами нижних конечностей, с 2010 по 2015 годы. Мужчин 26, женщин 10. Возраст больных от 24 до 89 лет. Длительность нахождения на стационарном лечении от 7 до 50 дней. Продолжительность наличия трофической язвы составила от 6 недель до 6 лет. Максимальная площадь поражения составила 132 см². Этапное стационарное лечение потребовалось 8 пациентам: 5 госпитализаций 2 больным, 2 госпитализации 5 больным, 3 госпитализации 1 больному. По этиологическому принципу больные разделены на следующие группы: Постромботическая болезнь- 9 больных. Варикозная болезнь- 1 больной. Облитерирующий атеросклероз -8 больных. Сахарный диабет, диабетическая ангиопатия -10 больных. Травмы, длительно не заживающие микротравмы- 5 больных. послеоперационные раны (забор аутоветны для АКШ)- 2 больных. После лучевой терапии базалиомы- 1 больной. Диагностика осуществлялась на основании изучения жалоб, анамнеза, физикального обследования, общеклинических, гематологических, биохимических исследований, дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей (вен и артерий), так же использовалось бактериологическое исследование и рентгенография.

Проводимое лечение включало местное лечение (перевязки) с учетом фазы раневого процесса, физиолечение, ГБО, лазеротерапия, общее лечение для нормализации обменных процессов и сосудистых изменений, при необходимости компрессионная терапия. Для консультации привлекались кардиологи, эндокринологи, дерматологи и травматологи. Результаты лечения: У 10 больных наступило выздоровление путем полной эпителизации язвы в результате перевязок. 4 пациентами с большими площадями поражения выполнена свободная кожная пластика, в последующем у одного из них выполнена повторная пластика в связи с рецидивом язвы. Результат лечения- заживление язв. 1 больному выполнена хирургическая обработка, у которого в последующем язва эпителизовалась. 4 пациентам, после уменьшения язвы и наметившейся тенденции к заживлению, наложены цинк-желатиновые повязки, на срок до 30 дней и выписаны на амбулаторное лечение с последующим заживлением. У 1 больного на фоне тромбоза стента, установленного по поводу облитерирующего поражения артерий динамики не отмечено. Находился на стационарном лечении 2 раза. Для дальнейшего лечения направлен в сосудистое отделение. У 3 больных отмечены осложнения, в виде присоединения и прогрессирования инфекции: у 1 пациента с не заживавшей в течение 5 месяцев послеоперационной раной (забор аутоветны), развилась флегмона, которую потребовалось вскрыть, в последующем заживление. У 2 больных с облитерирующим атеросклерозом, развилась влажная гангрена. В одном случае выполнена ампутация, с удовлетворительным исходом, в другом случае наступил летальный исход, ампутация не выполнялась, в связи с крайне тяжелым состоянием больного и выраженной сопутствующей патологией. Остальные 11 пациентов (пожилые люди, которым требовались длительные перевязки и которые не нуждались в операциях) с небольшими трофическими язвами находились на стационарном лечении до очищения язвенного дефекта, его уменьшения и наметившейся тенденции к заживлению. Были выписаны на лечение к хирургу поликлиники. Одному больному в связи тяжелой сопутствующей патологией в выполнении свободной кожной пластики отказано. Все больные, у которых имелись поражения артерий направлены на консультацию к ангиохирургу. Таким образом, для выбора тактики лечения трофических язв нижних конечностей, необходимо учитывать этиологию, степень выраженности системных и сосудистых изменений. В каждом случае необходима индивидуальная схема лечения и принцип преемственности (поликлиника-стационар-поликлиника), так как основная часть больных требует динамического наблюдения и повторных курсов лечения.



1436. ВЛИЯНИЕ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ В СТРУКТУРЕ ПРОТОКОЛОВ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Климов А.С. (1,2), Дорджиев В.Э. (2,3),
Кащенко В.А. (1,2), Красносельский К.Ю. (1,3),
Югай С.В. (1), Хоменко А.Е. (1), Лодыгин А.В.
(4), Бескровный Е.Г. (1,4), Глузман М.И. (1,2),
Дементьева Е.А. (3), Гурина О.П. (3)

Санкт-Петербург

- 1) Санкт-Петербургский Государственный Университет,
- 2) Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России,
- 3) Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
- 4) НУЗ ОАО «РЖД» Дорожная клиническая больница

Актуальность. Протоколы ускоренного восстановления/выздоровления показали свою эффективность во многих международных и отечественных исследованиях. Однако остаётся недостаточно изучен вопрос влияния на состояние пациента отдельных факторов данных протоколов и их взаимодействие. Материалы и методы. В настоящий момент проводится исследование на базе клинической больницы им. Л.Г. Соколова № 122 посвященное многофакторному анализу при операциях на желудочно-кишечном тракте. В анализ включены пациенты которым были выполнены операции на желудке или толстой кишке с использованием лапароскопического или лапаротомного доступов. Пациенты получившие предоперационную нутритивную подготовку сравнивались с пациентами прошедшими аналогичное по инвазивности оперативное вмешательство, но без предоперационной нутритивной поддержки. К настоящему моменту в исследовании участвуют 40 пациентов. Десяти пациентам операции выполнены через лапароскопически-ассистированный доступ. Помимо анализа статистических данных о продолжительности лечения в стационаре, длительности нахождения в реанимационном отделении, наличии послеоперационных осложнений, проводится анализ иммунного статуса пациентов в периоперационном периоде. Для оценки иммунного статуса оценивались показатели CD8+NK и NK CD3-CD(16+56)+ клеток. Среди пациентов выделена группа 1, в которой в качестве предоперационной нутритивной подготовки использовалась смесь IMPACT Oral, от 5 дней. Пациенты не получавшие нутритивную поддержку составили группу 2. Ре-

зультаты. В ближайшем послеоперационном периоде происходит снижение показателей CD8+NK и NK CD3-CD(16+56)+ клеток в обеих группах. У пациентов, получивших нутритивную поддержку в периоперационном периоде, отмечается увеличение количества клеток CD8+NK в послеоперационном периоде и, кроме того, поддерживается на более высоком уровне, в отличии от неподготовленных пациентов. Через 5 дней после операции медиана CD8+NK составила в 1 группе: 55 кл/мкл; 2 группе: 30 кл/мкл. Рост количества NK CD3-CD(16+56)+ клеток отмечен только, у пациентов получавших нутритивную поддержку. Через 5 дней после операции медиана NK CD3-CD(16+56)+ составила в 1 группе: 110 кл/мкл; 2 группе: 80 кл/мкл. Выводы. Таким образом, важным вопросом, который решает предоперационная нутритивная подготовка, является модулированное воздействие на иммунную систему. В частности, у пациентов с онкологической патологией, получающих оперативное лечение, это позволяет поддерживать и сохранять на должном уровне клетки отвечающие за противоопухолевый иммунный надзор.

1437. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

Романчишен А.Ф., Комиссаров И.А,
Махарблишвили Д.В., Матвеева З.С.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО СПбГПМУ

В детской хирургии за последнее время значительно возрос интерес к новообразованиям надпочечников. Это связано с ростом частоты обнаружения заболеваний надпочечников, обусловленным совершенствованием методов топической диагностики (КТ и МРТ). В отечественной и зарубежной литературе опухоли надпочечников в детском возрасте рассматриваются лишь по отдельным нозологическим группам. По данным литературы, у детей наиболее частой из опухолей надпочечников является нейробластома (пятое место среди всех онкологических заболеваний), а также ее переходные стадии – ганглионейробластома, ганглионеврома. Кортикостерома занимает второе место среди опухолей надпочечников у детей и может развиваться из скрытой врожденной гиперплазии надпочечников. Феохромоцитомы у детей встречается редко (10% от всех ФХЦ), но более чем в 10% является двусторонней и наследственной. Альдостерому у детей выявляют крайне редко.



Адренокортикальный рак занимает лишь 0,5% от всех злокачественных новообразований у детей. По клинической картине и гормональному статусу опухоли надпочечника могут быть разделены на две группы: гормонально активные и опухоли с нормальным гормональным статусом организма. Среди гормонально активных опухолей могут встречаться как злокачественные новообразования, так и доброкачественные. Важно помнить, что опухоли, не проявляющие гормональной активности, не всегда являются доброкачественными. С начала 2000 г. лапароскопическая адреналэктомия была принята повсеместно как золотой стандарт для лечения доброкачественных опухолей надпочечников у взрослых. При этом, в литературе имеются данные только о 109 лапароскопических адреналэктомиях у детей (F.Pampaloni et al., 2006). Данные показатели обусловлены тем, что у детей опухоли надпочечников часто являются злокачественными. До сих пор некоторые вопросы относительно показаний и противопоказаний, выбора доступа и технических аспектов подобных ситуаций остаются спорными (E.D. Skarsgard, C.T. Albanese, 2005). Клинические проявления опухолей надпочечников весьма разнообразны. Порядка 50% всех образований надпочечников у детей являются «случайными находками», обнаруженными при выполнении УЗИ брюшной полости. Чаще всех симптомов встречаются АГ и электролитные расстройства. До 80% адренокортикальных раков характеризуются синдромом вирилизации. У мальчиков это проявляется в виде раннего «пубертата» с увеличением пениса и мошонки, оволосения лобка, угрей и ломки голоса. Для девочек характерны преждевременное появление лобковых и подмышечных волос, гипертрофия клитора, угри, низкий голос, увеличение скорости роста, нарушение развития молочных желез, отсутствие менструации. Редко встречается феминизация (у мальчиков – задержка пубертатного развития, гинекомастия, гипертензия; преждевременное сексуальное развитие). Для синдрома Кушинга характерны – округлая форма лица, двойной подбородок, «бычья» шея, ожирение, медленный рост, гипертензия, угри, стрии, снижение толерантности к глюкозе. В диагностике опухолей надпочечников, помимо методов лучевой визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфия), эффективными являются функциональные тесты. При нейробластоме – это показатели уровня ванилилминдальной кислоты (ВМК), гомованилиновой кислоты (ГВК), дофамина в суточной моче, определение в сыворотке крови нейронспецифичной энолазы, при кортикостероме – дексаметазоновый тест, кортизол в сыворотке и моче; при адренокортикальном раке и вирилизующих опухолях – DGEA-S, сывороточные андрогены; при ФХЦ – метанефрины и катехола-

мины в моче и сыворотке крови; при альдостероме – отношение сывороточного альдостерона к активности ренина плазмы (>30); при врожденной гиперплазии надпочечников – сывороточный 17-гидроксипрогестерон (маркер в 95% случаев). Показаниями к адреналэктомии у детей и подростков считаются: любые признаки гормональной активности опухоли; симптомы, вызывающие подозрение о злокачественности новообразования; диаметр опухоли более 2,0 см и ее рост в течении 6 мес. наблюдения. Показаниями к лапароскопическому удалению опухолей надпочечников считаются: отсутствие признаков инвазивного роста и метастазирования; размер новообразования менее 5 сантиметров. Однако последний показатель может быть и меньше, если возраст ребенка менее 4-5 лет. В период с 2005 по 2016 г. в нашей клинике под наблюдением находилось 22 детей с опухолями надпочечников. У семерых из них опухоли были злокачественными и у 15 – доброкачественными. Оперированы все 20 детей. Отдаленные результаты хирургических вмешательств зависели от характера опухолей, сопутствующих им гормональных, метаболических кардиоваскулярных и других расстройств, а также длительности заболевания. Таким образом, опухоли надпочечников у детей и подростков встречаются редко, но имеют потенциально высокий риск гормональных кризов и злокачественного роста. Адекватное характеру опухоли хирургическое вмешательство является единственным надежным способом лечения в подавляющем большинстве наблюдений.

1438. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

*Ильенко Г.А., Волощук И.Н., Березин А.И.,
Жуков Г.С., Сорокин В.Г.*

Сергиев Посад

Филиал № 4 «ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко»

Проведен ретроспективный анализ применения видеоэндоскопических технологий в хирургической службе многопрофильного стационара. Хирургическая служба филиала № 4 «ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко» МО РФ включает в себя семь отделений различного профиля, оказывающих специализированную помощь на 160 койках, в составе: отделение неотложной хирургии, хирургическое отделение с палатами гнойной хирургии, гинекологическое, урологическое, травматологическое, оториноларингологическое отделения, эндоско-



пическое отделение. Эндоскопические вмешательства в лечебном учреждении выполняются с 1999 года. Их применяют в двух отделениях хирургии, гинекологическом, урологическом, травматологическом, оториноларингологическом отделениях. Приоритетным в работе госпиталя остается развитие малоинвазивных и видеоскопических методов лечения. В отделениях хирургического профиля работает 19 врачей-специалистов, из них 8 врачей хирургов, 2 гинеколога, 3 травматолога, 3 уролога, один оториноларинголог, имеют специализацию по видеоскопической хирургии. Техническое оснащение из шести эндоскопических стоек. За отчетный период выполнено 1524 операции, из них 504 с использованием видеоскопической техники. В хирургических отделениях выполнено 709 операций из них 144 (20,3% от общего числа) эндоскопических операций. Выполняются лапароскопические: холецистэктомия при остром и хроническом холецистите, аппендэктомия при различных формах аппендицита, герниопластика при паховых грыжах, лечение спаечной тонкокишечной непроходимости, диагностическая лапароскопия. В гинекологическом отделении выполнено 254 операции, из них 125 операций (49% от общего числа) с использованием эндоскопической аппаратуры. В том числе надвлагалищные ампутации и экстирпации по поводу доброкачественных новообразований матки, операции на придатках матки по поводу воспалительных заболеваний, доброкачественных новообразований и вторичного бесплодия. В урологическом отделении выполнено 252 операции, из них 133 видеоскопических (52% от общего числа). В отделении оборудован эндоскопический кабинет, укомплектованный аппаратом «литокласт» для контактной литотрипсии камней мочеточников и мочевого пузыря; смотровыми и операционными цистоскопами для цистоскопий, биопсий и манипуляций; резектоскопом, позволяющим проводить оперативные вмешательства – ТУР аденомы простаты и опухолей мочевого пузыря, также в отделении имеется кабинет рентгенударной литотрипсии, оснащен аппаратом «PIEZOLITH 3000» для дробления камней почек и мочевыводящих путей. Выполняются эндоскопические операции: клипирование яичковых вен по поводу варикоцеле; уретеролитотомия по поводу мочекаменной болезни; резекция кист почек. В травматологическом отделении выполнено 244 операции, из них 77 артроскопий (32% от общего числа) по поводу заболеваний коленного сустава. В оториноларингологическом отделении выполнено 225 операций, из них 15 (7% от общего числа) эндоскопических операций. В эндоскопическом отделении выполнено 1992 исследования, из них гастроскопий – 1543,

колоноскопий – 348, бронхоскопий – 69, полипэктомий – 22, дуоденоскопий с выполнением РХПГ, ЭПТ, удалением конкрементов из наружных желчных протоков – 10. С использованием эндоскопических технологий послеоперационных осложнений в 2016 году в отделениях хирургического профиля не было. В 2016 г. выполнено 504 эндоскопических операций, 33% от числа общих выполненных операций. В 2006 г. выполнено 84 эндоскопических операций - 5,6%. За истекший период отмечается устойчивая тенденция в увеличении малоинвазивных оперативных вмешательств. Основная масса оперативных вмешательств до 90% приходится на плановую хирургию.

1439. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕКТУМА – НАШ ОПЫТ

*Гырбев Г.Б.(1), Георгиева С.Г.(2),
Живков И.П.(1), Петров И.С.(3)*

1) София, Болгария, 2) София, Болгария,
3) Петрич, Болгария

1) Первая многопрофильная больница,
София, Клиника эндоскопическая хирургия
2) Медицинский университет, София,
Факультет общественное здравоохранение
3) Больница "Рокфелер", Петрич, Болгария

Введение: Операции на ректум по поводу малигненных заболеваний требует от хирурга исполнения двух условий: радикальность и качество жизни. Стремление к абластичности не оспаривается. В мировой хирургической практике остается открытым второй вопрос: какие заболевания дистальной сигмы и ректума и при какой стадии можно использовать трансанальный метод с сохранением сфинктера, без увеличения случаев локальных рецидивов? Чтобы достигнуть хорошего качества жизни пациентов, часто приходится отклоняться от унифицированных подходов и применение различных оперативных тактик и техники. Кроме того при радикальном лечении карцином необходимо и сохранить кишечный пассаж по естественному пути, сохранить на сексуальную и мочевыделительную функции и предоставить максимальный социальный комфорт пациентам.

Цель: Показать место приложения на трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЕМ) при малигненных заболеваниях ректума.

Материал: В клинических проучваниях за 13 -летний период (2004 – 2016 г.) авторы анализируют результаты использования ТЕМ на 428 пациентах,



из которых 62 пациента с неопластом на ректуме. В 8 случаях предоперативно не доказан карцином, а предполагался полип, а гистологический препарат показал карцином, 32 случая на карцином *in situ*, 12 случая на карцином T1 и 10 случаев на карцином T2 и T3 у высокорисковых пациентов и у отказавшихся от радикальной абдоминоперианальной резекции ректума. Результаты: В случаях на карцином *in situ* и доброкачественных заболеваний нет рецидивов в группе пациентов от 1 до 12 лет. В случаях с карцином T2-T3, рецидивы в 12 мес. период из прослеженных 60 % (6 от 10 пациенты), а в 24 мес. прослеженных есть информация о 2 пациентах, независимо от луче- и химиотерапия после ТЕМ. В 8-ми случаях неправильная предоперативный диагноз, в 6 от них потребовалась реоперация – лапароскопическая резекция на ректума, а в других 2 случаях карцинома T1 и высокодифференцированный рак было принято, что ТЕМ адекватный метод. Нет случаев пре и оперативной смертности. Заключение: В хирургической практике постоянно дискутируются и уточняются показания и противопоказания для приложения ТЕМ для лечения ректального карцинома в различных стадиях. Некоторые хирурги полностью отказываются от применения метода при малигненных заболеваниях и предлагают использовать ТЕМ только при бенignoй патологии. Их мотивы обусловлены господствующим до скорого времени правило – ректальное карцином T1 – T3 = тотальная мезоректальная экцизия (ТМЕ). Другие авторы (рандомизированные проучвания) с противоположным мнением – при строгой, прецизионной оценке стадий малигненных заболеваний они сравнивают ТЕМ с трансабдоминальной радикальной резекционной хирургией и доказывают, что в отношении “quality of life” на пациента, два метода сравнимы в отношении следоперативной преживаемости и проценту на рецидивов заболеваний.

1440. РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ И ПРОКТОЛОГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Гриднев О.В., Быков А.Н., Лесовик В.С.,
Каменева Т.Р., Лысенко И.Н., Григорьева Е.А.*

Москва

ГБУЗ «ГКБ имени М.П. Кончаловского» ДЗМ

Цель исследования - изучение видового состава возбудителей инфекций кожи и мягких тканей и

их резистентности в отделении гнойной хирургии и проктологии. Материалы и методы - исследовано 564 возбудителя инфекций кожи и мягких тканей из образцов раневого отделяемого у пациентов отделения гнойной хирургии и проктологии за 2016 год. Идентификацию выделенных культур и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам выполняли с помощью автоматического бактериологического анализатора VITEC 2 Compact (BioMerieux, Франция). Результаты. Анализ данных микробиологической лаборатории показал, что в 2016 в отделении гнойной хирургии и проктологии ведущая роль принадлежала *Staphylococcus aureus* (42,2%), *Escherichia coli* (18,4%), коагулазонегативным стафилококкам (8,5%), энтерококкам (7,1%), *Klebsiella pneumoniae* (6,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (4,9%), отмечалась достаточно редкая частота выделения *Acinetobacter baumannii* (3%). В 2016 году в отделении гнойной хирургии отмечается уменьшение доли метициллинрезистентных *Staphylococcus aureus* – на 4,2% и коагулазонегативных *Staphylococcus* – на 18,3% по сравнению с 2015 годом соответственно. Уменьшилась встречаемость штаммов *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, резистентных к имипенему/циластатину на 3,7% и 2,9% соответственно по сравнению с 2015 годом. В 2016 году не выявлено штаммов *Enterococcus faecalis*, резистентных к ванкомицину. В 2016 году отмечается увеличение частоты выделения штаммов *Escherichia coli*, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра (ESBL) на 8,7% по сравнению с 2015 годом. Сходная ситуация отмечается в отношении *Klebsiella pneumoniae* – на 9,3% увеличение частоты выделения ESBL по сравнению с 2015 годом. В 2016 году не выявлено штаммов *Escherichia coli*, продуцирующих карбапенемазы, отмечено уменьшение частоты штаммов *Klebsiella pneumoniae*, продуцирующих карбапенемазы на 3,2% по сравнению с 2015 годом. Выводы. Полученные результаты по микробиологическому мониторингу отделения гнойной хирургии и проктологии за 2016 год позволяют планировать и скорректировать локальный протокол эмпирической антибактериальной терапии инфекций кожи и мягких тканей в отделении гнойной хирургии и проктологии. Внедрение системы ограничения применения антимикробной терапии (коррекция локального протокола эмпирической антибактериальной терапии на основании результатов микробиологического мониторинга, ограничительного формулярного перечня антибактериальных препаратов и аудит за соблюдением регламентирующих документов) позволит в отделении гнойной хирургии и проктологии снизить долю поли- и панрезистентных возбудителей инфекций кожи и мягких тканей.



1441. ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Панкратов А.А.(1,2), Израилов Р.Е.(1),
Хатьков И.Е.(1)

Москва

1) МГМСУ, 2) ГКБ №68 ДЗМ

Введение. Консервативное ведение (non-operative management – NOM – англ.) абдоминальной травмы включает в себя клинический и инструментальный мониторинг в сочетании с использованием, при необходимости, эндоваскулярных вмешательств. Утверждение о возможности избирательного применения NOM основано на способности паренхиматозных органов к спонтанному гемостазу. Ведущие мировые центры травмы сообщают о возможности применения подобной тактики даже при огнестрельных ранениях, 4-5 степени травмы паренхиматозных органов по AAST и у пострадавших с нестабильной гемодинамикой.

Цель: оценить возможность и безопасность избирательного применения консервативной тактики при абдоминальной травме. Материалы и методы. Период: 2006 – 2015 г. Дизайн: ретро-проспективное сравнительное исследование. Анализируется опыт 1 лечебного учреждения, включающий 233 наблюдения: 161 – лапароскопия, 72 – консервативная тактика. С целью объективизации количественной оценки гемоперитонеума использовали шкалы Huang и McKenney и критерии определения объема гемоперитонеума, разработанные в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Критерии отбора пациентов для NOM: • АД > 90 мм рт. ст. + ≤ 2 баллам по шкале Huang при изолированной травме брюшной полости • Любое АД + ≤ 2 баллам по шкале Huang при наличии тяжелых сочетанных повреждений • АД > 90 мм рт. ст. + ≤ 3 баллам по шкале Huang при любом виде травмы и сроке травмы > 12 часов В группу сравнения ретроспективно отображены пострадавшие, перенесшие диагностические лапароскопию или лапаротомию за указанный период, соответствовавшие критериям включения в первую группу. Результаты Консервативное ведение было эффективно в 58(80.6%) наблюдениях из 72, в 14(19,4%) потребовалось оперативное вмешательство. Показанием к прекращению NOM во всех случаях явилось нарастание объема гемоперитонеума по данным контрольного УЗИ. При этом в 4 наблюдениях переход к хирургическому лечению ретроспективно признан необоснованным (отсутствие продолжающегося кровотечения на момент операции). Сроки наблюдения варьировали от 3 до 12 часов, исключая 1 пациента с

двухмоментным разрывом селезенки на 12-ые сутки. В 13 случаях операция выполнена лапароскопическим способом, в 1 – конверсия и открытая спленэктомия. Во всех случаях зарегистрирован благоприятный исход лечения. При сравнении результатов лечения отмечается сокращение сроков госпитализации при консервативном ведении более чем в 2 раза ($p=0.005$) и снижение летальности в 2.9 раза среди пациентов с нестабильной гемодинамикой ($p=0.03$). С целью выработки критериев отбора пациентов для NOM проведен анализ положительной прогностической ценности (ППЦ) показателей гемодинамики, объема гемоперитонеума, уровня гемоглобина, их комбинаций и различных вариантов бальной оценки каждого из факторов. При этом не выявлено достоверных различий между ППЦ всех вариантов сочетания факторов и оценкой только ультразвуковых данных по шкале McKenney в 0-1 балл с ППЦ 88% ($p < 0.001$). С целью отбора пациентов для NOM выработаны следующие критерии: • АД ≥ 90 мм рт. ст. + 0-1 балл по шкале McKenney при изолированной травме брюшной полости. • Любое АД + 0-1 балл по шкале McKenney при наличии тяжелых экстраабдоминальных повреждений. Обсуждение Применение данной тактики достоверно привело к сокращению сроков лечения и уровня летальности. Ни в одном наблюдении применение NOM не привело к критической задержке оперативного лечения, не послужило причиной развития осложнений и наступления летального исхода. Остающиеся не решенными вопросы: вероятность пропущенных повреждений и развития фатального кровотечения до подачи больного в операционную, возможность двухмоментного разрыва селезенки после выписки из стационара. Выводы Полученные начальные результаты свидетельствуют о возможности, эффективности и безопасности избирательного консервативного ведения закрытой абдоминальной травмы при строгом соблюдении критериев отбора пациентов. Целесообразность применения NOM при открытой травме, безопасные сроки выписки больных, окончательная формулировка критериев отбора пострадавших требуют дальнейшего изучения.



**1442. ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ
АППЕНДИЦИТ И ДИСКИНЕЗИЯ КИШЕЧНИКА:
ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ
ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ФОНОЭНТЕРОГРАФИИ**

Филиппова К.В.

Иваново

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Актуальность: Острый аппендицит - одно из наиболее часто встречающихся в хирургической практике заболеваний. Кроме того, это заболевание людей молодого работоспособного возраста. В этой связи проблема острого аппендицита на сегодняшний день актуальна. Удельный вес диагностических ошибок при данной патологии продолжает оставаться высоким. Это касается как гиподиагностики, так и гипердиагностики. С последней приходится сталкиваться чаще. Известно, что не все боли в животе требует оперативного вмешательства. Одной из причин абдоминального болевого синдрома, с которой приходится дифференцировать аппендицит является дискинезия кишечника. Согласно имеющимся в литературных источниках данным, при остром аппендиците часто возникают нарушения двигательной функции желудочно-кишечного тракта. Среди методов, позволяющих оценивать данную функцию, существует метод компьютерной фоноэнтерографии (КФЭГ). В настоящее время, на основании спектрального анализа звуков, появилась возможность различать моторику тонкого и толстого отделов кишечника. Благодаря чему возможно расширение возможностей диагностики у пациентов с подозрением на острый аппендицит. Цель исследования: оценить возможность использования КФЭГ в дифференциальной диагностике острого аппендицита и дискинезии кишечника. Материалы и методы: Исследование выполнено на базе кафедры общей хирургии, анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России (ОБУЗ ГКБ № 7, г. Иваново). Первым этапом обследовано 30 пациентов без сопутствующей абдоминальной патологии (группа контроля). Вторым этапом - 41 пациент с подозрением на острый аппендицит. В ходе динамического наблюдения и последующего обследования данный диагноз у 9 пациентов был исключен и установлен диагноз: дискинезия кишечника. У остальных 32 пациентов выполнена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита. Всем пациентам проведена КФЭГ с использованием спектрального анализа звуков

брюшной полости в диапазоне частот от 100 до 1750 Гц и оценена моторная функция кишечника. Результаты: Получены показатели плотности мощности спектра в 3 группах пациентов: контрольной группы (30 человек), группы больных с острым флегмонозным аппендицитом (32 человека) и с дискинезией кишечника (9 человек). Показатели плотности спектральной мощности пациентов с острым флегмонозным аппендицитом ниже, чем у пациентов других групп. Также несмотря на то, что показатели плотности мощности спектра пациентов с аппендицитом и кишечной дискинезией отличны от аналогичных показателей в группе контроля, у пациентов с дискинезией кишечника они по своему значению более близки к показателям пациентов группы контроля практически во всех частотных диапазонах, но более это выражено в следующих диапазонах частот: от 300-350, 850-1000 и от 1200 до 1750 Гц, где показатели плотности спектральной мощности этих пациентов с высокой степенью достоверности ($p < 0,05$) с показателями пациентов группы контроля. Из указанных диапазонов, на наш взгляд, наиболее клинически значимым является более широкий частотный спектр выше 1200 Гц. Учитывая, что плотность спектральной мощности звуков тонкой кишки находится в более высоком частотном диапазоне, чем звуков толстой кишки, можно сказать, что при аппендиците моторная функция кишечника снижается в большей степени за счет тонкой кишки, чего не наблюдается у пациентов с дискинезией кишечника. Выводы: Метод КФЭГ может использоваться в дифференциальной диагностике острого аппендицита и дискинезии кишечника. Наиболее информативным является диапазон частот от 1200-1750 Гц.

**1443. ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
МЕДИАСТИНИТА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ**

*Потапов В.А.(2), Долгих Р.Н. (1),
Кохан Е.П. (1), Асанов О.Н. (2)*

Красногорск, Московская обл.,

2) Москва

- 1) ФГБУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневского»
Минобороны России,
- 2) Филиал ВМедА им. С.М. Кирова
Минобороны России

Глубокая инфекция стерильной раны, или медиастинит, после операции на открытом сердце – это хирургическое осложнение с высокой леталь-



ностью, длительным периодом госпитализации, необходимостью неоднократных хирургических процедур и высокой стоимостью лечения. Вопросы эффективного лечения данного заболевания не решены до настоящего времени. Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения больных с послеоперационным медиастинитом (ПМ) в условиях многопрофильного госпиталя. В период с января 2010 по январь 2017 года в отделении гнойной хирургии ФГКУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» МО РФ находились на лечении 60 больных с инфекционными осложнениями стернотомной раны (ИОСР), мужчин - 98,3% и женщин - 1,7%. Средний возраст пациентов составил 65,2 лет (от 45 до 81 года). Клиническая картина зависела от типа и тяжести ИОСР, срок манифестации которых после первичной кардиохирургической операции составил $23,9 \pm 11,2$ дня. Преобладали боли в области раны – в 92,8% случаев, интермиттирующая лихорадка не менее 4-7 суток – у 64,2%, гнойные выделения из раны – у 60%. У 33 больных (55%) была частично или полностью открытая стернотомная рана. У 19 пациентов (31,7%) осложнение проявило себя лигатурным абсцессом. В 8 случаях (13,3%) отмечена свищевая форма остеомиелита грудины, очаги которого совпадали, как правило, с локализацией стальных лигатур. Нестабильность грудины выявлена у 26 больных (43,3%). В среднем срок возникновения нестабильности составил 22 суток. У 51 больного (85%) при посеве раневого отделяемого выявлены возбудители инфекционных осложнений: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* (в т. ч. MRSA), *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus haemolyticus*. Согласно используемой классификации R.M. El Oakley и J.E. Wright (1996), глубокая стерральная раневая инфекция (послеоперационный медиастинит) выявлена у 52 пациентов, которых распределили с учетом сроков манифестации осложнения, наличия факторов риска и неэффективных попыток хирургического лечения: I тип — развивается в течение первых 2 недель после операции при отсутствии факторов риска; II тип — развивается на 2—6 неделе при отсутствии факторов риска; III тип — медиастинит I и II типов при наличии одного или более факторов риска (сахарный диабет, ожирение, применение иммуносупрессивной или гормональной терапии); IV тип — медиастинит I, II, или III типа после одной и более неэффективных попыток лечения; V тип (свищевой) — развивается впервые более чем через 6 недель после операции. У большинства больных (51, или 85%) лечение было оперативным. В связи с рецидивирующим течением ПМ у 20 пациентов за время наблюдения потребовались повторные хирургические вмешательства. Всего выполнено 77 операций: в 29 (37,6%) слу-

чаях – вскрытие гнойного очага, удаление стальных лигатур и фиксирующих систем грудины, в 19 (24,7%) - резекция участков грудины и рёберных дуг с признаками хондрита или остеомиелита (у двух больных реконструктивным этапом являлась пластика мышечным лоскутом), в 10 (13%) - реостеосинтез грудины с дренированием переднего средостения, в 19 (24,7%) - наложение вторичных швов. Удаление стальных лигатур и фиксирующих систем грудины - наиболее частый элемент хирургической обработки раны у больных со всеми типами ПМ. Патогенетическое значение этого этапа заключается в устранении источника инфекции. При ПМ IV-V типа также преобладала радикальная санация инфицированной раны с резекцией остеомиелитических участков грудины, рёберных дуг. С сентября 2015 года была выделена проспективная группа, на момент публикации 20 больных с ПМ, в лечении которых применен современный метод вакуум-дренирования ран (VAC-терапия) с использованием синтетических пористых материалов и локального отрицательного давления. После проведения вакуум-дренирования выполняли реконструктивный этап хирургического лечения с иссечением стенок раны (за исключением дна); удалением стернальных очагов деструкции и передних отрезков рёбер, непосредственно контактировавших с раневой полостью; реостеосинтез грудины и пластику местными тканями. В проспективной группе, состоявшей из больных с ПМ III-V типов, в течение двух месяцев отмечено снижение частоты рецидивов с 27,3% до 14,8% по сравнению с ретроспективными результатами лечения пациентов без применения вакуум-дренирования. У трёх больных с послеоперационным гнойным медиастинитом в связи с тяжелым течением заболевания, обусловленным обширной раневой поверхностью, полирезистентностью полученной в посевах флоры, лечение дополнялось местным и пероральным использованием пиогенного поливалентного бактериофага «Секстафаг» после предварительного определения фагочувствительности бактериального возбудителя. Рыхлое тампонирование стернотомной раны стерильными тампонами, пропитанными фагочувствительным бактериофагом, способствовало купированию затяжного течения инфекционного раневого процесса и дальнейшему лечению с использованием VAC-терапии. Из всех лечившихся умерло 6 (10%) пациентов. Трое — от тяжёлого сепсиса с полиорганной недостаточностью. Один больной — от острого трансмурального инфаркта миокарда и один — от обширного ишемического инсульта. В проспективной группе умер один пациент с декомпенсацией сахарного диабета, нарастанием острой почечной недостаточности на фоне диабетической нефропатии. Выводы. Лечение послео-



перационного медиастинита у кардиохирургических больных должно быть ранним, комплексным, с последовательным включением методик локального воздействия на раневой процесс. Хирургическая обработка стернотомной раны с удалением инфицированных тканей блоком, в пределах здоровых, уменьшает число рецидивов заболевания. Наши наблюдения подтверждают положительную роль метода VAC-терапии в снижении числа повторных хирургических вмешательств при послеоперационном медиастините. При этом вакуум-ассистированные повязки не доставляют пациентам значимого дискомфорта и позволяют сохранять мобильность. В связи с растущей резистентностью микроорганизмов к антибиотикам и возникающими на этом фоне проблемами с адекватным подбором антибактериальных препаратов использование поливалентных комбинированных бактериофагов, адаптированных к наиболее вероятным возбудителям, имеет перспективное значение для профилактики и лечения инфекционных осложнений стернотомной раны.

1444. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ СОНОГРАФИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ БЕЙКЕРА

Андреева И.В., Виноградов А.А.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Основным методом лечения кист Бейкера является хирургический. Однако наличие перифокальной воспалительной реакции в оболочке кисты нередко приводит к образованию плотных сращений ее с окружающими тканями, что затрудняет выполнение радикальной операции. Немалую роль в ограничении оперативного приема играют и топографические взаимосвязи между кистой Бейкера, сосудами и нервами подколенной области. Несмотря на большое количество предложенных методов оперативного лечения кист Бейкера, результаты лечения этой категории больных не всегда удовлетворяют пациентов и хирургов. Одним из альтернативных вариантов традиционному хирургическому лечению кист Бейкера является склерозирование полости кисты под ультразвуковым контролем. Четкая визуализация образования и сосудистого пучка при цветовом доплеровском картировании, полный контроль за ходом вмешательства и его последствиями, отсутствие необходимости в рассечении тканей и иссечении оболочки кисты выступают в качестве положительных моментов в лечении этой патологии. Объектом наблюдения явились

32 пациента с кистами Бейкера, которым были выполнены пункции и склеротерапия под ультразвуковым контролем. Из 32 больных было 24 женщины и 18 мужчин. Возраст больных составил от 46 до 83 лет. Все кисты Бейкера были выявлены при проведении ультразвукового дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей. Причина образования кист Бейкера в большинстве случаев не установлена, только около 1/3 больных знали об их существовании и связывали появление кист с артрозоартритом коленного сустава. Размеры кист Бейкера колебались от 15 до 95 мл. Методика склеротерапии кист Бейкера заключалась в следующем. Сначала проводили ультразвуковое исследование коленных суставов и подколенной области, сосудов подколенной ямки. На высоте острых воспалительных явлений в суставе (обострение гонартроза) пункционные вмешательства не выполняли, так как это приводило к быстрому повторному наполнению кист. Целесообразно выполнять вмешательства в «холодном» периоде после биохимического и бактериологического анализа содержимого кист. В качестве склерозанта использовали 96° этиловый спирт. Для уменьшения воспалительных явлений в полость кисты вводили раствор гидрокортизона, бициллин-5, дипроспан. Эти препараты обладают противовоспалительным действием и уменьшают явления артроза. В 10% случаев введение раствора гидрокортизона привело к полной облитерации полости кисты Бейкера. При введении 96° раствора этилового спирта возникает местный болевой эффект. Количество препарата должно соответствовать количеству аспирированной из полости кисты жидкости. Однако из-за выраженного болевого эффекта количество препарата ограничивали 2-3 мл. Одномоментная полная облитерация полости кисты возникла у 13 (40,63%) больных. У этих пациентов размеры кисты не превышали 20 мл, в момент склерозирования не было обострения воспалительного процесса в суставе и не было выраженного болевого эффекта при введении спирта, что позволило ввести достаточное количество склерозанта. Вероятно, именно удачное сочетание этих условий явилось причиной успешной одномоментной склеротерапии. У остальных 19 (59,37%) пациентов потребовалось от 2 до 5 сеансов склеротерапии на протяжении от 3 месяцев до 1 года, что привело к полной облитерации у 15 (78,95%) пациентов этой группы. У оставшихся 4 (12,5%) через год после первичной склеротерапии наблюдали частичную облитерацию полости, уменьшение ее в размерах, утолщение стенки кисты. Это сопровождалось выраженным клинически эффектом в виде уменьшения болевого синдрома при ходьбе. Таким образом, в результате склеротерапии кист Бейкера 96° раствором этилового спирта под



ультразвуковым контролем удалось достичь полной облитерации полости кисты в 87,5% случаев, из них в 46,43% одномоментно, в остальных случаях – за 2-5 сеансов на протяжении от 3 месяцев до 1 года. У 12,5% пациентов процедура привела к частичной облитерации полости с уменьшением ее объема на 70% и более. Критериями успешной склеротерапии считали: объем кисты не более 50 мл, отсутствие явлений обострения артрита в момент склерозирования и возможность введения достаточного количества спирта.

1445. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Онницев И.Е., Хохлов А.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Эндоскопические методы лечения паховых грыж применяются более 20 лет. Хорошо зарекомендовали себя два метода лечения паховых грыж: трансабдоминальная герниопластика (ТАРП) и экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР), которые позволяют произвести герниопластику с наименьшей травматичностью и наибольшей эффективностью. Мнения различных авторов о преимуществах и недостатках лапароскопических способов устранения паховых грыж ТАРП и ТЕР весьма противоречивы. Единая тактика при выборе одного из методов лечения паховых грыж не выработана. Цель исследования – сравнение методик трансабдоминальной герниопластики (ТАРП) и экстраперитонеальной герниопластики (ТЕР). Материалы и методы. С 2014 г. по 2017 г. было выполнено 102 герниопластики методом ТАРП и 54 операции ТЕР. В исследование вошли пациенты с двусторонней нерезидививной паховой грыжей тип II и III А по классификации Л. Найхуса или PL2-3, PM2-3 по классификации европейского герниологического общества. В обеих группах определяли количество осложнений и выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, которая измерялась по 10 бальной шкале ВАШ (визуальная аналоговая шкала). Средний возраст больных в первой группе составил 54 ± 10 лет, во второй 48 ± 8 лет. Все пациенты поступали в хирургическое отделение на оперативное лечение в плановом порядке. Для определения наиболее эффективного метода оперативного лечения в обеих группах сравнивали длительность и интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, частоту осложнений и длительность пребывания больного в

стационаре. Результаты и обсуждение. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале в течение первых суток в 1-й группе пациентов составила $6,4 \pm 0,9$ балла, а к третьим суткам $2,1 \pm 0,6$ балла соответственно. Во 2-й группе выраженность болевого синдрома составила $4,0 \pm 0,4$ баллов, на третьи сутки $1,1 \pm 0,5$ балл. Всем больным назначались нестероидные противовоспалительные препараты (кеторол, диклофенак). В раннем послеоперационном периоде после выполнения герниопластики ТАРП осложнения отмечены у 33 пациентов серома выявлена у 17 пациентов, невралгия паховой области в 11 случаях, гематома у 5 пациентов. После герниопластики методом ТЕР осложнения в виде серомы выявлены у 7 пациентов. При анализе средней продолжительности операций значимых различий не выявлено. Общая продолжительность операции при ТЕР (в среднем 90 мин.), длительность операции по методу ТАРП (в среднем 80 мин.). Длительность госпитализации больных в обеих группах была одинакова и не превышала 3 дней. Выводы. Более выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде после герниопластики методом трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики. Количество осложнений в раннем послеоперационном периоде реже встречается у пациентов после герниопластики методом тотальной экстраперитонеальной герниопластики. Метод ТЕР у больных с двусторонней паховой грыжей имеет преимущество перед методом ТАРП.

1446. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЛАПАРОСКОПИЯ АДЕКВАТНОЙ АЛЬТЕРНАТИВОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ СТАБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ?

*Панкратов А.А.(1,2), Израилов Р.Е.(1),
Хатьков И.Е.(1)*

Москва

1) МГМСУ, 2) ГКБ №68 ДЗМ

Введение. Многочисленные сообщения последних лет свидетельствуют о том, что применение видеолапароскопии при абдоминальной травме позволяет не только диагностировать, но и во многих случаях произвести коррекцию повреждений. Несмотря на это традиционная хирургическая тактика по-прежнему диктует обязательность экстренной лапаротомии при проникающем ранении брюшной полости или наличии гемоперитонеума при закрытой травме. Цель Улучшить результаты лечения больных с абдоминальной травмой путем



применения диагностической и лечебной лапароскопии.

Материалы и методы. Период – январь 2007 – январь 2016 гг. Дизайн исследования: набор пациентов в основную группу проводился проспективно, в группу сравнения ретроспективно. Критериями включения в обе группы были стабильность гемодинамики, малый объем гемоперитонеума (до 500 мл), отсутствие перитонита. Основная группа Видеолапароскопия в лечебно-диагностическом алгоритме использована в 102 наблюдениях, 82(80.4%) мужчины и 20(19.6%) женщин, в возрасте 37 ± 1.8 года. Открытая травма – 24 наблюдения: 23(95.8%) – колото-резаные, 1(4.2%) – огнестрельное и 78 – закрытая травма: 30(38.5%) – изолированная и 48(61.5%) – сочетанная. Группа сравнения Традиционным способом оперированы 117 пациентов: 43 – с колото-резанными ранениями брюшной полости и 74 – с закрытой травмой живота. Средний возраст 38 ± 11.5 . В группу сравнения включены все пострадавшие, поступившие в клинику за указанный период и соответствовавшие критериям отбора в основную группу. Результаты Открытая травма Операции, выполненные лапароскопическим способом: резекции либо коагуляция большого сальника – 3, ушивания ранения брыжейки кишки – 2, коагуляция раны передней брюшной стенки – 2, коагуляции раны печени – 3, коагуляция раны матки – 1, лапароскопически ассистированное ушивание ран тонкой и толстой кишки из минидоступа – 1, диагностическая лапароскопия – 10. Конверсия – 4. Чувствительность лапароскопии – 92.3%, специфичность – 90.9% и точность 91.6%. Окончательным методом лечения лапароскопия явилась в 76.9%. Осложнения – 2(10%), пропущенные ранения – 0, повторные операции – 0, летальные исходы – 0. При сравнении со второй группой: снижение частоты осложнений в 2.5 раза ($p=0.77$), сокращение сроков госпитализации в 1.9 раза.

1447. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

*Романчишен А.Ф., Махароблишвили Д.В.,
Кузьмичев А.С., Акинчев А.Л.*

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО СПбГПМУ

Причиной тиреотоксикоза у беременных могут быть ДТЗ, узловой или многоузловой зоб, хаситоксикоз, а также транзиторный гестационный тиреотоксикоз (ТГТ). Тиреотоксикоз при беременности встречается довольно редко. ДТЗ во время бере-

менности выявляется в 0,1- 0,4 % наблюдений, а ТГТ примерно у 2-3 % беременных. Несмотря на это, гипертиреоз значительно осложняет течение беременности. Беременность у женщин с патологией щитовидной железы часто сопровождается не только ТГТ, а такими осложнениями, как угроза выкидыша и преждевременных родов, внутриутробная гипоксия и асфиксия плода в родах. Ввиду того, что хорионический гонадотропин, из-за структурной схожести с тиреотропным гормоном (ТТГ), оказывает стимулирующее действие на щитовидную железу, происходит снижение ТТГ на фоне высокой концентрации хорионического гонадотропина в первом триместре беременности. По данным разных авторов, у 10 % беременных помимо подавления ТТГ повышается уровень свободного тироксина (Т4- св.). Эти изменения не носят патологический характер, однако требуют дифференциальной диагностики с ДТЗ и другими заболеваниями, сопровождающимися тиреотоксикозом. ТГТ, как правило, не представляет опасность для беременной и плода, и не требует лечения. Однако, эти пациенты должны находиться под наблюдением эндокринолога. Известно что, во время беременности изменяется активность иммунной системы. Механизм этого процесса до конца не установлен, однако доказано, что с развитием беременности происходит снижение уровня антитиреоидных антител, иногда до полного их исчезновения (А.В. Древаль, Т.П. Шестакова, О.А. Нечаева, 2012 г.). Это необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики ДТЗ и ТГТ в первом триместре беременности. Дифференциальная диагностика ДТЗ и ТГТ основывается на выявлении зоба, антител к рецепторам ТТГ, эндокринной офтальмопатии и претибиальной микседемы. Беременность является абсолютным противопоказанием для проведения сцинтиграфии и радиойодтерапии. Методом выбора лечения тиреотоксикоза во время беременности является консервативная терапия антитиреоидными препаратами (пропилтиоурацил в первом триместре и тиамазол во втором триместре беременности). Использование блокирующего режима заместительной терапии L-тироксинам противопоказано, так как может вызвать гипотиреоз у плода. В случае неэффективности медикаментозной терапии (тяжелое течение тиреотоксикоза и необходимость приема высоких доз тиреостатиков, аллергические реакции на антитиреоидные препараты и выраженная лейкопения), а также зобе больших размеров, шейно-загрудинной его локализации, подозрении на рак при узловом токсическом зобе - показано хирургическое лечение. Учитывая, что в первом триместре беременности высока вероятность спонтанного аборта, а в третьем триместре – преждевременных родов, хирургическое лече-



ние необходимо проводить во втором триместре беременности. В Санкт-Петербургском центре хирургии органов эндокринной системы за период 1995-2014 гг. были оперированы 15 больных с тиреотоксикозом во втором триместре беременности. Средний возраст больных 29 лет. У 13 пациентов хирургическое лечение было выполнено по поводу ДТЗ, 2 больных оперированы по поводу многоузлового токсического зоба. 9 пациентов, из общего числа оперированных, страдали рецидивирующим тиреотоксикозом, у 3 больных имело место аллергия на анти тиреоидные препараты, а 3 – были оперированы из-за неэффективности медикаментозной терапии. У 6 пациентов зоб больших размеров и вызывал компрессию органов шеи. Всем пациентам проводилась предоперационная подготовка в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению тиреотоксикоза. Пациенты в качестве анти тиреоидной терапии в первом триместре беременности получали пропилтиоурацил (ПТУ), также β -блокаторы. В случае неэффективности консервативной терапии, в качестве лечения и предоперационной подготовки, проводился плазмаферез. Приводим клиническое наблюдение лечения тиреотоксикоза во время беременности. Больная Т., 32 лет поступила с жалобы на сердцебиение, дрожание рук, раздражительность, чувство жара, потливость, похудание. Из анамнеза известно: в апреле 2010г. – впервые диагностирован ДТЗ. Тиреостатическая терапия (мерказолил), β -блокаторы. В феврале 2012 г. – рецидив тиреотоксикоза. Получала тиразол. Тиреотоксикоз был снят. В момент обращения в клинику (апрель 2013 г) – беременность 8 нед. При осмотре обращает внимание: щитовидная железа увеличена, нарушает конфигурацию шеи, плотная, однородная, б/болезненная. Кожные покровы влажные. Тремор рук. ЧСС до 110 уд/мин. Экзофтальм. УЗИ – ЩЖ однородная, узлов не содержит. Общий объем ЩЖ 142 мл. ТТГ - 0,001 мЕд/л, Т4-св -32 пмоль/л, Т3-св - 12,8 пмоль/л, АТ/ТГ - 10 Ед/мл, АТ/ТПО - 0 Диагноз: Диффузно-токсический зоб IV ст. Тиреотоксикоз средней ст. тяжести, рецидивирующее течение. Экзофтальм. Проводилась тиреостатическая терапия (Припилтиоурацил 0,3 г/сут. в I триместре беременности и тиразол в II триместре), β -блокаторы. На 16 нед беременности выполнены 2 сеанса плазмафереза. Уровень гормонов перед плазмаферезом: ТТГ-0,01мЕд/л. Т4-св-28пмоль/л, Т3-св-10.5пмоль/л АТ/ТГ-10Ед/мл АТ/ТПО-0 Показания к хирургическому лечению: рецидивирующее течение тиреотоксикоза, неэффективность тиреостатической терапии в период беременности. 07.06.2013 выполнена тиреоидэктомия На 3 сутки выписана на амбулаторное лечение по месту жительства в удовлетворительном состоянии. Заместительная гормонотерапия

L-тироксинам под контролем гормонов ЩЖ. Роды в срок. Родила здорового ребенка. Выводы: 1. При выявлении подавленного уровня ТТГ в первом триместре беременности у всех пациентов необходимо определить уровень св. Т4 и Т3, а также АТ/рТТГ с целью дифференциальной диагностики ДТЗ и ТГТ. 2. Препаратом выбора в первом триместре беременности является пропилтиоурацил. 3. В случае неэффективности консервативной терапии в качестве лечения и предоперационной подготовки показан плазмаферез.

1448. ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ MIRIZZI

Сорокин В.Г., Ильенко Г.А., Березин А.И., Быстров Д.С.

Сергиев Посад

Филиал №4 «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко»
Минобороны России

Представляем клиническое наблюдение синдрома Mirizzi при использовании магнитно-резонансной панкреатохолангиографии для диагностики и выбора варианта хирургической тактики лечения. Приводим собственное наблюдение: Больная Б., 64 лет госпитализирована 7.04.14г. по неотложной помощи с диагнозом: острый холецистит, холедохолитиаз, реактивный панкреатит, механическая желтуха. При поступлении состояние больной средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые желтушны. АД 140/90 мм рт. ст., пульс 84. Язык сухой, у корня белый налет. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. УЗИ: желчный пузырь S-образно изогнут, 11x3,9 см, стенки утолщены до 4мм в теле и до 6 мм в шейке. В области шейки фиксированный конкремент 19x15 мм. Холедох не виализируется. ФГДС: поверхностный желчный гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс. БДС расположен в типичном месте, слизистая его не изменена, оток желчи порционно. КТ: Желчный пузырь 80x38 мм, определяется локальное утолщение стенки в дне до 11 мм, в области шейки до 6мм, содержимое жидкость, плотность которой в пределах нормы, в шейке определяется конкремент 20x16мм. МРпанкреатохолангиография (сверхвысокопольный MPT GE SIGNA HDxt с напряженностью магнитного поля 3.0 Тесла): очаговых изменений в печени не выявлено, расширены правый печеночный проток 9-11 мм, левый 9



мм, общий печеночный 9 мм, визуализируется на протяжении 13 мм, остальная часть (до холедоха, около 13 мм) не визуализируется, сдавлен конкрементом шейки желчного пузыря, общий желчный проток не расширен 4 мм, визуализируется на протяжении 63 мм. Желчный пузырь увеличен 80x36 мм, стенки утолщены (в дне участок утолщения 12x37x28 мм), в области шейки определяется конкремент размерами 20x15 мм. Заключение: Желчнокаменная болезнь, камень шейки желчного пузыря, сдавление общего печеночного протока камнем (синдром Mirizzi). Билиарная гипертензия. В биохимическом анализе крови отмечается повышение уровня общего билирубина до 165 мкмоль/л, прямого билирубина до 42,4 мкмоль/л, непрямого билирубина до 123 мкмоль/л, АЛТ до 486 Е/л, АСТ до 521 Е/л, щелочная фосфатаза до 528 Е/л, ГТТП до 324 Е/л. В клиническом анализе крови лейкоциты $7,4 \times 10^9$ /л, палочек 8%, СОЭ 15 мм/ч. Диагностирована желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Синдром Mirizzi. Механическая желтуха. Рак желчного пузыря? 10.04.11г. выполнена операция верхне-средняя лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу, дренирование брюшной полости. В правом подреберье выраженный спаечно-инфильтративный процесс. Желчный пузырь 11x3 см, напряжен, в области дна определяется бугристое опухолевидное образование до 2 см, хрящевидной плотностью, не проростающее в печень. Заподозрена опухоль желчного пузыря. Произведена атипичная резекция V сегмента печени с последующим субсерозным выделением желчного пузыря от дна и осечением его над камнем. Рассечен гепатикохоледох над камнем, удален конкремент 2x1,5 см. Диагностирован свищ между шейкой желчного пузыря и общим печеночным протоком до 1/2 окружности протока. Гепатикохоледох в месте удаленного конкремента представлен полостью 3x2x2 см. (синдром Mirizzi III типа). Произведено дренирование гепатикохоледоха дренажом Кера, с закрытием передней стенки лоскутом из стенки пузырного протока. Интраоперационная холангиография: заполнение контрастом желчевыводящих протоков печени, общего желчного протока с поступлением контраста в 12 перстную кишку. Гистологическое исследование: хронический холецистит, фиброз всех слоев стенки. Ксантоматоз слизистой оболочки. Злокачественные клетки не найдены. Вывод: при развитии высокоинформативных неинвазивных методов диагностики этот опыт позволяет увеличить частоту предоперационной диагностики синдрома Mirizzi, уменьшить количество осложнений при применении инвазивных методов диагностики и позволяет прогнозировать варианты хирургического лечения данной патологии.

1449. ОДОНТОГЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ И КОНТАКТНЫЙ НИСХОДЯЩИЙ МЕДИАСТИНИТ

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

Чебоксары

- 1)БУ "Республиканская клиническая больница",
- 2)БУ "Больница скорой медицинской помощи",
- 3)ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова"

Актуальность. Одонтогенная флегмона шеи и контактный нисходящий медиастинит остаются тяжелейшими и опасными для жизни формами хирургической инфекции мягких тканей. Несвоевременное распознавание флегмоны шеи одонтогенного происхождения, позднее оперативное лечение объясняют значительную частоту контактных нисходящих медиастинитов (НМ). Характерной особенностью НМ является трудность диагностики, исключительная тяжесть течения и высокая летальность достигающая 70% и выше. Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения пациентов НМ одонтогенного происхождения. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 50 пациентов в возрасте от 23 до 75 лет (Me 44 года; Mo 36 лет). Средний возраст $46,0 \pm 1,3$ лет. Мужчин было 38 (76%), женщин - 12 (24%). Флегмоны шеи развивались при осложненном течении периостита, периодонтита, остеомиелита челюсти. «Причинными» зубами у 40 являлись моляры (чаще второй и третий) нижней челюсти, у 8 нижнечелюстные премоляры, в 2 случаях – моляры верхней челюсти. Сроки поступления в челюстно-лицевое отделение с момента начала заболевания от 32 часов до 14 суток (Me 4,5 дня, Mo 4 дня), в среднем $7,0 \pm 0,2$ дня. В сроки от 1 до 3 суток поступили 13 (26%), с 4 до 7 – 33(66%), с 8 и более – 4 (8%). Причины поздней госпитализации: несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью – 42, диагностические ошибки на догоспитальном этапе – 8. Клиническая картина пациентов складывалась из симптомов основного заболевания, эндогенной интоксикации, локальных проявлений воспалительного процесса на шее и средостении и возникших осложнений. По тяжести состояния при поступлении по APACHE II пациенты распределялись следующим образом: от 5 до 10 баллов – 13 пациентов; от 11 до 15 баллов – 13; от 15 до 20 баллов – 15; свыше 20 баллов – 9. У 21 пациента (42%) имелись сопутствующие заболевания. У 10 установлено одно сопутствующее заболевание, у 9 – два, у двоих – три. Наиболее часто встречались



заболевания сердечнососудистой системы. Сопутствующие заболевания утяжеляли состояние больных и течение заболевания. 29(58%) пациентов злоупотребляли алкоголем. Кроме клинического осмотра, лабораторных данных диагностические мероприятия включали полипозиционное рентгенологическое исследование шеи и грудной клетки. Расширение тени верхнего средостения отмечено в 32 случаях, расширение тени заглочного пространства у 19 больных, наличие газа в мягких тканях и ретрофарингеальном пространстве – у 15. Компьютерная томография шеи и органов грудной клетки поведена в 13 случаях. После кратковременной предоперационной подготовки все пациенты оперированы. У 25 пациентов с одонтогенной флегмоной шеи на первом этапе проводилось широкое вскрытие и дренирование очагов первичной инфекции, при распространении инфекции в средостение проводилась медиастинотомия. У 25 пациентов медиастинотомия проведена одновременно со вскрытием первичного очага инфекции. Число пораженных клетчаточных пространств шеи был от 3 до 7, в среднем 4 на одного больного. По частоте поражения лидировали окологлоточное, поднижнечелюстное клетчаточные пространства, подкожная клетчатка переднего отдела шеи, крыловидно-челюстное клетчаточное пространство. НМ у пациентов с одонтогенной флегмоной шеи был следующим: передний и задний верхний – 20 (40%), передний верхний – 15 (30%), передний и задний тотальный – 8 (16%), задний верхний – 4 (8%), передний тотальный - 3 (6%). У 47 применены внеплевральные способы дренирования средостения, у троих - внеплевральные доступы в сочетании с торакотомией. В комплексе послеоперационного лечения кроме традиционных методов применялись непрямая электрохимическая детоксикация организма, сеансы гипербарической оксигенации, АУФОК, плазмаферез. Осложнения возникли у 39 пациентов (у всех имелась клиника сепсиса). У 22 наблюдалось одно осложнение, у 10 – два, у 4 – три, у 3 – четыре. Выздоровело 33. Среднее пребывание их в стационаре $39 \pm 1,4$ дня. Умерло 17 (34%). Летальность от сроков поступления: от 1 до 3 суток – 2(15,4%); от 4 до 7 суток – 12(36,4%); свыше 8 суток – 3(75%). Причины летальных исходов: 1) прогрессирование гнойного процесса с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности у 15; 2) тромбоз легочной артерии на фоне прогрессирования гнойно-воспалительного процесса у 2. Заключение. Одонтогенная флегмона шеи и НМ чаще развиваются у мужчин трудоспособного возраста как осложнение периостита, периодонтита и остеомиелита нижней челюсти. При НМ показана медиастинотомия внеплевральными доступами, при развитии тотального медиастинита

– боковая торакотомия. Высокая летальность при НМ обусловлена поздней госпитализацией больных, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и развитием тяжелых гнойных осложнений.

1450. ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

*Волков И.Е., Иваненков И.М.,
Седов В.В., Фетисов С.Н.*

Иваново

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая
больница»

Актуальность: среди наиболее частых (в 10-30% случаев) стрессогенных осложнений ожоговой болезни встречаются острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Главными их особенностями являются: бессимптомное течение; множественный характер поражения слизистой; высокая опасность кровотечений (их частота колеблется от 10 до 22%). Возникшее желудочно-кишечное кровотечение приводит к значительному ухудшению прогноза заболевания и увеличению летальности, особенно у тяжелообожженных (до 70-80%). Цель исследования: оценить эффективность ранней комплексной профилактики желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с ожоговой болезнью. Материал и методы. В период с 2011 по 2016 год в хирургическом отделении для взрослых Ивановской областной клинической больницы пролечено 126 больных с термическими ожогами I-II-III степени (по МКБ-10) общей площадью более 15% или с глубокими ожогами более 10% поверхности тела, поступивших с клиникой ожогового шока. Возраст пациентов составлял от 16 до 96 лет (в среднем $53,2 \pm 1,7$ года), среди которых было 82 (65,1%) мужчины и 44 (34,9%) женщины. Общая площадь ожогов варьировала от 15 до 95% поверхности тела (в среднем составила $32,2 \pm 1,7$ %). В зависимости от общей площади выделены 3 группы пациентов: 1-я группа (15-30%) – 72 (57,1%) человека; 2-я (30-50%) – 33 (26,2%) человека; 3-я (более 50%) – 21 (16,7%) человек. У большинства (106 пациентов) были глубокие ожоги, их площадь в среднем составляла $15,1 \pm 1,3$ % поверхности тела. Профилактика эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ прежде всего заключалась в своевременном и адекватном лечении основного заболевания (в частности ожогового шока). В качестве специфической профилактики, начиная с первых суток от момента поступления, назначались:



антисекреторные препараты, раннее энтеральное (в том числе зондовое) питание, антациды (альмагель, фосфолюгель), метаболическая терапия (препараты янтарной кислоты, актовегин). В качестве антисекреторной терапии использовались ингибиторы протонной помпы (контролок, некسيوم) вводимые парентерально по 40 мг каждые 12 часов. По мере стабилизации состояния больного проводилась их замена пероральной прием. В первые 3 суток от момента получения травмы выполняли диагностическую ФЭГДС. 22 пациентам в виду крайне тяжелого состояния и неблагоприятного прогноза для жизни ФЭГДС не выполнялась: после смерти они были подвергнуты аутопсии. Результаты. При ФЭГДС у 104 ожоговых больных наличие эрозивно-язвенного процесса выявлено у 30 пациентов. У 22 больных, которым ФЭГДС не выполнялось, при аутопсии острые эрозии и язвы выявлены у 7. Таким образом, среди всех 126 пролеченных пациентов эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ выявлены у 37 (29,4%). Частота развития данного осложнения ожоговой болезни росла по мере увеличения общей площади ожогов: в 1-й группе – у 15 (20,8%), во 2-й группе – у 13 (39,4%), в 3-й группе у 9 (42,9%) пациентов. В подавляющем большинстве случаев клинических проявлений эрозивно-язвенных поражений не наблюдалось, только у 2 (5,4%) больных были отмечены такие симптомы как слабые ноющие боли в эпигастрии и тошнота. Стрессовые язвы чаще всего локализовались в теле и антральном отделе желудка (у 27 человек) и луковице двенадцатиперстной кишки (у 13 человек), при этом в 70% они были множественными и их диаметр не превышал 1 см. На фоне проводимого лечения желудочно-кишечное кровотечение (гемодинамически незначимое) было выявлено только у 1 (2,7%) пациента с общей площадью ожога 36%. Был выполнен эндоскопический гемостаз с положительным эффектом. Общая летальность составила 31% (39 пациентов). У 12 (30,8%) из них были выявлены эрозивно-язвенные поражения. В 1-й группе пациентов умерло 11 (15,3%), во 2-й - 12 (36,4%), в 3-й - 16 (76,2%) человек. Выводы. Проведение ранней комплексной профилактики острых эрозий и язв ЖКТ у пациентов с ожоговой болезнью позволяет значительно снизить риск кровотечений из них, даже у пострадавших с критическими ожогами. Диагностика данного осложнения возможна только при ФЭГДС.

1451. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИНВАЗИВНОГО РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ (ТЕХНОЛОГИЯ N.O.S.E.)

Пучков К.В. (1,2), Пучков Д.К. (2)

Москва, 2) Рязань

- 1) Швейцарская университетская клиника, Москва, Россия
- 2) ФГБОУ ВО РязГМУ им акад. И. П. Павлова, кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, Рязань, Россия

Актуальность. Лапароскопический метод лечения в настоящее время становится золотым стандартом радикального лечения инвазивного ретроцервикального эндометриоза поражением толстой и тонкой кишки. При коррекции данного заболевания используются две методики: шейвинг и резекция. При отсутствии прорастания эндометриодным инфильтратом всей стенки кишки оптимально использовать методику шейвинга – сбивания, с последующим укреплением зоны иссечения однорядным узловым швом. Это условие должно выполняться при операциях, как на толстой, так и тонкой кишке. При поражении всей толщи кишки единственным методом операции является резекция измененного участка. В этой ситуации хирург не должен забывать об органосохраняющем принципе и резецировать только пораженный участок, максимально сохраняя непораженную часть кишки. Непременными условиями выполнения «правильной» резекции толстой кишки являются: 1) снижение латеральных границ резекции - выполнение мобилизации по внутреннему слою; 2) уменьшение дистальной границы резекции - минимальное отступление (0,5 – 1 см) от пораженного участка прямой кишки и извлечение препарата кишки с учетом анатомических и интраоперационных особенностей конкретного пациента. Общепринятым способом извлечения препарата является минилапаротомия по Пфанненштилю, либо извлечение через дополнительный разрез на передней брюшной стенке, однако, в настоящий момент все большее число хирургов отдает предпочтение новому направлению в лапароскопии – извлечение резецированного препарата через естественные отверстия (N.O.S.E. хирургия), которое прочно заняло свое место. Извлечение препарата через влагалище или прямую кишку позволяет в большинстве случаев полностью отказаться от выполнения лапаротомии, что, в свою очередь, снижает уровень хирургической



травмы, приводит к более быстрому восстановлению в послеоперационном периоде, снижает уровень послеоперационной боли и минимизирует вероятность развития осложнений со стороны раны. Именно это обстоятельство индуцировало появление нашей работы.

Цель: проанализировать результаты операций с извлечением резецированного препарата толстой кишки трансабдоминально и по технологии N.O.S.E., в зависимости от локализации и протяженности патологического процесса и показать возможности лапароскопического доступа в хирургическом лечении эндометриодных поражений тонкой кишки.

Материалы и методы: За период времени с 2007 по январь 2017 годы выполнено 552 операции по поводу ретроцервикального эндометриоза, из них – 87 операции – циркулярная резекция толстой кишки. Средний возраст пациенток был 34,5 года, индекс массы тела (ИМТ) от 22,2 кг/м² до 29,3 кг/м². Из 87 операций, в 45 (51,9%) случаях выявлено эндометриодное поражение прямой кишки, в 42 (48,1%) случаях – сигмовидной кишки. В 25 (26%) случаях помимо резекции кишки, была выполнена резекция стенки влагилица. Результаты предоперационного обследования показали, что из 45 случаев, в 10 (25%) случаях локализация эндометриодного поражения кишки – среднеампулярный отдел, в 32 (75%) случаях – верхнеампулярный отдел, ниже ректосигмоидного перехода. Результаты Все 87 циркулярные резекции были успешно выполнены. У 39 пациенток выполнена резекция сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области, путем удлинения троакарного разреза. В 34 случаях, при локализации очага в верхнеампулярном отделе, выполнена резекция толстой кишки с последующим извлечением через мини разрез по Пфанненштилю. В 11 случаях, при поражении средне-ампулярного отдела прямой кишки, выполнена экономная резекция участка прямой кишки с извлечением препарата трансвагинально и в 3 случаях - резекция участка прямой кишки с извлечением препарата трансанально. Трансвагинальная экстракция кишки была показана только при выполнении симультанной супрацервикальной гистерэктомии или резекции стенки влагилица. Время операции варьировало от 72 минут (при резекции сигмовидной кишки с извлечением препарата в левой подвздошной области) до 126 минут – при трансанальной экстракции резецированного препарата. Патологоанатомическое исследование препарата показало, длина резецированного препарата варьировало от 5 до 12 см, при этом отступ от эндометриодного очага колебался от 0,6 до 1,8 см. Время нахождения в стационаре - от 3,7 до 4,5 суток. Из 87 пациенток, у 11(12,6 %

в послеоперационном периоде возникла необходимость катетеризации мочевого пузыря до 4-х суток и назначении препарата «Кардура» до 3-х недель. Возникновение данного осложнения мы связываем с сопутствующим эндометриодным поражением мочевого пузыря и выполнением обширной диссекцией в этой зоне. У 16 пациенток во время операции было выявлено поражение подвздошной кишки (от 3 до 16 очагов) размерами по 2-7 мм на расстоянии 4-5 см друг от друга. У трех пациенток, в связи с выраженной де-формацией и стенозом просвета до 3-4 мм, была выполнена резекция кишки с наложением однорядного анастомоза конец в конец, причем в двух случаях в 2 см от илеоцекального угла. У остальных 13 пациенток, был выполнен шейвинг очага без вскрытия просвета кишки, с последующей перитонизацией зоны диссекции. Несостоятельности швов в нашем исследовании не отмечено. Выводы Полученные данные свидетельствуют о возможности выполнения такого рода операций, используя малоинвазивные доступы. Для каждого из методов извлечения препарата существуют свои показания и противопоказания, соблюдение которых делает подобные органосберегающие операции исключительно безопасными, на фоне значительного улучшения отдаленных результатов.

1452. ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А., Василенко И.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К.

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность: Колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, протективной илеостомией является оптимальным видом реконструктивно-восстановительного вмешательства при язвенном колите (ЯК). Оставление слизистой в минимальной культе прямой кишки, сохраненной для формирования анастомоза, всегда несет угрозу обострения резидуального ЯК с необходимостью постоянной противорецидивной специальной терапии.

Цель работы: Оценить возможность выполнения и результаты реконструктивно-восстановительного



хирургического лечения пациентов с резистентными и осложненными формами ЯК. Разработать способ мукозэктомии культи прямой кишки, снижающий риск возникновения резидуального ЯК и обеспечивающий улучшение функциональных результатов.

Материалы и методы: За период с 2012 по 2016 год в клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе Донецкого колопроктологического центра 70 пациентов были оперированы по поводу ЯК. Реконструктивно-пластические вмешательства в один или несколько этапов выполнены 37 пациентам. 22 пациентам выполнена стандартная колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, протективной илеостомией. 15 пациентам выполнен новый тип вмешательства. Выполняют колпроктэктомию, формируют стандартный илеальный резервуар. Культю прямой кишки выворачивают слизистой оболочкой наружу и поэтапно выполняют высокочастотную электротермическую мукозэктомию при помощи инструмента LigaSure Precise Plus (Covidien). После погружения культи в полость малого таза формируют стандартный илео-поуч-ректальный механический циркулярный анастомоз и протективную илеостому. С целью динамического наблюдения за состоянием культи прямой кишки всем пациентам проводили биопсию культи прямой кишки с последующим морфологическим исследованием. Результаты: Разницы между структурой и количеством послеоперационных осложнений отмечено не было. За время динамического наблюдения явлений культи у пациентов, перенесших вариант колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией, не возникало. Динамическое патогистологическое исследование показало следующую тенденцию: Уже в первые дни после выполнения высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки гнойный экссудат помогает отторжению поврежденного эпителия и очищению раны. В первые месяцы после операции происходит выраженная пролиферация многослойного плоского эпителия анального канала для закрытия дефекта слизистой оболочки и одновременная перестройка его с появлением несвойственной ему функции продукции муцина, с формированием в пласте многослойного плоского эпителия подобия кишечных крипт с большим числом бокаловидных клеток. Через 1-1,5 года кишечные крипты толстокишечного типа появляются вне пласта многослойного плоского эпителия среди созревающей грануляционной ткани.

Во вновь сформированных толстокишечных криптах нет признаков ЯК. Функциональные результаты при выполнении высокочастотной электротермической мукозэктомии культи прямой кишки не отличались от таковых при выполнении стандартного оперативного вмешательства. Выводы: Предложенный новый вариант хирургического лечения ЯК, заключающийся в колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культи прямой кишки и протективной илеостомией, позволяет полностью удалить слизистую оболочку культи прямой кишки, что исключает риск возникновения культи, как проявлений резидуального ЯК, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

1453. ВАРИАНТЫ КАТЕТЕРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН

*Суковатых Б.С.(1), Мурадян В.Ф.(2),
Серединский А.В.(3), Азаров А.М.(2),
Лапинас А.А.(2), Хачатрян А.Р.(2)*

1)Курск 2)Орел 3)Орел

- 1) Курский государственный медицинский университет,
- 2) БУЗ Орловской области «ООКБ»,
- 3) Медицинский институт Орловского гос. университета им. И.С. Тургенева

Цель исследования: оценить результаты применения различных вариантов регионарного катетерного тромболиза и эндоваскулярной тромбэктомии в лечении острого тромбоза глубоких вен. Материалы и методы: нами проведен анализ лечения, лабораторного, флебографического и ультразвукового обследования 34 больных острым тромбозом глубоких вен. Илеофemorальный тромбоз обнаружен у 11(32,4%), бедренно-подколенный – у 23(67,6%) больных. Мужчин было 14(41,2%), женщин – 20(58,8%). Возраст больных колебался от 35 до 78 лет. Средний срок с момента развития ТГВ до поступления в стационар составил 9,9±1,4 суток. Больные были разделены на три однородные группы по полу, возрасту, длительности заболевания и распространенности тромбоза. В первую группу вошли 16(47%) пациентов эндоваскулярное хирургическое лечение которым выполнялось с применением катетер-у-



правляемого тромболитика препаратом Урокиназа. Был использован специализированный периферический катетер Крег-Макнамара и Фонтейн диаметром 4-5 F с микроперфорационными отверстиями. Тромболитис осуществлялся под рентгенконтролем с погружением рабочей части катетера в тромб и выходом его дистального кончика на уровне головки тромба в течение 24-48 часов. Вторую группу составили 10(29,5%) пациентов, лечение которых осуществлялось с применением методики фармакомеханического тромболитиса в два этапа. На первом этапе в течение 24-48 часов катетером Крег-Макнамара или Фонтейн препаратом Урокиназа производили катетер-управляемый тромболитис под рентгенологическим контролем. Вторым этапом непосредственно после катетерного тромболитиса и рентгенологического и ультразвукового контроля его эффективности выполняли эндоваскулярную тромбэкстракцию устройством для механической экстракции AspirixStraub диаметром 6-8F. 8(23,5%) пациентам третьей группы применялась только методика эндоваскулярной тромбэкстракции устройством Aspirix Straub диаметром 6-8F. До и после вмешательства все пациенты получали одинаковую консервативную терапию: Ривароксабан в суточной дозе 30 мг, нестероидные противовоспалительные препараты (Ортофен 100мг/сутки, Диклофенак 100 мг/день), флеботоник (Детралекс 1г/сутки). Контрольную флебографию пациентам 1 и 2 групп повторяли спустя 5-6 часов после окончания тромболитиса для визуализации степени лизиса тромба и контроля положения дистального конца катетера для его коррекции, у пациентов 3 группы – непосредственно после проведения операции. Компрессионное дуплексное ангиосканирование проводили через 1,3,6 суток. Результаты лечения оценивали путем объективного обследования больных, дуплексного сканирования венозной системы нижних конечностей, анализа флебограмм. Результаты: из 16(100%) пациентов первой группы полная реканализация непосредственно после операции достигнута у 4(25%), частичная у 8(50%) и минимальная у 4(25%) пациентов. 14(87,5%) пациентов этой группы отметили выраженный регресс отека и болевого синдромов. Парестезии и тяжесть в конечности отмечали только 2(12,5%) пациентов этой группы. Из 10(100%) больных во второй группе полная реканализация отмечалась у 4(40%), частичная - у 5(50%) и минимальная - у 1(10%) пациента. В послеоперационном периоде зуд, тяжесть и парестезии в конечности отмечали 2(20%) пациентов, болевой синдром отсутствовал у всех пациентов, регресс отека и болевого синдрома выявлен у 9(90%) больных. Из 8(100%) пациентов третьей группы полная реканализация не достигнута ни у одного, частичная - у 5(62,5%), а минималь-

ная - у 3(37,5%) пациентов. Клиническое улучшение отметили 4(50%) пациента, оно выражалось в уменьшении болевого синдрома, отек конечности сохранялся у всех больных. Суммарно во всех группах больных полное восстановление проходимость тромбированных вен достигнуто у 8(23,5%), частичное – у 18(53%), минимальное – у 8(23,5%) больных. Геморрагических осложнений выявлено не было. Выводы: регионарный катетер-управляемый тромболитис в сочетании с эндоваскулярной тромбэктомией являются эффективными и безопасными методами лечения больных с острым тромбозом глубоких вен.

1454. РОЛЬ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭВЛО ВАРИКОЗНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ

Пахомов Е.А., Деркачев С.Н., Ремезов А.В.

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России)

При эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО), с целью профилактики ЭВЛО индуцированных тромбозов глубоких вен, одной из главных составляющих послеоперационного ведения больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей большинством авторов признается необходимость непрерывной ходьбы непосредственно после операции. Немалую часть пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении варикозной болезни, составляют больные с патологией опорно-двигательного аппарата, в частности – артрозами суставов, что ограничивает подвижность нижних конечностей и в некоторых случаях исключает ходьбу после операции. Вопрос ведения пациентов с коксартрозами и гонартрозами 3 и 4 стадий в раннем послеоперационном периоде при выполнении им ЭВЛО магистральных вен остается открытым. Цель: определить эффективность и возможность применения перемежающейся пневмокомпрессии после выполнения ЭВЛО магистральных вен у ограниченно подвижных пациентов с варикозной болезнью. Методика: В период с января 2015 года по декабрь 2016 года в ФГБУ «СПМЦ» МЗ РФ методом эндовенозной лазерной облитерации варикозных вен пролечено 2010 пациентов, у которых



выполнено 2590 операций. Использовался диодный лазер с излучением длиной волны 1470 нм. Операция выполнялась под тумесцентной анестезией раствором Лидокаина 0.1% под контролем дуплексного ангиосканирования. Одновременно выполнялась минифлебэктомия или пенная склеротерапия варикозно расширенных притоков. Антикоагулянтная профилактика нами применялась только у пациентов, имеющих высокий риск развития ВТЭО. В анализ данного исследования вошли 37 пациентов с деформирующим артрозом крупных суставов нижних конечностей, готовящихся к плановой операции — эндопротезированию тазобедренного или коленного сустава. Пациенты не могли непрерывно ходить более чем 10-15 минут ввиду возникновения выраженных болей в суставах. Всем этим больным применялась аппаратная перемежающаяся пневмокомпрессия в течение 3 часов, непосредственно после операции.

Результаты: После вмешательства пациентам создавалась постоянная эластическая компрессия оперированной конечности минимум на 24 часа. Использовался компрессионный трикотаж 2-го класса. Затем, в течении 2-3 недель, трикотаж носился ежедневно, за исключением времени приема душа и сна. У пациентов с ограниченной подвижностью, сразу после операции применялась перемежающаяся аппаратная пневмокомпрессия с максимальным создаваемым давлением в манжетах от 70 до 100 мм рт.ст. в течении 3 часов. Уровень давления подбирался с учетом ощущений пациента. Далее, в первые сутки после операции, этим пациентам рекомендовалось находиться преимущественно в положении лежа. Первый осмотр пациентов после ЭВЛО выполнялся в 1-2-е сутки (но не ранее, чем через 24 часа после процедуры). При этом выполнялось дуплексное ангиосканирование для оценки состояния сафенофemorального/сафенопопliteального соустья и визуализации глубокой венозной системы. Последующие осмотры, с дуплексным исследованием вен нижних конечностей у пациентов анализируемой группы, производились на 5-7 и 12-14-е сутки. Других особенностей ведения больных с ограниченной подвижностью не было. Ни у одного пациента, у которых применялся метод перемежающейся пневмокомпрессии, не выявлено признаков флeбoтpомбoзoв глyбoких и пoвepxнocтнoх вeн либo дpyгих вeнoзныx тpомбoэмбoличeских oслoжнeний. Выводы: Применение автоматической перемежающейся пневмокомпрессии сразу после ЭВЛО магистральных вен, у больных с ограниченной подвижностью, может быть использован как один из элементов профилактики ЭВЛО индуцированных тромбозов при невозможности выполнения рекомендации активной ходьбы в раннем послеоперационном периоде. Требуется дальней-

шее накопление опыта и изучение данного вопроса на большем числе наблюдений.

1455. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПОЗИТНЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ДЛЯ ГЕРНИОРАФИИ

Пучков К.В. (1,2), Пучков Д.К. (2)

1) Москва, 2) Рязань

- 1) Швейцарская университетская клиника, Москва, Россия
- 2) ФГБОУ ВО РязГМУ им акад. И.П. Павлова, кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, Рязань, Россия

Актуальность. Выполнение минимально инвазивных антирефлюксных операций в настоящий момент является наиболее предпочтительным подходом в лечении пациентов, страдающих ГПОД и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Наиболее распространенным видом антирефлюксной операции в настоящее время остается лапароскопическая фундопликация (ЛФ) по Ниссону (360 гр.) и Тоупе (270 гр.). В отсутствие первично укороченного пищевода, основным методом закрытия грыжевых ворот является крурорафия. При больших дефектах диафрагмы - от 5 до 12 см, эта методика не оправдывает себя из-за высокой частоты рецидивов. Цель: оценить эффективность применения различных методов закрытия грыжевых ворот при выполнении лапароскопических антирефлюксных операций в лечении ГПОД. Материалы и методы. За период времени с 1996 по 2017 годы выполнено 797 лапароскопических антирефлюксных операций. Структура оперативных вмешательств: в 38 случаях выполнена ЛФ по Ниссону (360 гр.), в 57-х случаях – задняя парциальная фундопликация по Туупе (190 гр.) и в 702 случаях, то есть преобладающая часть, двухсторонняя ЛФ по Туупе (270 гр.). Все пациенты в предоперационном периоде прошли обязательное обследование, включающее: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, ФГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, суточный pH-мониторинг и манометрию пищевода. В 38% случаев выполнялись симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза – СПВ, формирование гастродуоденоанастомоза, холецистэктомия, рассечение связки Трейца, различные герниопластики брюшной стенки,



удаление кист яичников, миомэктомии, гистерэктомии, удаление кист почек и печени. Результаты 522 пациента имели грыжевые ворота до 5 см, всем им была выполнена крурорафия узловыми Z или П-образными швами синтетической не рассасывающейся нитью (рецидив ГПОД возник у 6 пациентов – 1,1%). 149 пациентов имели грыжевые ворота от 5 до 7 см, 145 была выполнена крурорафия узловыми Z или П-образными швами синтетической не рассасывающейся нитью (рецидив ГПОД возник у 6 пациентов – 4,0%), а 4 больным крурорафия была выполнена через 2 см полоски сетчатого импланта (рецидив ГПОД не было). 99 пациентов имели грыжевые ворота до от 7 до 10 см, 49 была выполнена крурорафия узловыми Z или П-образными швами синтетической не рассасывающейся нитью (рецидив ГПОД возник у 3 пациентов – 8,1%), а 35 больным крурорафия была выполнена через 2 см полоски сетчатого импланта (рецидив ГПОД возник у 2 пациентов – 5,7%). 15 пациентам этой группы герниопластика была выполнена с помощью композитного сетчатого импланта Parietex (Covidien), после частичной крурорафии (рецидив ГПОД не было). И последняя группа включала 27 пациентов, у которых грыжевые ворота были от 10 до 12 см, 20 из них герниопластика была выполнена с помощью сетчатого импланта Parietex (Covidien), после частичной крурорафии (рецидив ГПОД возник у 1 пациента – 5%), а 7 была выполнена фундопликация с расположением манжетки в заднем средостении. Среднее время оперативного этапа по поводу ГПОД составляет 30-112 минут. В настоящее время назогастрального дренирования не проводится. Пациенты выписываются на 2-3 сутки после операции.

Выводы. При сравнительной оценке результатов различных видов закрытия грыжевых ворот при ГПОД нами получены следующие результаты. Выполнение стандартной крурорафии оправдано при размерах дефекта в диафрагме до 5 см. При увеличении дефекта до 7 см количество рецидивов ГПОД увеличивается до 4%, а при размере дефекта 7-10 см, они составляют 8,1%. В этой ситуации помогает проведение швов через небольшие полоски сетчатого импланта, которые снижают риск прорезывания швов на ослабленных ножках диафрагмы. Использование композитного сетчатого импланта Parietex (Covidien) при грыжах этого размера не приводит к развитию рецидива, а при дефектах диафрагмы от 10 до 12 см возможен рецидив в 5% случаев.

1456. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Карагёзян Г.А., Шатверян Г.А., Багмет Н.Н., Чардаров Н.К.

Москва

ФГБНУ "Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского"

Актуальность. Нефункционирующие нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (НФ НЭО ПЖ) в связи с отсутствием какой-либо клинической картины, диагностируются случайно. До сих пор не существует единого консенсуса по выбору объема хирургического лечения (резекция ПЖ/энуклеация опухоли) НФ НЭО ПЖ и показаний к операции (в зависимости от размеров опухоли). Цель Оптимизировать критерии выбора объема оперативного вмешательства при НФ НЭО ПЖ и технические особенности операций. Материал и методы Проведён анализ результатов лечения 21 пациента с НФ НЭО ПЖ. Возраст больных колебался от 20 до 71 года (в среднем 42 года). Наиболее часто опухоль локализовалась в головке (n=10) и в хвосте (n=9), реже – в теле ПЖ (n=2). Размеры образований колебались от 13 до 140 мм; очаги размерами ≤ 20 мм (n=4). Синдром множественной эндокринной неоплазии 1-го типа (МЭН-1) был выявлен у 2 (9.5%) больных; у одного пациента был диагностирован синдром Гиппеля-Линдау (VHL). Гистологическое исследование опухоли проведено во всех наблюдениях, иммуногистохимическое – в 10. По степени злокачественности опухоли ранжированы по следующим категориям: G1 (n=6), G2 (n=3) и G3 (n=1). Хирургическое вмешательство выполнено 21 пациенту: энуклеация – 2, дистальная резекция ПЖ – 10, панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – 7, медиальная резекция ПЖ – 1, резекция печени – 2, резекция надпочечников – 1, паллиативные – 2.

Результаты. Частоту послеоперационных осложнений рассматривали в зависимости от выполненного хирургического вмешательства. Так, после ПДР (n=7) двум пациентам выполнялась релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости (по поводу гематомы брюшной полости и несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза); наружный панкреатический свищ развился в 2 наблюдениях. После дистальной резекции ПЖ (n=10) в одном наблюдении выполнялась релапаротомия по поводу перфоративной язвы ДПК. Скопления в брюшной полости выявлены в 2 наблюдениях, выполнялась пункция с последующим развитием на-



ружного панкреатического свища grade A. Послеоперационная летальность — 4,7% (n=1), общая летальность — 23,8% (n=5). Отдалённые результаты лечения изучены у 18 (85%) больных в сроки до 10 лет. Рецидив заболевания развился у 1 (4,7%) пациентки. Прогрессия заболевания после первичной операции в виде появления метастазов в печени возникла в 9,5% (n=2) случаев. Следует отметить, что у 1 пациента был синхронный метастаз в брыжейку тонкой кишки, при размере основной опухоли 13 мм в теле ПЖ (при иммуногистохимическом исследовании G2). Двухлетняя выживаемость радикально оперированных больных (n=19) составила 94,7%. Обсуждение В зарубежной литературе за последние годы накопилось достаточно много публикаций, которые так или иначе сводятся к двум важнейшим проблемам лечения НФ НЭО ПЖ. С одной стороны, специалисты пытаются выставить правильные показания либо к операции, либо к активному наблюдению пациентов с опухолями, размер которых ≤ 20 мм. С другой стороны, не угасают споры по выбору метода оперативного лечения (некоторые предпочитают резекционные вмешательства, другие — органосохраняющие (энуклеации)), заявляя об отсутствии различий в послеоперационных осложнениях, однако, думается, что немаловажным фактором в пользу одного из технологий должна стать онкологическая радикальность, в связи с чем требуется дальнейшее накопления клинического материала. Согласно нашим данным, рецидива заболевания после резекционных вмешательств отмечено не было. Выводы и рекомендации Очевидным является то, что единственным радикальным методом лечения НФ НЭО ПЖ (в т.ч. метастатических) остаётся хирургическое вмешательство. Злокачественный потенциал этих опухолей признан большинством специалистов. В то же время по-прежнему актуальными вопросами, требующими дальнейших клинических исследований, остаются степень злокачественности этой группы опухолей в зависимости от размеров, а также выбор эффективной технологии оперативного лечения (резекционное вмешательство либо органосохраняющая операция).

1457. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Казаков А.И., Айрапетян А.В., Меркурьева А.Б., Морозов А.Н., Яшин С.М.

Санкт-Петербург

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Цель. Цель исследования — оценить функцию левого предсердия после различных стратегий катетерной аблации фибрилляции предсердий, определить оптимальную методику аблации. Методы исследования. В исследование включено 43 пациента с длительно персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП), подвергшихся радиочастотной катетерной «изоляции» легочных вен без и с модификацией субстрата левого предсердия (ЛП). Функция левого предсердия оценивалась с помощью стандартных эхокардиографических измерений: линейные размеры ЛП, индекс объема ЛП, фракция изгнания (ФИ) ЛП, деформация стенок ЛП методом «Speckle tracking». Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию, включая антикоагулянтные и антиаритмические препараты. Всем пациентам была проведена эхокардиографическая оценка функции ЛП и холтеровское мониторирование ЭКГ через 1 день, 3 месяца и 1 год после операции. Полученные результаты подверглись статистической обработке с использованием параметрической статистики.

1458. ВАРИАНТЫ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Лащик М.Г. Восканян С.Э. Забелин М.В.

Москва

ФГБУ Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Материал и методы. В Центре хирургии и трансплантологии ФМБЦ с 2007 по 2016 гг по поводу паховой грыжи в плановом порядке были оперированы 508 пациентов. Из них: мужчины - 492 (96,8%), женщины — 16 (3,2%) наблюдений. 301



пациент (59,3%) был старше 60 лет, с выраженной сопутствующей патологией (ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ и т.д.) диагностирована у 219 (72,7%) пациентов. У 237 пациентов (группа А) – 248 оперативных вмешательств были выполнены методом «plug and patch» в модификации Rutkov - Robbins (1993, 1999г). При этом, по поводу односторонней формы грыжи оперированы 226 пациентов (95,3%), двусторонней – 11 (4,7%). В 244 наблюдениях использовались двухкомпонентные полипропиленовые системы SURGIPRO HERNIATE PLUG (варианты «large» или «medium» подбиралась интраоперационно в соответствии с размером грыжевого дефекта). Фиксация обоих компонентов протеза, по аналогии с пластикой по Lichtenstein, во всех случаях выполнялась монофиламентными полипропиленовыми нитями SURGIPRO диаметром от 0 до 2\0 непрерывным и узловыми швами. В 4 наблюдениях (2 пациента с двусторонней паховой грыжей) были имплантированы полипропиленовые системы PARIETEX PLUG and PATCH SYSTEM с самофиксирующейся поверхностью волана, что позволяет незначительно снизить продолжительность вмешательства. Результаты. Интраоперационных и общесоматических осложнений не было. В послеоперационном периоде у 3(1,2%) пациентов диагностирован ишемический орхит, приведший в 1 наблюдении к атрофии яичка. В 1 наблюдении (пациент Б. 63лет) спустя 16 месяцев после оперативного вмешательства отмечено формирование свищевого хода в области п\о рубца со скудным серозным отделяемым, исходящим, по данным МРТ, из проекции внутреннего отверстия пахового канала - повторно оперирован – после идентификации хода удален волан с признаками незначительной адгезии с окружающими тканями. В ходе дальнейшего наблюдения рецидивирования грыжи не отмечено. У 271 пациента (группа В) – была выполнена стандартная пластика задней стенки пахового канала по Lichtenstein (были использованы эндопротезы SPM35-66) – при этом 34 (12,5%) пациента оперированы по поводу двусторонней паховой грыжи – всего 305 наблюдений. Интраоперационных и общесоматических осложнений в этой группе также не отмечено. У 3(1%) пациентов в раннем послеоперационном периоде диагностировано диффузное кровотечение из вен лозовидного сплетения семенного канатика с формированием гематомы послеоперационной раны - выполнялась ревизия, эвакуация гематомы. У 6 (2%) пациентов диагностирован послеоперационный ишемический орхит, полностью купированный на фоне консервативной терапии. В ходе выборочного амбулаторного осмотра и УЗ-исследования пациентов обеих групп спустя 6-12 месяцев после вмешательства рецидивов не отмечено. Заклю-

ние. Таким образом, применение различных видов полипропиленовых сетчатых эндопротезов в ходе пластики задней стенки пахового канала при различных формах паховой грыжи предполагает достижение однотипных безрецидивных результатов, не сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений. Вопрос о выборе типа эндопротеза может быть продиктован экономической целесообразностью.

1459. ТОТАЛЬНАЯ ДВУСТОРОННЯЯ ПРЕДБРЮШИННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

*Елхов И.В., Капустин Б.Б., Юминов С.А.,
Коровкин В.А., Мингазова Г.Ф.*

Ижевск

ФГБОУ ВО Ижевская государственная
медицинская академия

Актуальность: Лапароскопические пластики паховых грыж год от года теснят, ставшей традиционной, пластику Лихтенштейна. Интерес хирургов обусловлен малотравматичностью данной операции, быстрыми сроками реабилитации. Экстраперитонеальная пластика позволяет «не нагружать» пациента карбоксиперитонеумом, что благоприятно сказывается на восстановлении пациентов. Остается открытым вопрос о показаниях к ТЕР (тотальной экстраперитонеальной пластике). Цель исследования: Уточнение показаний к выполнению двусторонней экстраперитонеальной пластики у пациентов паховыми грыжами. Материалы и методы: Анализируемую группу больных составили мужчины трудоспособного возраста – 15 пациентов; из них у 8 пациентов выявлена двусторонняя прямая паховая грыжа (Nyhus III A). Решение о выполнении одномоментной хирургической коррекции принято, исходя из клинической ситуации и приоритетов лечебного учреждения. Оперативное лечение проведено под общим наркозом в положении Трандленбурга. Полулунным разрезом в околопупочной области с стороны грыжевого выпячивания в предбрюшинном слое формировали баллоном-диссектором рабочую зону с визуализацией лобковой кости, куперовской и паховой связки, эпигастральных сосудов. Дополнительные троакары устанавливались по средней линии на уровне подвздошной ости и на 2,0 см выше лонной кости. Поэтапно выделялся грыжевой мешок, освобождался от элементов семенного канатика. На заднюю стенку устанавливался сетчатый полипропиленовый эндопротез 15x10см



поверх семенного канатика с фиксацией герниостеплером в типичных точках. Формирование рабочей зоны контралатеральной стороны, выделение грыжевого мешка и установка эндопротеза произведены из тех же точек доступа. У остальных 7 больных с односторонней паховой грыжей для определения объема операции и выбора метода хирургической технологии проведено дооперационное ультразвуковое обследование пахового канала «интактной» стороны. Критериями наличия грыжи служили ультразвуковые признаки расширения внутреннего пахового кольца и появление грыжевого выпячивания в паховом канале при натуживании пациента. Ультразвукового подтверждения было достаточно для принятия решения о выполнении двустороннего вмешательства, при этом у 3 больных при интраоперационной ревизии противоположной стороны визуализировано грыжевое выпячивание. Повреждение ветви нижней эпигастральной артерии у одного больного остановлено электрокоагуляцией; у двух больных произошло повреждение брюшины без необходимости конверсии доступа. Рекомендации: Таким образом, у пациентов с односторонней прямой паховой грыжей целесообразно выполнение ультразвукового исследования паховых каналов; при подтверждении двусторонней локализации паховой грыжи оправдана одномоментная экстраперитонеальная герниопластика.

1460. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ермолова Д.А., Оболенский В.Н., Лаберко Л.А.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Одним из перспективных направлений лечения хронических ран (ХР) является ускорение репаративных процессов и регенерации тканей с помощью ростовых факторов. С целью оценки эффективности использования богатой тромбоцитами плазмы (БотП) в лечении длительно незаживающих ран различной этиологии на базе отделения хирургических инфекций ГБУЗ ГКБ № 13 ДЗ г. Москвы с 2011 по 2016 год нами проведен анализ лечения 100 пациентов (53 % мужчин, 47% женщин) с ХР различной локализации и этиологии, существующих более 6 недель и соответствующих II-III фазе течения раневого процесса с бактериальной обсемененностью, не превышающей уровень 105 КОЕ/г

ткани, в возрасте от 22 до 90 лет (средний возраст $58,9 \pm 1,7$ лет). Все пациенты методом случайной выборки были распределены на 2 группы по 50 пациентов. Пациенты обеих групп были достоверно сопоставимы по полу, возрасту, этиологическому фактору образования ХР, характеру имеющейся основной и сопутствующей патологии, длительности существования и площади ран. Наиболее частой причиной ХР у пациентов обеих групп (27%) явилась диабетическая нейроангиопатия на фоне синдрома диабетической стопы нейро-ишемического типа 1-2 стадии по классификации Wagner. В обеих группах больные получали стандартную консервативную терапию в зависимости от выявленного этиологического фактора ХР. Различия заключались в методологии местного лечения ран, включающие консервативные методы лечения и хирургическое аутодермопластика (АДП). В группе исследования всем пациентам применялись повязки на основе БотП. В 8 случаях после однократного применения повязки была выполнена АДП. Для лечения пациентов группы сравнения применялись различные современные методы, включающие: многослойный многодневный бандаж на основе бинта из окиси цинка у пациентов с синдромом ХВН, ранозаживляющие препараты местного действия, антисептические, интерактивные суперадсорбирующие и атравматические повязки. В 9 случаях была выполнена АДП. В обеих группах применение хирургического лечения у пациентов с ХР показало наилучшие результаты. При анализе полученных данных достоверно установлено, что в группе исследования было достигнуто значительное сокращение продолжительности лечения пациентов (средние сроки полной эпителизации ран (ПЭР) в группе исследования- $42,3 \pm 5,7$ суток, в группе сравнения- $123,8 \pm 25,3$ суток). У 46 пациентов группы исследования (92%) ПЭР достигнута в срок до 90 суток. Среди них все 8 пациентов, которым была выполнена АДП после стимуляции раневого ложа с помощью аппликаций БотП (процент приживления пересаженного лоскута- 100). У 4 пациентов (8%) ПЭР достигнута в срок до 6 месяцев. В группе сравнения ПЭР достигнута в сроки до 90 суток у 33 пациентов (66%). Среди них 6 пациентов после выполнения АДП (процент приживления пересаженного кожного лоскута на 90 сутки составил в среднем $65 \pm 3,5$). У 13 пациентов (26%) в сроки до 1 года, включая 3 пациентов после АДП, у 4 пациентов- более года. При анализе скорости заживления (СЗ) ран достоверно установлено, что при консервативном лечении в группе исследования она оказалась существенно выше- на $0,15 \text{ см}^2/\text{сутки}$. СЗ при хирургическом лечении в группе исследования оказалась выше в 4 раза ($p=0,01$) и составила $2,07 \pm 0,54 \text{ см}^2/\text{сутки}$ против $0,5 \pm 0,15 \text{ см}^2/\text{сутки}$ в группе сравнения. Анализ влияния



различных факторов на СЗ ран показал, что более крупные раны демонстрировали большую СЗ (при размерах ХР до 10 см²- 0,13±0,03 см²/сут, при большей площади- 0,43±0,06 см²/сут.

1461. I СЪЕЗД ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Воробьев В.В.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова

В концепции развития здравоохранения страны проблема совершенствования и развития амбулаторно-поликлинической помощи рассматривается как приоритетное направление деятельности практического здравоохранения, что закономерно обусловлено наличием широкой сети лечебных учреждений догоспитального звена, массовым обращением пациентов в амбулатории и поликлиники, возможностью ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний и их осложнений в амбулаторных условиях. Происходящие в стране социально-экономические преобразования обусловили необходимость целого ряда качественных изменений в системе оказания медицинской помощи населению, прежде всего, пересмотра взглядов на характер и объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых пациентам в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В этом плане, одним из наиболее перспективных направлений является расширение рамок внебольничной медицинской помощи. В последние годы медицинской общественностью регулярно рассматриваются вопросы совершенствования в основном амбулаторной хирургической помощи. Об этом свидетельствует проведение в 2004, 2007, 2009, 2011 и 2016 годах съездов амбулаторных хирургов РФ. Несмотря на это, многие вопросы еще не решены. В настоящее время общепризнанны две формы оказания медицинской помощи: стационарная и амбулаторная. В различных приказах Министерства здравоохранения РФ декларируется «стационарозамещающая медицинская помощь», которая должна на 20% уменьшить объем стационарной помощи. Однако, во всех определяющих развитие медицинской помощи нормативных документах (по финансированию, лекарственному обеспечению, обеспечению медицинской аппаратурой и др.) стационарозамещающая медицинская помощь отсутствует. Таким образом, несмотря на фактическое признание стационарозамещающей формы медицинской помощи населению, она, по сути, никак не поддерживается государством. Этот во-

прос может быть решен, если законодательно будут признаны три формы оказания медицинской помощи: амбулаторная, стационарозамещающая и стационарная. До настоящего времени не разработаны нормативные показатели работы койки дневного стационара и её медицинское обеспечение. Нет полного понимания по норме нагрузки врача, ведущего амбулаторный прием, по взаимодействию дневного стационара и поликлиники, по оплате в системе ОМС оперативных вмешательств, выполненных с применением стационарозамещающих технологий, не осуществляется оплата «за вредность» сотрудникам дневных стационаров гнойной хирургии, недостаточно осуществляется снабжение медикаментами и аппаратурой амбулаторно-поликлинического звена, имеется значительный кадровый дефицит медицинских работников и др. Большинство обозначенных проблем носит системный характер для всего догоспитального звена. С целью решения этих вопросов необходимо объединить усилия всех специалистов догоспитального звена и провести в 2018 году I-ый съезд врачей амбулаторно-поликлинического звена в г. Санкт-Петербурге.

1462. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ III-IV СТАДИИ

*Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Житихин Е.В.,
Игнатович И.Г., Арутюнян О.А.*

Санкт-Петербург

ВМедА имени С.М. Кирова
(кафедра общей хирургии)

Актуальность. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест и составляет от 34 до 41%. Несмотря на многообразие применяемых методов лечения, различные ранние и поздние осложнения после геморроидэктомии продолжают оставаться достаточно частыми, достигая 20-36%. Цель исследования. Улучшение функциональных результатов хирургического лечения больных хроническим геморроем III-IV стадии. Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 142 пациентов с хроническим геморроем III-IV стадии, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ВМедА в период с 2012 по 2016 г.г. Среди пациентов было 74 (52,1%) мужчин и 68 (47,9%) женщин в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст 50,4±6,7). У 86 больных (60,6%) диагностирована III стадия хронического гемор-



роя, у 56 (39,4%) - IV стадия. Для проведения исследования больные были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 73 пациента, перенесших геморроидэктомию в модификации клиники общей хирургии ВМедА, представляющей вариант геморроидэктомии по W. Whitehead. Особенности операции заключались в выполнении билатеральных полуокружных разрезов по анокутанной складке, выделении и низведении слизисто-подслизистого лоскута с использованием монополярного электрокоагулятора. Избыток слизистой оболочки с кавернозной тканью отсекался, с последующей фиксацией низведенного слизисто-подслизистого лоскута к перианальной коже без натяжения узловыми швами. Для профилактики развития стриктуры анального канала, мы считаем целесообразным оставление кожно-слизистых мостиков шириной 1,0 см на 6 и 12 часах условного циферблата. В контрольной группе было 69 больных, которым выполнялась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с использованием биполярного коагулятора LigaSure. В раннем послеоперационном периоде проведена оценка болевого синдрома с использованием 10-ти бальной ВАШ.

Результаты. Интенсивность болевого синдрома по 10-ти бальной ВАШ после операции в 1-е сутки составила в основной группе $4,6 \pm 0,3$, в контрольной – $5,5 \pm 0,4$ балла с постепенным снижением к 3-м суткам до $3,0 \pm 0,2$ и $3,6 \pm 0,2$ баллов. Уровень боли после первой дефекации в основной группе был достоверно ниже чем в контрольной - $3,5 \pm 0,3$ против $4,9 \pm 0,4$. Осложнения раннего послеоперационного периода выявлены у 7 (9,6%) пациентов основной и у 13 (18,8%) больных контрольной группы. В структуре осложнений преобладали дизурические расстройства, зарегистрированные у 4 (5,5%) и 6 (8,7%) больных исследуемых групп. Ректальные кровотечения в основной группе выявлены у 2 (2,7%) пациентов и у 6 (8,7%) пациентов контрольной группы. Явления временной (до 5-7 суток) анальной инконтиненции выявлены у пациентов старшей возрастной группы – 1,6 и 1,5% соответственно. Исходы лечения у пациентов основной группы отличались меньшим количеством осложнений в отдаленном периоде – 2 (2,7%) случая, против 6 (8,7%) в контрольной группе. Стриктура анального канала выявлена у 2 (2,7%) пациентов основной и у 4 (5,8%) пациентов контрольной группы. Рецидив геморроидальной болезни отмечен у 2 (2,9%) больных контрольной группы. В основной группе случаев рецидива заболевания не было. Выводы. Предложенная модификация геморроидэктомии имеет ряд преимуществ перед геморроидэктомией с использованием аппаратно-контролируемой биполярной коагуляции LigaSure, которая в современных условиях яв-

ляется общепризнанной альтернативой закрытой геморроидэктомии. Полученные результаты применения геморроидэктомии в модификации клиники общей хирургии ВМедА им. С.М. Кирова позволяют рекомендовать ее при хроническом комбинированном геморрое III-IV стадии с циркулярным расположением кавернозной ткани и выпадением слизистой анального канала.

1463. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОМОНТОФИКСАЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ВАГИНОПЛАСТИКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Пучков К.В. (1,2,3), Коренная В.В. (1,2),
Пучков Д.К. (3)

Москва, 3) Рязань

1) Швейцарская университетская клиника, Москва, 2) Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия 3) ФГБОУ ВО РязГМУ им акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Актуальность. На сегодняшний день решение проблемы коррекции опущения тазовых органов, не смотря, на сменяющие друг друга хирургические тенденции, остается не менее актуальным. По мнению большинства специалистов «золотым» стандартом в лечении пролапса является лапароскопическая сакрокольпопексия. Однако, ряд технических аспектов ее выполнения (например: глубокая параректальная и паравезикальная диссекция, необходимость прошивания тканей в неудобных и узких пространствах) делают выполнение данного вмешательства недоступным для большого числа хирургов. В то же время, промонтофиксация с субперитонеальной фиксацией сетчатого импланта к шейке матки и крестцово-маточным связкам, а затем к промонториуму, дополненная вагинопластикой, позволяет не только сделать операцию более универсальной, но и одновременно коррегировать несостоятельность мышц тазового дна (положительное решение на выдачу патента, заявка от 02.07.2015).

Цель: изучить результаты хирургического лечения пациенток с генитальным пролапсом с использованием авторской методики (положительное решение на выдачу патента, заявка от 02.07.2015). Материалы и методы. Подобные вмешательства выполняются нами с 1997 года. В настоящем докладе представлены результаты 265 симультанных лапароскопических промонтофиксаций, дополненных влагалищной коррекцией цисто- и рек-



тоцеле, несостоятельности мышц тазового дна, стрессового недержания мочи, выполненных в период 2011-2017 года. Вмешательства выполнялись как в сочетании с субтотальной гистерэктомией, так и без нее. Обязательным этапом операции являлось дополнительное ушивание крестцово-маточных связок по МакКоулу. Результаты. Оценка данной серии хирургических вмешательств показала, что средняя продолжительность операции составила 88 ± 20 минут, из них 40 ± 10 минут приходилось на лапароскопический, а 55 ± 25 минут на вагинальный этап. Период послеоперационного катамнеза составил 5 лет. На сегодняшний день мы не столкнулись ни с одним интраоперационным осложнением (кровотечение, повреждение кишки, мочевого пузыря, мочеточника, крупных сосудов). В послеоперационном периоде не было отмечено ни одного случая эрозии стенки влагалища, отторжение сетчатого импланта. В одном случае развился дисцит, что потребовало через 2 месяца повторной лапароскопии и удаление сетчатого импланта в месте крепления к промонториуму. Диспареуния была отмечена у 2 пациенток (0,7%), тазовая боль у 3 (1,1%), рецидив цистоцеле 2 степени у 11 пациенток (4,1%), но только у 2-х пациенток (0,07%) это проявлялось клинически и потребовало повторного вмешательства с использованием трансвагинальных сеток. Ни в одном случае рецидива апикального пролапса или ректоцеле отмечено не было. Оценка удовлетворенности пациентки косметическим и физиологическим результатом операции проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы и составила 8-9 баллов из 10 возможных.

Выводы. Таким образом, промонтофиксация по авторской методике, дополненная вагинопластикой позволяет мультимодально подходить у проблеме коррекции тазового пролапса с минимальным развитием рецидива, а исключение контакта сетчатого импланта со стенками влагалища снижает риск развития ряда серьезных осложнений.

1464. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОЗИТНЫХ СЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Пучков К.В. (1,2), Пучков Д.К. (2)

1) Москва, 2) Рязань

1) Швейцарская университетская клиника, Москва, 2) ФГБОУ ВО РязГМУ им акад. И. П. Павлова, кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, Рязань, Россия

Актуальность. Стоит отметить, что даже через 20 лет после появления лапароскопии, от 3% до 29% абдоминальных операций выполняются открытым методом, что является причиной образования грыж в послеоперационном периоде. От 4% до 7% пациентов, перенесших операцию, в течение 5-ти лет повторно оперируются по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Лечение послеоперационных вентральных грыж в 60% случаев включает открытую герниопластику и использование сетчатых имплантов, располагающихся в разных слоях передней брюшной стенки. Лапароскопический же метод лечения послеоперационных грыж, в настоящее время недооценен и используется лишь в небольшом числе клиник нашей страны. Цель: оценить результаты использования лапароскопического доступа в лечении послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Материалы и методы: За период с 2009 по 2017 год выполнено 84 лапароскопических операций по поводу послеоперационной вентральной грыжи передней брюшной стенки. Из них 61 (72,6%) женщин, 23 (27,4%) – мужчин. Возраст пациентов от 27 до 69 лет. Размер грыжевых ворот варьировал от 10 до 25 см. Послеоперационные грыжи в верхнем этаже брюшной полости наблюдались у 31 пациента, после перенесенных верхнесрединных лапаротомий, доступов в правом и левом подреберьях. У 17-ти пациентов грыжи выявлены после люмботомии, у 18-ти после срединной лапаротомии. У 6-ти после разрезов по Черни и у 18-ти пациентов локализовались в нижнем этаже брюшной полости после нижнесрединной лапаротомии, доступа по Пфанненштилю и Волковичу-Дьяконову. 27 пациентов (32,1%) в анамнезе имели более одного оперативного вмешательства на органах брюшной полости. 30 пациентов (35,7%) были ранее оперированы по поводу вентральной грыжи открытым доступом с пластикой грыжевого дефекта местными тканями, 8-и пациентам (9,5%) выполнялась открытая пластика с установкой сетки. У 68 пациентов (80,9%) был вы-



явлен выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Вышеуказанные обстоятельства являются предпочтительным показанием для использования лапароскопического метода в лечении, так как нам не приходится рассекать большой массив тканей и разделять рубцовые сращения в области послеоперационного рубца брюшной стенки. Наложение карбоксиперитонеума в 40% случаев выполнялось с помощью иглы Вереша, максимально удаленно от п-о рубцов, в остальных случаях открытым методом по Хассону. В 90% случаев операции выполнялись через 3 троакара, при «нестандартных» ситуациях дополнительно вводили 5 мм троакары (1-2). В качестве сетчатого импланта использовались современные композитные сетки – PhysioMesh ("Ethicon") и Parietex ("Covidien"). В 5-х случаях при поясничных грыжах использовались не композитные сетки – Surgipro ("Covidien"), с обязательной перитонизацией операционной раны. Размеры сеток варьировались в зависимости от операционной ситуации: в 47 случаях (55,9%) размеры используемой сетки были 20см x 20см, а в 37 случае (44,1%) – 20см x 30см. Перед фиксацией сетки, обязательным условием является выделение границ грыжевого дефекта со всех сторон, с отступом не менее 4 см. Основной метод фиксации сетки - трансфасциальная фиксация нитью "Prolene" к апоневрозу в 4-х точках с помощью иглы "EndoClose". Дополнительно фиксацию осуществляли герниостеплерами – Securestrap ("Ethicon") и ProTak, AbsorbaTack ("Covidien"), с шагом 3 см по всему периметру сетки. Размеры сетки определялись интраоперационно согласно величине грыжевых ворот или в предоперационном периоде границы грыжевого дефекта обозначались маркером, с обязательным указанием точек фиксации нитей к апоневрозу.

Результаты. Все 84 операций были выполнены успешно. Величина интраоперационной кровопотери в исследуемых группах не превышала 25 мл. Общее время операции варьировало от 15 до 59 минут. Отличительной особенностью ведения послеоперационного периода у пациентов после подобных операций, является их практически полный отказ от обезболивающих препаратов. Уровень послеоперационной боли по шкале ВАШ – не превышал 1,8 балла. Средний койко-день – 1,8 дня. В после-операционном периоде у 10-ти пациентов (11,9%) при контрольном УЗИ-исследовании выявлено скопление жидкости в грыжевом мешке, что потребовало его пункции под контролем УЗИ, в 1 случае (1,1%) - постановка аспирационной системы по Редону на 4 суток. В послеоперационном периоде мы рекомендовали ношение бандажа в течение не менее 3-х месяцев. Через 6, 12 месяцев после операции все пациенты в обязательном порядке проходили УЗИ органов брюшной поло-

сти. За указанный период наблюдения выявлено 2 рецидива в противоположной части послеоперационного рубца. В этих случаях первоначально закрывался только дефект апоневроза, без захвата всей длины послеоперационного рубца. В последующем мы использовали импланты, позволяющие закрывать всю длину рубца с захватом 4-5 см в каждую сторону – рецидивов отмечено не было. Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение лапароскопической методики в лечении послеоперационных вентральных грыж возможно при соблюдении соответствующих показаний и противопоказаний к этому методу. Лечение этого заболевания миниинвазивным способом с использованием композитных сеток является эффективным и безопасным.

1465. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕДЕХОЛИТОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С КОНКРЕМЕНТАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.Л. Амбарцумян В.М., Шахабудинов М.Ш.

Великий Новгород

Клиника № 1 ГОБУЗ «Центральная городская клиническая больница»

Цель: Изучение возможности выполнения лапароскопической холедохолитотомии под контролем холедохоскопа.

Материалы и методы: В период с июня 2015 по февраль 2017 года лапароскопические вмешательства на внепеченочных желчных протоках выполнены у 29 больных. Показаниями к лапароскопической ревизии желчных протоков явились наличие крупных конкрементов, либо техническая невозможность выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и папиллосфинктеротомии. Лапароскопическую холедохолитотомию выполняли у оперированных с подозрением на холедохолитиаз (5 больных), либо при явных признаках холедохолитиаза и холангита, сопровождающихся механической желтухой (24 больных). Мужчин было 6, женщин 23. Возраст больных варьировал от 24 до 92 лет, при этом две трети больных были старше 60 лет. У 27 больных наблюдалось сочетание калькулезного холецистита и холедохолитиаза, у 2 больных желчный пузырь был ранее удален. При выполнении лапароскопической холедохолитотомии помимо 4 стандартных троакаров, применяемых для выполнения лапароскопической холецистэктомии, вводили два дополнительных. Один



10 мм, для холедохоскопа фирмы "Pentax", справа от средней линии и на 4 см ниже правой реберной дуги, другой 5 мм, для иглодержателя, слева от срединной линии на 8 см ниже левой реберной дуги. После проведения интраоперационной холангиографии и установления показаний к исследованию желчных протоков холедехотомию проводили супрадуоденально, на передней стенке общего желчного протока, длиной до 1 см. Литэкстрацию из желчных путей проводили корзинкой Дормиа под контролем холедохоскопа. Лапароскопическую холедохолитотомию завершали установкой T-образного дренажа с ушиванием холедехотомического отверстия интракорпоральным швом. Во всех случаях, при наличии у больных калькулезного холецистита, выполняли холецистэктомию. Результаты: Среди 29 больных, которым предпринята лапароскопическая холедохолитотомия у 23 пациентов (79,3 %) она успешно выполнена эндохирургическим методом. Переход на открытый доступ был осуществлен у 6 больных (20,7 %). Причинами конверсии явились наличие вклиненных в терминальном отделе общего желчного протока конкрементов и невозможность их извлечь в брюшную полость с помощью корзинки Дормиа или протолкнуть зондом в двенадцатиперстную кишку у 5 больных, сегментарный стеноз гепатикохоледоха, не позволяющий провести холедехоскопию проксимальных отделов желчных путей у 1 больной. У 4 больных выполнена лапаротомия, дуоденотомия, папиллосфинктеротомия, у одной больной произведена лапаротомия, бужирование стенозированного гепатикохоледоха и холедехостомия, в одном случае операция завершена наложением холедеходуоденоанастомоза. В послеоперационном периоде у 5 больных отмечено желчеистечение по контрольному дренажу из подпеченочного пространства, у 2 больных оно остановилось самостоятельно, у 3 пациентов выполнялась релапароскопия с наложением дополнительных швов в месте отхождения холедехостомического дренажа. Послеоперационной летальности в нашей группе больных не было. Выводы: Наш небольшой опыт использования лапароскопической литэкстрации из внепеченочных желчных путей под контролем лапароскопа позволяет сделать заключение, что она технически вполне осуществима, сопровождается небольшим количеством осложнений и очень перспективна, особенно в использовании у больных старших возрастных групп.

1466. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (FTS) В ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

Брюсов П.Г., Уразовский Н.Ю., Курицын А.Н., Таривердиев М.Л.

Москва

Главный военный клинический госпиталь
им. Н.Н.Бурденко

Основная задача военно-полевой хирургии заключается в своевременном выполнении хирургических вмешательств, обеспечивающих раненым быстрое выздоровление и возврат в строй либо социальную реабилитацию. В период всех войн это была задача государственной важности. В настоящее время такой подход находит много общего с программой Fast track surgery (FTS), определяемой как хирургия быстрого восстановления (Н. Kehlet, 1997) или ускоренное восстановление после хирургических операций (И.И.Затевахин и соавт., 2015). В его основе лежит минимизация хирургической травмы и снижение риска послеоперационных осложнений. С этими базисными положениями в конце XX века развивалась хирургия во всех странах, но именно программа FTS стала восприниматься как новое направление в эволюции хирургического лечения, предполагающее даже «пересмотр многих стандартов, давно ставших классическими» (И.Б.Щепотин, 2012). В начале XX столетия она с успехом стала применяться в практике общих хирургов, в кардиохирургии, ортопедии, гинекологии, онкохирургии, что привело к сокращению пребывания больных в стационарах при неосложненном послеоперационном течении до 1-4 дней. В программе FTS выделены 18 компонентов, основными из которых является применение эпидуральной или регионарной анестезии, малоинвазивных оперативных вмешательств и активной послеоперационной реабилитации. Результатом этих мер считается устойчивое снижение стрессорных реакций организма и сокращение госпитального этапа лечения. В военно-полевой хирургии преемственность догоспитального и стационарного этапов лечения является важным моментом. При ретроспективной оценке хирургической работы бригады торакальных хирургов во время боевых действий на Северном Кавказе в 1996 году в 236 ВГ, преобразованном в МВПГ, оказалось, что положения FTS оказались успешно реализованными уже в то время. Это был первый этап оказания специализированной хирургической помощи, располагался он на расстоянии 70-80 км от



зоны боевых действий, а доставка тяжелораненых осуществлялась через 2-6 часов после ранения. Из 82 военнослужащих с огнестрельными проникающими ранениями груди у 16 человек при выполнении неотложных и срочных хирургических вмешательств впервые в практике военно-полевой хирургии была применена оперативная видеоторакоскопия. В этой группе мы использовали нейролептаналгезию в общем обезболивании, миниинвазивное оперативное вмешательство (ОВТС), адекватное восполнение кровопотери (во всех случаях она превышала 400 мл), согревание раненого на операционном столе, раннюю активизацию после операций, раннее энтеральное питание, раннее удаление дренажей. Половина раненых оперировалась в состоянии травматического шока, однако своевременно выполненная операция и адекватное анестезиологическое и реанимационное обеспечение позволили быстро купировать его проявления, как и теоретическую возможность развития травматической болезни. Все раненые в этой группе вставали уже на следующий день, болевой синдром был минимальный (по ВАШ составлял 1,5, а после торакотомии – 7,5), ни у одного из них не возникло ни одного осложнения, и срок пребывания в тыловом госпитале был в 3 раза короче общепринятого. Таким образом, использование новых технологий в оперативном лечении раненых в госпитале, развернутом в армейском районе, дало возможность минимизировать травматическое воздействие хирургического вмешательства и получить результаты, аналогичные тем, которые достигаются в хирургии мирного времени при реализации программы FTS. На этом основании считаем, что программа FTS отвечает задачам и военно-полевой хирургии, успешная реализация которых возможна при обязательном оснащении военных госпиталей современной аппаратурой и укомплектованием их высококвалифицированными хирургами, анестезиологами и реаниматологами.

1467. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

*Пучков К.В. (1,2), Евстратов Р.М. (1),
Пучков Д.К. (2)*

Москва, 2) Рязань

- 1) Швейцарская университетская клиника, Москва, Россия
- 2) ФГБОУ ВО РязГМУ им акад. И. П. Павлова, кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, Рязань, Россия

Актуальность. Успехи эндовидеохирургии надпочечников оказались столь значительными, что в последние годы многими авторами был поднят вопрос о возможности органосохраняющих операций, которые приобретают особую актуальность не только при двустороннем поражении надпочечников, но и в случаях необходимости минимизации нарушения гормонального статуса пациента. Однако хирургическая техника резекции надпочечников в настоящее время не только не является сколько-нибудь унифицированной, но практически мало разработана. Сведений об обосновании возможности выполнения резекции надпочечника в современной научной литературе крайне мало. Авторы, как правило, отмечают лишь возможность выполнения такой операции и приводят описание единичных клинических случаев. Тем не менее, современные возможности эндовидеохирургического инструментария, позволяющего обеспечить надежный гемостаз при минимальной альтерации тканей, заставляют задуматься о необходимости объективизации обоснований к органосохраняющей операции на надпочечнике с унификацией хирургической техники, что позволит провести объективный сравнительный анализ результатов таких вмешательств. Именно поэтому мы предлагаем вашему вниманию наш опыт проведения органосохраняющей операции надпочечника.

Цель: изучить возможности объективизации планирования и совершенствования техники органосохраняющих операций при новообразованиях надпочечников.

Материалы и методы. Клиническим материалом для исследования явились клинично-инструментальные данные 87 пациентов с новообразованиями надпочечников, полученные с 2009 по 2016 гг. в Рязанской областной больнице (20 пациентов), Швейцарской университетской клинике (58 пациентов) и Клинической больнице медицинского центра Управления делами Мэра и Правительства



Москвы (9 пациентов). Целенаправленный отбор пациентов в зависимости от возраста, основного или сопутствующих заболеваний, других факторов или клинических данных не проводился. Средний возраст пациентов составил 43 года (от 18 до 67 лет), женщин было 49, мужчин – 38. Всего выполнено 87 оперативных вмешательств: 54 (62,06%) на правом надпочечнике, 33 (37,93%) – на левом. Результаты. Возможность выполнения органосохраняющей операции при новообразованиях надпочечников определялась нами непосредственно в ходе оперативного вмешательства с учетом как интраоперационной ситуации, так и данных полученных при лучевой визуализации забрюшинного пространства в предоперационном периоде. При выполнении резекции надпочечника вена надпочечника не пересекалась, 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 5мм (44 операций). Такой размер аппарата позволял менее травматично проводить мобилизацию органа и магистральных сосудов, а так же максимально сохранить здоровые ткани без ущерба гемостазу при выполнении резекции. При этом гемостатические системы использовались только у 12 пациентов. Среднее время операции составило 55 мин., средняя кровопотеря – 50 мл (от 30 до 80 мл), продолжительность госпитализации – 2–3 суток. При операциях на надпочечниках по поводу кист нами применялся 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 максимального сохранения оставшейся ткани надпочечника. В 27 случаях операции на надпочечниках были выполнены нами при помощи ультразвукового скальпеля. При этом 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. 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 45 мин., средняя кровопотеря – 50 мл (от 30 до 80 мл), продолжительность госпитализации – 2–3 суток. 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. Выводы. Выполнение лапароскопической адреналэктомии или резекции надпочечника с применением современных видов энергии для лигирования тканей и так же методов гемостаза, позволяет максимально сократить продолжительность операционного вмешательства и объем интраоперационной кровопотери, по сравнению с монополярной и биполярной энергиями.

1468. ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Groшилин В.С., Перескоков С.В., Тареева Д.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. Диагностика очаговых образований печени в настоящее время достаточно хорошо разработана. В то же время установление характера образования на дооперационном этапе представляет собой достаточно сложную задачу, как для специалистов лучевой диагностики, так и для хирургов. Особую роль приобретают метастазы малых размеров, когда зачастую они остаются незамеченными. Таким образом, результаты ле-



чения пациентов во многом зависят от своевременной и точной диагностики метастатического поражения печени, правильной оценки состояния и объема непораженной паренхимы органа. Цель исследования — определить алгоритм ранней диагностики колоректального рака с метастазами в печень, провести анализ ее метастатического поражения, выявить группы риска. Материал и методы. Проанализировано 605 клинических случаев больных колоректальным раком, оперированных в РостГМУ в период с 2005 по 2016 гг. У 171 пациента выявлены внутривенные метастазы на до- и интраоперационных этапах лечения. Пациенты распределены по группам, в зависимости от пола, возраста, стадии заболевания, локализации первичной опухоли, ее дифференцировки, местной распространенности и поражения регионарных лимфатических узлов. Метастазы печени диагностировали с помощью УЗ-исследования с доплеровским эффектом, КТ с внутривенным контрастированием, МРТ, а также определением уровня раково-эмбрионального антигена (РЭА). Результаты. В зависимости от стадии (TNM) пациенты с внутривенными метастазами распределились следующим образом: T1 — 2 (1,1%) пациента, T2 — 12 (7,0%), T3 — 76 (44,4%), T4 — 81 (47,3%). По возрастным группам: 41—50 лет 4 (2,3%) пациентов; 51—60 лет 65 (38%) пациентов; 61—70 лет 68 (39,9%) пациент, 71 — 80 — 34 (19,8%) пациента. По локализации первичной опухоли преобладал рак прямой кишки — 92 (53,8%) пациента. Во всех случаях выявлена аденокарцинома (G2 — 92 больных, G3 — 79). У 12 пациентов (7%) обнаружены солитарные метастазы размерами до 4 см, у 42 (24,5%) пациентов диагностированы от 2 до 4 опухолевых узлов; множественные с поражением обеих долей и объемом пораженной паренхимы до 60 % — у 117 (68,4%) человек. При наличии одиночных метастазов, как правило, поражалась правая доля печени. Множественные опухолевые узлы в печени преобладали у лиц в возрасте от 51 до 70 лет, кроме этого у них же диагностирована регионарная лимфаденопатия. У 23 (13,4%) больных на дооперационном этапе метастазы обнаружены не были. Дуплексное сканирование позволяло уточнить характер опухоли, наличие в ней кровотока. Однако, у 115 пациентов кровотока в метастазах не выявлен, что объяснялось некрозом, распадом и кальцификацией опухоли. КТ была применена нами у 120 человек (70,1%). Метастазы малых размеров (до 30 мм) часто гипervasкулярны во время артериальной фазы, тогда как очаги больших размеров имеют гипervasкулярный ободок и гиповаскулярный центр. Во всех случаях во время портальной фазы исследования опухоли были гиповаскулярны. МРТ позволяло выявлять метастазы диаметром менее

10 мм. В наших исследованиях опухоли выглядели гипоинтенсивными на T1-изображениях и гиперинтенсивными на T2-изображениях. Кроме этого, на диффузионно-взвешенной МРТ (DWI) mts были гиперинтенсивными. Выводы. 1. Всем пациентам в пред- и послеоперационном периодах должны выполняться УЗИ, КТ, МРТ. 2. Группа риска — пациенты 51—70 лет с колоректальным раком (T3-4N1) обоих полов с низко- и умеренно дифференцированной аденокарциномой. 3. Уровень РЭА является прогностическим фактором эффективности хирургического лечения, адъювантной химиотерапии и прогнозирования риска рецидива метастатического поражения печени.

1469. ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Groshilin В.С., Перескоков С.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Актуальность. В последние десятилетия заболеваемость злокачественными опухолями ободочной и прямой кишки имеет тенденцию к устойчивому росту. При этом увеличивается количество больных с распространенными и осложненными формами колоректального рака. Возможность выполнения радикальных хирургических вмешательств у подобных пациентов сводится к минимуму. При этом значимая роль отводится циторедуктивным операциям, после которых удается повысить качество жизни больных и провести адекватное адъювантное лечение. Необходимость выполнения подобных оперативных пособий подтверждается статистически достоверным увеличением продолжительности жизни.

Цель. Изучение результатов циторедуктивных операций у больных с распространенным колоректальным раком.

Материал и методы. С 2005 по 2016 на лечении находились 605 больных. У 171 человека (28,2%) диагностированы внутривенные метастазы. У 132 больных (77,2%) диагностировано билобарное поражение печени. 98 пациентам выполнены циторедуктивные операции с удалением первичного опухолевого очага. Еще у 34 больных выполнены паллиативные вмешательства в объеме наложения обходных анастомозов, обструктивных резекций, двухствольных колостомий. В этих случаях удалить первичную опухоль не представлялось



возможным в связи с местным распространением процесса, поражением костей таза и крупных сосудистых структур. Отметим, что в 12 наблюдениях с нерезектабельными опухолевыми поражениями правой доли печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам проводились сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации 5-фторурацилом. Все пациенты в послеоперационном периоде получали курсы системной адъювантной химиотерапии в количестве от 4 до 6. Результаты. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 12 (9,0 %) больных: гнойные осложнения – 6, несостоятельность анастомоза – 5, тромбоэмболия легочной артерии – 1. Умерло 4 больных. Причины смерти: тромбоэмболия легочной артерии – 1, разлитой перитонит – 2, ДВС-синдром – 1. Послеоперационная 30-дневная летальность составила 3,0 %. Медиана жизни у пациентов после TACE составила 15,5 месяцев. 360-дневная выживаемость в общей группе пациентов составила 34%. 3-летней выживаемости не отмечено. Основными причинами летальных исходов были рецидив первичной опухоли, а также развитие печеночной недостаточности. Заключение. Относительно низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после циторедуктивных операций свидетельствует о целесообразности их выполнения у больных с распространенным колоректальным раком. Это позволяет не только улучшить качество жизни пациентов, но и дает возможность проведения полных курсов адъювантной химиотерапии. В каждом конкретном случае объем операции выбирается индивидуально, однако всегда следует стремиться к максимально полному удалению опухолевой ткани. Только в случае невозможности удаления опухоли следует прибегать к выполнению паллиативной операции, направленной на ликвидацию осложнений опухолевого процесса.

1470. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ КРИЗОМ

Пучков К.В., Пучков Д.К.

Рязань

ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И. П. Павлова,
кафедра хирургии, акушерства и гинекологии
ФДПО, Рязань, Россия

Актуальность. В настоящее время выполняется достаточно широкий спектр лапароскопических операций при беременности: аппендэктомия, вме-

шательства на желчном пузыре, адреналэктомия, ликвидация кишечной непроходимости, операции на органах малого таза. Преимущества малоинвазивных видов оперативных вмешательств у беременных, в сравнении с традиционным методом, бесспорны. Минимальный риск развития послеоперационных грыж и невынашивания беременности, уменьшение лекарственной нагрузки на плод делают этот метод предпочтительным. Тем не менее, следует отметить, что при большом сроке беременности увеличенная матка ограничивает объем свободной брюшной полости, затрудняя манипуляции инструментами. Поэтому эти оперативные вмешательства должен выполнять хирург, обладающий опытом спленэктомии в открытой и лапароскопической хирургии. Цель: изучить технические возможности лапароскопической спленэктомии у беременных с гематологическим кризом. Материалы и методы. В Рязанском областном центре эндохирургии и 1-й клинической больнице управления делами мэра и правительства Москвы выполнено 5 лапароскопических спленэктомий при беременности II триместра, первая из которых – 22.05.1997 г. Показаниями к оперативному вмешательству у беременных пациенток явились заболевания крови, приводящие к избыточному гемолизу: тромбоцитопеническая пурпура при угрозе кровоизлияния и кровотечения; аутоиммунная гемолитическая анемия; врожденная гемолитическая микросфероцитарная анемия. Предоперационная подготовка у гематологических больных имеет ряд специфических особенностей в связи с частым развитием геморрагического диатеза. Она должна проводиться в специализированном гематологическом отделении, под контролем опытного гематолога и акушера-гинеколога. Перед вмешательством необходимо добиться максимального уменьшения кровоточивости с помощью гемостатических растворов, переливания крови и кровезаменителей, сосудоукрепляющих средств. Результаты. Техника лапароскопической спленэктомии у беременных была идентичной, но имела определенные особенности, заключающиеся в изменении точек введения портов и инструментов. Параумбиликальный доступ располагался на 5 см выше пупка. Карбоксиперитонеум обеспечивали доступом по Хассену, объем до 12 мм рт. ст. со скоростью 1,6 л/мин. Использовали 5 троакаров: 1 – параумбиликальный – для введения 30° лапароскопа – располагался на 5 см выше пупочного кольца, 2 – в правой мезогастральной области по среднеключичной линии – для введения зажима «Endo Babcock» («Auto Suture») и захвата желудка; 3 – по средней линии на 4–5 см ниже мечевидного отростка – для введения мягкого зажима 5 мм; 4 – в левом подреберье по среднеключичной линии – для введения основных инструментов



(клипсаппликатора, ножниц, диссектора, сшивающего аппарата); 5 – в левой мезогастральной области – для введения инструмента «Endo Retract» («Auto Suture») и отведения большого сальника – на уровне пупочного кольца. Таким образом, умбиликальный и левый мезогастральный троакары располагались несколько выше мест стандартного введения инструментов, используемых при лапароскопической спленэктомии. Лапароскопическую спленэктомию следует выполнять несколькими этапами. Сначала последовательно пересекается связочный аппарат селезенки, состоящий из 4 связок (желудочно-селезеночная, селезеночно-ободочная, селезеночно-почечная и селезеночно-диафрагмальная). Далее лигируются селезеночные сосуды, и пересекается поджелудочно-селезеночная связка. В завершении операции препарат селезенки извлекается из брюшной полости в пластиковом контейнере. Все проколы в брюшной стенке ушивали специальным устройством «EndoClose» («Auto Suture»). В период с 1995 по 2001 год, мобилизацию селезенки мы выполняли монополярными ножницами, а на ножку селезенки накладывали эндоскопический сшивающий аппарат. Затем с 2002 года, для мобилизации связочного аппарата и обработки ножки селезенки нами используется биполярный электрохирургический генератор «LigaSure»™, имеющий три режима работы электролигирования сосудов диаметром до 7 мм. Это значительно ускорили время оперативного вмешательства, сделало его более безопасным и бескровным.

Выводы. Таким образом, использование лапароскопического метода для выполнения спленэктомии у беременных при гематологических заболеваниях, особенно в экстренных случаях, имеет неоспоримые преимущества. Все пациентки выписаны на 4-5 сутки, а беременность закончилась срочными родами естественным путем.

1471. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Кириенко А.И., Сажин А.В., Шевцов Ю.Н., Никишков А.С., Селиверстов Е.И., Андрияшкин А.В., Татаринцев А.М., Золотухин И.А.

Москва, 2) Белгород

1)ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России 2)ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Св

Цель. Выявить факторы риска, приводящие к раз-

витию грыж передней брюшной стенки. Материалы и методы. Произведена оценка факторов риска развития грыж передней брюшной стенки у 783 человек из базы данных одномоментного поперечного эпидемиологического исследования, проведенного в июне-июле 2015 г. в Крюковском сельском поселении Борисовского района Белгородской области (села Крюково, Чуланово, Зыбино). Обследование жителей проводили в фельдшерско-акушерских пунктах, а также выполняли подворовый обход. На каждого жителя заполняли специально разработанную анкету. Факт носительства грыжи признавали при выявлении клинических признаков заболевания или получении анамнестических данных о перенесенном ранее грыжесечении. Для определения того, какие независимые переменные могут объяснить появление грыж передней брюшной стенки использовали модель логистической регрессии. Произвели расчет отношения шансов (ОШ) и вероятности появления грыж, относительная значимость этих факторов выявлена количественно. Результаты. Осмотрено 783 человека (86,6% от общего числа жителей). Среди них было 298 (38%) мужчин и 485 (62%) женщин. Возраст колебался от 10 до 90 лет. Грыжи передней брюшной стенки (на момент осмотра или в анамнезе) были выявлены у 164 человек (20,9%). Факторы риска присутствовали у 92,5% осмотренных жителей. Предикторами паховой грыжи стали пол ОШ - 9,15 [4.613-18.148].

1472. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В КОНТЕКСТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Махавкин А.С.(1), Макаров А.И.(2), Оловянный В.Е.(1,2), Беляев А.А.(1), Кузнецов А.А.(1), Семенов Т.С.(1), Смирнов Р.Ю.(1)

Архангельск

1)Областная клиническая больница,
2)Северный государственный медицинский университет

Актуальность. Своевременное выявление причин обструкции желчных протоков (ЖП), ранняя билиарная декомпрессия повышают эффективность лечения основной патологии, осложненной МЖ. Реализация подобного подхода к диагностике и лечению МЖ является проблемной для медицинских организаций (МО) российских регионов, в т.ч. Архангельской области (АО), расположенных



на обширных территориях с низкой плотностью проживания населения, с недостаточно развитой транспортной инфраструктурой, с маломощными больницами при нередком дефиците медицинских кадров и оборудования. Цель исследования: улучшить качество диагностики и лечения МЖ у пациентов АО на основе концепции развития и программы реализации трехуровневой системы оказания хирургической помощи. Материалы и методы. В 2015г. в ОКБ (МО 3-го уровня) пролечено 192 пациента с МЖ (9% от общего количества общехирургических пациентов). В соответствии с классификацией Федорова В.Д.(2000) легкая степень МЖ выявлена у 64 пациентов (33,6%), средняя степень тяжести МЖ – у 73 пациента (38,1%) и тяжелая степень МЖ – у 55 пациентов (28,3%) с прогнозируемой общей летальностью больных в группах, равной 0%, 10,5% и 42,9% соответственно. Выявлены следующие причины МЖ: ХЛ - у 112 пациентов (58,4%), неопухолевая стриктура терминального отдела холедоха – в 19 случаях (9,7%), опухолевая обструкция желчных протоков (ЖП) - в 55 случаях (28,3%) и патология поджелудочной железы – у 6 пациентов (3,5%). Для уточнения этиологии МЖ в срочном порядке в ОКБ выполнялись неинвазивные (УЗИ, КТ, МРТ) и инвазивные методы исследования (дуоденоскопия, ЭРХПГ, ЧЧХГ). Хирургическое лечение проводилось в соответствии с общепринятой концепцией двухэтапного лечения МЖ. Результаты. При ХЛ декомпрессия ЖП с последующим удалением конкрементов достигнута после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у 88 пациентов (78,6%). В 24 случаях для достижения декомпрессии у 6 пациентов (5,3%) потребовалось стентирование холедоха, но извлечь камни не удалось; у 7 пациентов (6,3%) выполнена ЧЧ- холангиостомия (ЧЧХС) и литэктомия ; в 11 случаях (9,8%) в связи с обструктивным холангитом и/или деструктивным холециститом выполнялась срочная открытая операция. При опухолевой обструкции протоков декомпрессия достигнута после эндоскопического стентирования у 41 (74,5%) и после ЧЧХС у 14 пациентов (25,5%). В 44 случаях МЖ опухолевого генеза (80%) малоинвазивное вмешательство оказалось единственным и окончательным методом лечения. Второй этап лечения при МЖ опухолевого генеза реализован после декомпрессии ЖП в 11 случаях: у 10 пациентов выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР) и у 1 пациента – паллиативная операция (сформирован билиодигестивный анастомоз). Общая летальность при МЖ опухолевого генеза составила 12,7% ; все погибшие 7 пациентов госпитализированы в ОКБ при наличии признаков МЖ тяжелой степени, синдрома системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности. Открытая холедо-

холитэкстракция выполнена у 6 пациентов после безуспешной ЭПСТ и достижения декомпрессии ЖП после стентирования. В связи с сочетанием ХЛ и калькулезного холецистита лапароскопическая холецистэктомия выполнена на 2-м этапе лечения МЖ у 53 пациентов, открытая – в одном случае. Заключение. Преобладание среднетяжелых и тяжелых степеней МЖ (66,4%) обусловлено поздней декомпрессией ЖП. При выявлении МЖ, что возможно в МО 1-го уровня при наличии специалистов по лучевой (УЗИ) и эндоскопической диагностике (дуоденоскопия) и должно решаться в МО 2-го уровня, показана срочная декомпрессия ЖП, достигаемая малоинвазивными хирургическими вмешательствами в 90% и более случаев. При освоении врачами МО 2-го уровня лечебной эндоскопии (дуализм эндоскопии!) и методов малоинвазивной хирургии срочная декомпрессия ЖП в большинстве случаев станет реальной для выполнения в МРХЦ. Подготовка специалистов для реализации программы оптимизации хирургической помощи должна быть предметом внимания медицинских ВУЗов.

1473. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ С D4- ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ С АССИСТЕНЦИЕЙ ЧЕРЕЗ ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП

*Хубезов Д.А. (1,2), Пучков К.В. (1),
Пучков Д.К. (1,2), Луканин Р.В. (2),
Игнатов И.С. (1), Родимов С.В. (1,2)*

Рязань

1) ФГБОУ ВО «РязГМУ имени академика И.П. Павлова», кафедра хирургии, акушерства и гинекологии (ФДПО2) ГБУ РО «Областная клиническая больница»

Введение. В последние годы в хирургическом лечении рака прямой кишки низких локализаций все большую популярность набирает трансанальная тотальная мезоректумэктомия (ТАТМЭ), которая позволяет выполнять прецизионную диссекцию мезоректума даже в сложных условиях (узкий таз, массивная опухоль, висцеральное ожирение). Максимально уменьшить инвазивность вмешательства позволяет использование единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Мировой опыт выполнения подобных операций, который ограничен лишь несколькими исследованиями с малыми группами пациентов, демонстрирует хорошие результаты.



Цель. Оценить результаты выполнения трансанальной тотальной мезоректумэктомии с ассистенцией через единый лапароскопический доступ. Материалы и методы. 17.02.17 в отделении колопроктологии ГБУ РО «ОКБ» г. Рязани, больной К., 76 лет, была выполнена ТАТМЭ с D4-лимфодиссекцией с ассистенцией через ЕЛД по поводу аденокарциномы прямой кишки T3bN1M0, нижний край образования располагался на 8 см от ануса. Через порт ЕЛД выполнена парааортальная лимфодиссекция, выделены и пересечены нижние брыжеечные сосуды, мобилизованы левый фланг ободочной кишки, сигмовидная кишка и вернеампулярный отдел прямой кишки. Через порт ЕЛД, установленный трансанально, выполнен тотальная мезоректумэктомия, наложен аппаратный колоректальный анастомоз. В правой подвздошной области через разрез, в который был установлен ЕЛД порт, выведена превентивная петлевая илеостома. Результаты. Длительность операции составила 206 минут, объем кровопотери – 80 мл. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. На первые сутки после операции больная начала вставать с постели, на 2-е - питаться самостоятельно. Функционирование илеостомы отмечено на 2-е сутки после операции. Пациента выписана на 8 сутки после операции. Выводы. Не смотря на ряд спорных моментов, свойственных ТАТМЭ с ассистенцией через ЕЛД, по нашему мнению, данная операция достаточно безопасна и позволяет добиться снижения болевого синдрома, уменьшения сроков послеоперационной реабилитации, хорошего косметического эффекта. Однако для установления окончательно места этого метода в хирургическом лечении рака прямой кишки необходимы дальнейшие исследования.

1474. РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ АОРТО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА ТИПА С И D (TASC II)

Замский К.С., Варукин В.П., Белов И.В., Шатохина А.Д., Дзигасов С.О., Варочкин К.А.

Москва

ФГКУ Главный военный клинический госпиталь им. акад Н.Н.Бурденко, МО РФ

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с тяжелым поражением аорто-бедренного сегмента на фоне мультифокального атеросклеротического поражения. Материал и методы: Проанализированы результаты хирур-

гического лечения 74 пациентов (71 мужчина, 3 женщины) с поражением аорто-подвздошно-бедренного сегмента морфологического типа С и D (TASC II). 14 больных были моложе 60 лет, 56 в возрасте от 60 до 74 лет, и 4 старше 75 лет. В 73% случаев наблюдалась ишемия 2Б степени, в 27% критическая ишемия нижних конечностей. При этом 13,5% имели трофические изменения стопы и голени. Следует особо отметить, что у всех пациентов с 2Б степенью ишемии отмечено прогрессирование заболевания с значительным снижением расстояния безболевого ходьбы, снижение качества жизни. Диагноз установлен на основании комплексного обследования по результатам дуплексного сканирования, КТ-ангиографии и/или рентгенконтрастной ангиографии. В выборе метода лечения руководствовались длиной пораженного участка и состоянием путей оттока, так было принято решение в пользу проведения ортотопных аорто-бедренных открытых операций. В 14 случаях поражение подвздошно-бедренного сегмента сочеталось с аневризмой инфраренального отдела аорты, неподходящего для эндопротезирования. У всех пациентов рутинно выполнялось коронарографическое исследование, по результатам которого интакное коронарное русло выявлено только у 1 (1,3%). В анамнезе у 4 больных в различные сроки (более одного года) выполнена рекаскуляризация миокарда в связи с тяжелым течением ИБС. У 22 пациентов выявлено тяжелое поражение коронарного русла потребовавшее превентивного выполнения реваскуляризации миокарда (12 стентирований и 10 АКШ). Выполнено 14 каротидных эндартерэктомий у 12 больных по причине значимого стеноза сонных артерий. У всех пациентов определялось 2 и более факторов риска. Результаты: В группе пациентов с превентивной реваскуляризацией миокарда периоперационных инфарктов миокарда не отмечено. 2 летальных исхода констатированы на фоне острой декомпенсации сердечной деятельности в 1 и 5 сутки после операции в группе без предварительной реваскуляризации венечного русла. Ближайшая первичная проходимость трансплантатов в течении первых 30 суток составила 93%. Причиной тромбозов явилось неудовлетворительное состояние путей оттока, что потребовало выполнение дополнительного бедренно-подколенного шунтирования. У всех больных отмечен положительный эффект в виде значительного увеличения дистанции ходьбы, купирования симптомов критической ишемии. 100% конечностей были сохранены. Выводы: Учитывая тяжелое мультифокальное и многоуровневое поражение артериального русла с наличием большого количества факторов риска необходимо придерживаться активной хирургической тактики в лечении данного контингента пациентов.



1475. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ СПРАВА С УДАЛЕНИЕМ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБА ПОЛОЙ ВЕНЫ С ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ

Галлямов Э.А. (1,1), Коваленко А.В. (1,1),
Кочкин А.Д. (2,2), Михайликов Т.Г. (1,1)
Пилипосян Е.А. (1,1) Новиков А.Б. (1,3)
Шиповский В.Н. (1,1) Васильев А.Э (1,1),
Ерошенко А.В. (1,1), Санжаров А.Е. (1,4),
Лукин А.В. (1,1), Федоров А.В. (1,1),
Сысоев А.М

1) Москва, 2) Нижний Новгород

1. ЦКБ гражданской авиации 2. ДКБ на станции
Нижний Новгород ОАО РЖД 3. Медицинский
центр ЦБ РФ 4. ФНКЦ ФМБА

Актуальность. Одним из вариантов течения почечно-клеточного рака является прорастание стенки почечной вены и дальнейшее внутрисосудистое распространение опухоли, зачастую свободно флотирующей, в просвете почечной, а затем и нижней полой вены. И если лапароскопическая радикальная нефрэктомия является, в общем, рутинной операцией, то в случае распространения опухолевого тромба до нижней полой вены радикальная операция требует особого подхода, в комплексе с сосудистыми хирургами.

Материалы и методы. Пациентка В., 60 лет, поступила в клинику ЦКБ ГА в июле 2016 года для выполнения высокотехнологичной медицинской операции - удаления правой почки с опухолевым тромбом. Указанная опухоль выявлена в больнице г. Курган в июне 2016 в связи с рецидивирующей макрогематурией. По данным ретроградной каваграфии положение опухолевого тромба определено следующим образом: выполняющий практически весь просвет правой почечной вены, перекрывающий две трети просвета нижней полой вены, со свободно флотирующим концом краниальнее устьев печёночных вен, но каудальнее диафрагмы. В связи с предполагаемой возможностью эндовазкулярного смещения тромба ниже уровня устьев печёночных вен принято решение о возможности выполнения лапароскопической нефрэктомии с тромбэктомией из нижней полой вены. Операция разделена на 2 этапа: эндовазкулярный этап включал введение тромбэкстрактора ретроградно для подталкивания тромба каудальнее и выше его окклюзирующего баллона; лапароскопический этап: включавший выделение обеих почечных вен, нижней полой вены от уровня бифуркации до диафрагмы, выделение печёноч-

но-двенадцатиперстной связки с воротной веной, пересечение поясничных вен, временное пережатие левой почечной вены зажимом типа "бульдог", воротной вены в составе печёочно-двенадцатиперстной связи турникетом, нижней полой вены выше бифуркации зажимом Сатинского, раздутие баллона в полой вене на уровне устьев печёночных вен, вскрытие нижней полой вены и удаление опухолевого тромба, нефрэктомия справа и шов нижней полой вены с последующим восстановлением притока к нижней полой вене. Полученные результаты: Эндовазкулярный этап занял 1 час 50 минут, лапароскопический - 4 часа 30 минут. Время пережатия притоков нижней полой вены составило 20 минут, время шва нижней полой вены 13 минут, кровопотеря 3 л, компенсирована трансфузией 1.25 л эр.взвеси, 1.5 л свежезамороженной плазмы. Перевод из реанимации на 3 сутки, выписка из больницы на 10 сутки послеоперационного периода с гемоглобином 132 г/л и креатинином 108 мкмоль/л. По данным гистологического исследования - светлоклеточная почечноклеточная карцинома G2 с прорастанием псевдокапсулы опухоли, вращением в фиброзную капсулу почки, в стенку почечной вены, в жировую клетчатку ворот почки. К работе больная приступила на 20 сутки послеоперационного периода. При контрольном звонке пациентке через 6 месяцев после операции больная работает, показатели гемоглобина и креатинина в норме, состоит под наблюдением онкоуролога без признаков рецидива.

Обсуждение: Несмотря на лапароскопический доступ принципы операции идентичны к открытому доступу. Длительность оперативного лечения, ушивания нижней полой вены, объём кровопотери сопоставим с таковым при открытом доступе. При этом течение послеоперационного периода, сроки пребывания в стационаре, длительность болевого синдрома и косметический дефект значительно меньше. Принципиально важна скоординированная работа с бригадой эндовазкулярных хирургов и анестезиологов - план операции и подготовка к ней определены в ходе предварительных совещаний. Выводы и рекомендации. Указанное наблюдение демонстрирует, что лапароскопический подход возможен даже в таких сложных клинических случаях. Обязательным, по нашему мнению, является сотрудничество с бригадой эндовазкулярных хирургов и планирование операции с анестезиологической службой заранее. Как и в любой сложной клинической ситуации, обязательен экспертный уровень хирурга и слаженность хирургической бригады. При соблюдении указанных условий демонстрируются хорошие послеоперационные показатели.



1476. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА

*Израилов Р.Е. (1,2), Васнев О.С. (1),
Домрачев С.А. (1,2), Кошкин М.А. (1),
Байчоров М.Э. (1)*

Москва

- 1) Московский клинический научный центр,
- 2) Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

Актуальность: глобальный опыт выполнения малоинвазивных операций у пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода ограничен вследствие ряда причин, одна из которых – отсутствие четких рекомендаций по их применению. Материалы и методы: восемьдесят пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода было прооперировано в нашем центре одной хирургической бригадой. Показаниями к оперативному лечению 4 пациентов явилась ожоговая стриктура пищевода, 12 пациентов оперированы по поводу пептической стриктуры пищевода, у 59 больных операция выполнена по поводу ахалазии и у 5 – по поводу дивертикулов пищевода. Тораколапароскопическая эзофагэктомия выполнена 25 больным, среди них 23 выполнена операция McKeown, 1 пациенту – Ivor Lewis и 1 – роботическая эзофагэктомия. Показаниями к операции служили стриктуры пищевода и ахалазия кардии 4 стадии. В 23 случаях пластика пищевода выполнена с использованием желудочного стебля, в 2 случаях - сегментом толстой кишки. Торакокопическая дивертикулэктомия выполнена 5 больным, лапароскопическая кардиомиотомия - 50 больным. Результаты: Среднее время эзофагэктомии составило $452 \pm 36,1$ мин (355-680 мин), средняя кровопотеря - $133 \pm 54,9$ мл. Конверсий в данной группе не было. Интраоперационное осложнение возникло у 1 пациента – повреждение мембранозной части трахеи во время мобилизации пищевода, ушито интракорпорально. Послеоперационный период 2 больных осложнился развитием несостоятельности анастомозов: эзофагогастроанастомоза у 1 больного и эзофагоколоанастомоза – у второго, классифицированы как осложнения 3b степени согласно классификации Клавьен-Диндо. Оба пациента пролечены консервативно эндоскопической установкой питательного зонда, ограничением перорального приема пищи, разведением раны на шее с регулярными санациями, перевязками, назначением антибактериальных препара-

тов. Послеоперационный период остальных пациентов в этой группе протекал без осложнений. Средний послеоперационный койко-день составил 13,7 суток. В группе торакокопических дивертикулэктомий конверсий не было, среднее время операции составило $160 \pm 18,7$ мин (110-225 мин), средняя кровопотеря - $30 \pm 10,1$ мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Средний послеоперационный койко-день составил 7,8 суток. Лапароскопическая кардиомиотомия по поводу ахалазии выполнена 50 пациентам. Во всех случаях операция выполнена лапароскопически. Среднее время операции составило $137,6 \pm 15,4$ мин (100-210 мин), средняя кровопотеря - $50 \pm 10,2$ мл. В данной группе не зафиксировано интра- и послеоперационных осложнений. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции составила 8,7 суток. Вывод: тораколапароскопические операции выполнимы, безопасны и могут рассматриваться как метод выбора у пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода в специализированных центрах.

1477. ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ ОБЛАСТИ ХИ- РУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Зорькин А.А. (1,2), Понамарев Н.И.(1),
Тутолмин В.Р. (1), Амирагян Д.М.(1,2),
Приезжев Н.Б.(1), Курносилова Л.Е.(1),
Майстренко Д.Н.(1), Козлов И.Г.(1),
Магомедрагимов Р.А.(1), Дрожжин Е.В.(2),
Полозова К.В.(1)*

Сургут

- 1)БУ «Сургутская городская клиническая больница»
- 2)БУ «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

Лечение острого калькулезного холецистита на современном этапе проводится преимущественно с использованием малоинвазивных хирургических технологий, что дает возможность реализовать у этой категории пациентов технологии ускоренной реабилитации и ранней выписки на амбулаторный этап лечения. В значительной степени это достигается активизацией хирургической тактики и модификацией уже существующих подходов к технике операции (снижение количества точек доступа, SILS-технологии, ограничение показаний к дренированию брюшной полости и т.п.). В данных



условиях существенное значение имеет оптимизация применения антибактериальных препаратов в периоперационном периоде.

Цель: Оценить эффективность пролонгированной антибиотикопрофилактики у больных с острым калькулезным холециститом в периоперационном периоде в сравнении с проведением традиционного курса антибиотикотерапии в отношении развития инфекций области хирургического вмешательства.

Материалы и методы: В исследование, проведенное в хирургическом отделении БУ «Сургутская городская клиническая больница», включены 436 больных за период 2009-2016 гг., которым антибактериальные препараты назначались в режиме антибиотикопрофилактики за 30 минут до вмешательства, затем в течение не более 3 суток после выполнения холецистэктомии (основная группа). Группу сравнения составили 307 больных за период 2005-2008 гг., которым проводилась стандартная антибиотикотерапия длительностью не менее 5 суток. Группы были однородны по полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологии, медикаментозной терапии. Сравнивали частоту развития инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Мы связываем это с тем, что в более ранний период деятельности выполнение холецистэктомий без дренирования подпеченочного пространства, а также удаление дренажа ранее 48 часов после вмешательства нами практически не практиковалось. Инфекционных осложнений другой локализации не было ни в одной из групп. Длительность госпитализации между группами также статистически значимо не различалась, хотя имела тенденция к сокращению длительности стационарного этапа лечения на 1,8 к/дня. Расход антибиотиков в основной группе был меньше на 36%. Выводы: У больных с острым калькулезным холециститом применение антибактериальных препаратов в режиме пролонгированной антибиотикопрофилактики в сравнении с традиционным курсом антибиотикотерапии не сопровождается увеличением частоты инфекций области хирургического вмешательства. В качестве препарата выбора для проведения пролонгированной антибиотикопрофилактики можно рекомендовать цефтриаксон. Экономическая эффективность данной технологии заключается в сокращении потребности стационара в антибактериальных средствах и в уменьшении длительности стационарного этапа лечения. Развитие такого осложнения, как биллома, не имеет прямой связи с режимом применения антибактериальных препаратов.

1478. ЭФФЕКТЫ ПОЗДНЕЙ ФАЗЫ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ

Колесник И.М.

Курск

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель: установить влияние поздней фазы дистантного ишемического прекондиционирования (ДИП) на состояние ишемизированной мышцы голени крысы и определить роль индуцибельной NO-синтазы (iNOS) в нем.

Материалы и методы: Опыты проведены на 80 крысах Wistar, массой 220-250 г. Острую ишемию мышц голени моделировали оперативным удалением бедренной, подколенной, передней и задней большеберцовых артерии правой задней конечности на вторые сутки эксперимента. ДИП осуществляли 10 минутным пережатием левой бедренной артерии, посредством наложения жгута на верхнюю треть бедра, каждые 48 часов первые 7 суток эксперимента. iNOS блокировали внутрибрюшным введением аминуганидина в суточной дозе 100 мг/кг, ежедневно, первые 7 суток эксперимента. Состояние мышцы голени оценивали по уровню микроциркуляции в ней и данным морфологического исследования. Уровень микроциркуляции определяли посредством лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), значения выражали в перфузионных единицах (ПЕ). Морфологическое исследование выполнено с применением общегистологических и иммуногистохимических методов прямой детекции изучаемых продуктов клеточной экспрессии: iNOS и маркера цитопротекции и потенциального роста эндотелия эндоглина (CD105). Статистический анализ полученных данных осуществляли в программе Microsoft Excel версии 10.0. Статистически значимыми считали различия при значениях двустороннего р



1479. ТОРАКОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ПИЩЕВОДА СЕГМЕНТОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Израилов Р.Е. (1,2), Домрачев С.А. (1,2),
Васнев О.С. (1), Кошкин М.А. (1),
Байчоров М.Э. (1)*

Москва

- 1) Московский клинический научный центр,
- 2) Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

Актуальность: В настоящее время отмечен рост числа операций, выполняемых при доброкачественных и злокачественных заболеваниях пищевода миниинвазивным способом. Такой способ обладает рядом преимуществ, в числе которых снижение травматичности операции, лучшая визуализация операционного поля, меньшие кровопотери, послеоперационный койко-день. Наиболее часто для замещения пищевода используется желудок. В случае невозможности его использования, особенно при сочетанных химических ожогах пищевода и желудка, тотальное замещение пищевода осуществляется отрезком толстой кишки. Данная тактика является общепринятой в мире при использовании открытого доступа, однако опыт ее применения при тораколапароскопических операциях ограничен. Материалы и методы: представлен опыт выполнения трёх полностью тораколапароскопических резекций пищевода с одномоментной пластикой сегментом толстой кишки и формированием эзофаго-колоанастомоза на шее, выполненных в нашем центре одной хирургической бригадой. Первый пациент – мужчина 65 лет с доброкачественной ожоговой стриктурой пищевода. Недостаточная длина желудочного стебля выявлена интраоперационно после его формирования. Второй пациент – мужчина 60 лет с сочетанной ожоговой стриктурой пищевода и стенозом антрального отдела желудка. Было проведено двухэтапное оперативное лечение. Первым этапом выполнена дистальная резекция желудка по Бильрот-1 с формированием питательной гастростомы. Третья пациентка 57 лет с плоскоклеточным раком верхней трети пищевода. В анамнезе – резекция желудка по Бильрот-1 по поводу язвенной болезни. В первом случае пластика пищевода выполнена отрезком восходящей ободочной кишки, расположенным в антиперистальтической позиции. Кровоснабжение трансплантата осуществлялось через среднюю толстокишечную

артерию. В остальных случаях для замещения пищевода использована левая половина ободочной кишки, расположенная изоперистальтически с питанием через левую толстокишечную и сигмовидные сосуды. Результаты: Среднее время операции составило 653,3 мин. Торакальный этап занимал 128,3 мин, абдоминальный и шейный этапы – 525 мин. Средняя кровопотеря составила 66,6 мл. В послеоперационном периоде у 2 больных отмечено развитие осложнений 3b степени по Клавьен-Диндо - несостоятельности эзофагоколоанастомоза. Больные пролечены консервативно установкой питательного зонда, ограничением перорального приема пищи, назначением антибиотиков, разведением раны на шее. Средний послеоперационный койко-день составил 19,7 суток. Вывод: тораколапароскопическая экстирпация пищевода с пластикой сегментом толстой кишки технически выполнима, безопасна при выполнении в специализированных центрах.

1480. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Белик. Б.М. (1), Родаков. А.В. (1),
Абдурагимов З.А. (1,2)*

Ростов-на-Дону

- 1) ГБОУ ВПО РостГМУ. 2) МБУЗ «ГБ №1 им. Н.А.Семашко», МБУЗ КДЦ «Здоровье»

Цель исследования: обосновать целесообразность, определить оптимальные сроки, методы и технические особенности выполнения малоинвазивных хирургических вмешательств, при остром билиарном панкреатите (ОБП).

Материал и методы. Проведен ретроспективный клинический анализ результатов лечения 209 больных с ОБП за период с 2010 по 2016гг. Причинами билиарной гипертензии и нарушения оттока панкреатического секрета с развитием ОБП явились у 138 (66%) больных холедохолитиаз обусловленный миграцией конкрементов из желчного пузыря в терминальный отдел холедоха, и у 70 (34%) рубцово-воспалительный стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Механическая желтуха у 121 (58%) больных, ущемление конкремента в БДС у 28 (13,4%) пациентов. Размеры конкрементов холедоха варьировали от 3,0 до 22,0 мм в диаметре. Одиночные конкременты встречались лишь в 42% случаев. У всех больных в процессе обследования и лечения использовались стандартные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, СКТ и МРТ. Всем



больным первым этапом выполнялись ретро- и антеградные дренирующие операции. У 83(40%) больных выполнялось срочное оперативное пособие в объеме: ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), холедохолитоэкстракция (ХЛЭ), назобилиарное дренирование (НБД). В случае развития протяжённых стриктур желчевыводящих путей ретроградные вмешательства были неэффективны из-за невозможности канюляции участка стеноза. Больных, которым не удалось выполнить ретроградные вмешательства на желчевыводящих путях было 27 (13%). У этих больных выполнялось антеградное дренирование холедоха. При наличии клиники механической желтухи, холангита в качестве срочной дренирующей операции выполнена чрескожная чреспечёночная холангиостомия (ЧЧХС). В зависимости от выбора дальнейшей лечебной тактики все больные ОБП были разделены на 2 группы. У больных первой (контрольной) группы выполнение радикального оперативного лечения (лапароскопической холецистэктомии (ХЭ) или холецистэктомии из мини-доступа) происходило после купирования панкреатита в среднем на $8 \pm 2,4$ сутки у 73(34,9%) больных или в плановом порядке после выписки у 65 (22,4%) больных. Данная тактика оправдывалась риском прогрессирования панкреатита на фоне операционной травмы. У больных второй (основной) группы ХЭ выполнялась сразу после дренирования холедоха или была выполнена первым этапом с обязательным дренированием холедоха по Пиковскому в случаях развития острого ферментативного холецистита или невозможности выполнения эндоскопического этапа. У больных основной группы дренаж холедоха сохранялся длительно до полной ликвидации жёлчной гипертензии и клиники острого панкреатита, что контролировалось клиническими, лабораторными и инструментальными (УЗИ, СКТ, РПХГ, холангиоманометрия и др) методами исследования. Результаты. У больных с холедохолитиазом в контрольной группе, повторные эндоскопические холедохолитоэкстракции и назобилиарное дренирование выполнялись у 29 (14%) пациентов. Они, как правило, были связаны с повторной миграцией конкрементов в холедох из жёлчного пузыря. При этом у пациентов с повторными операциями на желчевыводящих путях, выявлено развитие гнойного холангита у 18 (8,6%), повторного ОБП у 6 (2,7%) больных. У больных основной группы, которым выполнялось ХЭ в короткие сроки на фоне длительной управляемой жёлчной декомпрессии, отмечалось быстрое восстановление клинико-лабораторных показателей и наименьший показатель развития осложнений в послеоперационном периоде. Прогрессирование ОБП не отмечено. Выводы. Из представлен-

ных данных видно, что у больных ОБП, раннее выполнение ХЭ, тем самым ранняя ликвидация этиологической причины развития осложнений жёлчно-каменной болезни (ЖКБ) является более рациональной тактикой ведения данных больных. Раннее выполнение ХЭ предупреждает повторную миграцию конкрементов в желчевыводящие пути, снижает риск повторного развития ОБП, гнойного холангита и других осложнений ЖКБ.

1481. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ

*Васнев О.С. (1), Израилов Р.Е. (1,2),
Кошкин М.А. (1), Михневич М.В. (1,2),
Байчоров М.Э. (1,2)*

Москва

- 1) Московский клинический научный центр,
- 2) Московский государственный медикостоматологический университет имени А. И. Евдокимова

Актуальность: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - одно из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний в гастроэнтерологии. За последние десятилетия отмечен значительный рост заболеваемости ГЭРБ, особенно заметный в развитых странах. Широкое внедрение в клиническую практику ингибиторов протонной помпы позволило контролировать симптомы заболевания у части пациентов. При этом, по разным данным, у 30%-40% пациентов прием ингибиторов протонной помпы не сопровождается полным купированием проявлений ГЭРБ и развитием ее осложнений. В таких случаях альтернативным эффективным и безопасным методом лечения ГЭРБ является оперативное вмешательство – фундопликация. С развитием малоинвазивных технологий золотым стандартом хирургического лечения ГЭРБ была признана лапароскопическая фундопликация, впервые выполненная в 1991 году. Дальнейшее развитие привело к внедрению в практику робот-ассистированных операций. Хирургия ГЭРБ не стала исключением. При анализе иностранной литературы выявлено большое количество работ, посвященных выполнению робот-ассистированных фундопликаций. Вместе с тем российский опыт выполнения данных операций ограничен.

Материалы и методы: за период с декабря 2016 г. по февраль 2017 г. оперировано 7 больных в возрасте от 35 до 72 лет, среди них 5 (72%) женщин и 2 (28%) мужчин. Комплекс дооперационного



обследования включал: рентген-контрастное полипозиционное исследование пищевода, эзофагогастродуоденоскопию, суточную рН-метрию, манометрию пищевода. При обследовании у всех больных были выявлены грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), эрозивный рефлюкс-эзофагит. Во всех случаях проводилась терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) на протяжении не менее 12 недель. При этом отмечалась неэффективность терапии ИПП либо частичный ответ с рецидивом клинической симптоматики при отмене терапии. Всем больным была выполнена фундопликация по А.Ф. Черноусову с применением роботической системы DaVinci. В 2 случаях симультанно выполнена холецистэктомия. Результаты: Средняя продолжительность операции составила $177,6 \pm 35,3$ мин с учетом времени, затраченного на установку роботического комплекса. Средняя кровопотеря – $5 \pm 2,3$ мл. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Средний послеоперационный койко-день составил $5,8 \pm 1,3$. Вывод: роботическая фундопликация технически выполнимый и безопасный способ оперативного лечения ГЭРБ. Проспективные рандомизированные исследования требуются для анализа отдаленных результатов лечения.

1482. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГОЛОВЧАТОГО ПАНКРЕАТИТА

Касумьян А.С., Алибегов Р.А., Касумьян С.А.

Смоленск

СГМУ

Актуальность: Хронический панкреатит является одним из наиболее часто встречаемых и сложных заболеваний в абдоминальной хирургии. Заболеваемость хроническим панкреатитом за последние годы постоянно возрастает. Резекционные вмешательства (панкреатодуоденальная резекция (ПДР) и изолированные резекции головки поджелудочной железы) являются основными методами в лечении осложненного хронического головчатого панкреатита. Основными критериями успешности хирургического лечения считается стойкое купирование болевого синдрома и улучшение качества жизни больного. Изучение отдаленных результатов после различных видов резекционных вмешательств и стало целью данного исследования.

Материалы и методы. В работе анализируются результаты хирургического лечения у 21 больного.

В зависимости от вида оперативного вмешательства больные были разделены на 2 группы: 1) пациенты, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция (10 больных), 2) пациенты, которым были выполнены изолированные резекции головки поджелудочной железы (11 больных). Среди обследуемых больных мужчин было – 19 (90,4%), женщин – 2 (9,6%). Средний возраст больных составил $51,72 \pm 2,91$ года. Показанием к выполнению ПДР явилось наличие механической желтухи и стеноза двенадцатиперстной кишки, а также невозможность исключить злокачественное новообразование. Показанием к изолированной резекции головки поджелудочной железы послужили увеличение размеров головки поджелудочной железы и фиброзные изменения в ней, сопровождающиеся развитием хронического болевого синдрома, механической желтухи. У 18 пациентов в качестве первого этапа хирургического лечения выполнялась декомпрессия желчевыводящих путей для купирования явлений механической желтухи. Всем больным выполнено стандартное обследование, включающее опрос, общее клиническое исследование, общие лабораторные анализы, УЗИ брюшной полости, фиброгастроскопию. Для оценки качества жизни больных использовали два вида опросников: неспецифический опросник SF-36, шкалу оценки желудочно-кишечных симптомов (GSRs). Полученные результаты. Срок наблюдения после выполненной операции составил от 1 года до 5 лет. Летальных исходов за этот период не отмечено. Исчезновение болевого синдрома после операции наблюдалось у 80% больных первой группы, и у 81,8% больных второй группы, остальные больные нуждались в периодическом приеме анальгетиков. У всех больных после операции имелись симптомы экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Все 10 больных из 1 группы и 6 пациентов 2 группы постоянно получали заместительную ферментную терапию. Сахарный диабет 2 типа после операции был выявлен у 3 больных из первой и у 1 – из второй группы. При исследовании качества жизни по опроснику SF-36 среднее значение показателя физического компонента здоровья (PH) в первой группе больных составило 41,512; во второй – 45,395, ($p > 0,05$). Показатель психологического компонента здоровья (PH) в первой группе больных составил 42,838, во второй 44,175 ($p > 0,05$). При проведении анализа результатов опросника GSRs выявлено, что у больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, более выражены были диарейный синдром (3,5 балла) и диспепсический синдром (3,0 балла), тогда как в группе больных, которым ранее было выполнена изолированная резекция головки поджелудочной железы, преобладали синдром абдоминальной боли и диарейный синдром (значе-



ния по шкале составили 3,2 и 2,7 баллов). Выводы. Оба вида резекционных вмешательств приводят к стойкому исчезновению болевого синдрома. Явления экзокринной и эндокринной недостаточности несколько чаще отмечаются у больных перенесших панкреатодуоденальную резекцию, что отражается в снижении показателей качества жизни этих пациентов.

1483. АНЕВРИЗМЫ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ КОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА

*Игнашов А.М. (1), Дойников Д.Н. (2),
Светликов А.В. (3), Мигащук С.Д. (2),
Морозов А.Н. (1), Гичкин А.Ю. (1), Галкин П.А. (3),
Ван Чжо (1), Гамзатов Т.Х.(3)*

Санкт-Петербург

- 1) НИИ хирургии и неотложной медицины
Первого Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета им. акад. И.П.
Павлова
- 2) ФБГУ Всероссийский центр экстренной и
радиационной медицины им. А.М. Никифорова
МЧС России
- 3) Клиническая больница №1

Цель исследования – показать соотношения компрессионного стеноза или окклюзии чревного стола и висцеральных артериальных аневризм его и ветвей верхней брыжеечной артерии. С октября 1996 по декабрь 2016 г. у 12 больных, из них у 9(3,1%) из 286 синдромом компрессии чревного ствола (СКЧС) за последние 4 года, были выявлены аневризмы его и ветвей верхней брыжеечной артерии (ВБА). Женщин 10 и мужчин два, их возраст от 28 до 65 лет, средний возраст 47,2 года. За исключением двух больных, у 10 аневризмы обнаружены случайно по данным УЗДС, МСКТ – ангиографии и у 3 катетерной ангиографии в диагностике СКЧС и другим показаниям. У 2 больных общая печеночная артерия начиналась от ВБА, селезеночно-желудочный ствол отходил от аорты отдельно. У одной была дополнительная печеночная артерия от ВБА. У 8 из 12 больных был КСЧС более 50% по диаметру. Из них у одного была постстенотическая аневризма ЧС, у 3 аневризма нижней панкреатодуоденальной артерии (НПДА), у одной селезеночной артерии, у одной 4 аневризмы селезеночной артерии и у одной аневризмы базилярной артерии, короткой артерии желудка и две НПДА. У двух была окклюзия ЧС по компресси-

онному типу: стеноз ВБА и 4 аневризмы НПДА (1) и аневризма НПДА (1). У двух больных был компрессионный стеноз ствола селезеночно-левожелудочной артерии и аневризма общей печеночной артерии в месте отхождения от ВБА у одной из них, и у другой аневризма в области устья нижней панкреатической артерии. У одной больной КСЧС имела ложная посттравматическая артериовенозная аневризма ветвей ВБА и вены. Диаметр аневризм от 6 до 50 мм и ложной 67x41x37 мм. У одного пациента с аневризмой ЧС клинических симптомов не было, у 8 были дискомфорт и боль в животе после приема пищи и еще у трех проявления в большей мере были обусловлены аневризмой. У 8 из 10 больных была выполнена открытая декомпрессия ЧС и у одной декомпрессия селезеночно-левожелудочной артерии. Одновременно аортообщепеченочное шунтирование и выключение аневризмы ЧС (1) и общей печеночной артерии (1) из кровотока; эмболизация НПДА(1); резекция аневризмы НПДА (2); резекция 3 аневризм НПДА и подвздошно-общепеченочное шунтирование (1); резекция аневризмы селезеночной (1), короткой артерии желудка и НПДА (1) и выключение артериовенозной аневризмы ВБА и вены (1); резекция аневризмы нижней панкреатической артерии и ее аутовенозное протезирование (1). При гистологическом исследовании стенки мешка аневризм были выявлены дегенеративные изменения и ее истончение. Осложнений и летальных исходов не было. При компрессионном стенозе или окклюзии ЧС возможно образование аневризм в нем, его ветвях и ветвях ВБА из-за существенно возросшего кровотока в этой артерии. В диагностике СКЧС необходимо целенаправленно визуализировать висцеральные артерии на всем протяжении и при обнаружении в них аневризм и стенозирующего поражения ЧС необходимо открытое или эндоваскулярное вмешательство для устранения аневризмы и восстановления кровотока в чревном стволе.

1484. СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ПРЕПАРАТА ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ?

*Пучков К.В. (1), Хубезов Д.А. (1,2),
Пучков Д.К. (1,2), Луканин Р.В. (2)*

Рязань

- 1) ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова»
- 2) ГБУ РО «Областная клиническая больница»

Введение. Выполнение тотальной мезоректумэк-



томии (ТМЭ) является «золотым» стандартом лечения пациентов с опухолями, расположенными в среднем и нижеампулярном отделах прямой кишки. Хирургическая техника может повлиять с точки зрения местных рецидивов на выживаемость пациентов. Ряд работ показывают, что макроскопическое качество мезоректума после выполнения ТМЭ, является важным прогностическим фактором развития местных и общих рецидивов. Все факторы, потенциально влияющие на качество препарата ТМЭ можно условно разделить на 2 категории. К первой группе относятся факторы, ассоциированные с пациентом: пол пациента и размеры таза, индекс массы тела (ИМТ), ранее перенесенные операции на органах малого таза и брюшной полости, проведение неоадьювантной лучевой терапии, размеры и расположение опухоли, стадия опухолевого процесса, ко второй группе – факторы, ассоциированные с хирургом: выбор доступа – открытая и лапароскопическая техника, а также мануальные навыки хирурга.

Цель: провести анализ результатов выполнения тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) открытым и лапароскопическим доступом, определение факторов, влияющих на качество препарата ТМЭ. Материал и методы. Проведено открытое проспективное рандомизированное исследование, включившее 193 пациента, которым была выполнена тотальная мезоректумэктомия с выведением петлевой стомы по поводу опухоли средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки. В ходе исследования были проанализированы потенциальные факторы, влияющие на качество ТМЭ: возраст, пол, размеры малого таза, ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, проведение неоадьювантной лучевой терапии, размеры и локализация опухоли, оперативных доступ, TNM стадия опухолевого процесса. Результаты. Из 193 резекций, 117 (60,6%) выполнены лапароскопическим доступом, а 76 (39,4%) – открытым. В ходе операций, в 4 случаях (2,07%) выполнена конверсия с лапароскопической к открытой операции. Качество препарата ТМЭ в 132 (68,4%) было оценено как «завершенный», в 56 (29%) как «почти завершенный» и у 5 (2,6%) – «незавершенный». «Незавершенные» образцы препаратов были получены при расположении опухоли по передней стенке – 3 (60%) случая и по задней – 2 (40%) случая. Циркулярная граница резекции (ЦГР) была положительна в 6 (3,1%) препаратах, 5 (2,6%) из которых имели «законченный» вид и 1 (0,51%) – «незаконченный». В одном случае (0,51%) мы получили «незаконченный» препарат при наличии N1c стадии, а также, в 1 (0,51%) случае у пациента со степенью инвазии опухоли - T4b. Заключение. Мужской пол, наличие «трудного» таза, расположение опухоли на перед-

ней поверхности прямой кишки и циркулярно, потенциально могут повлиять на качество резецированного препарата у пациентов, перенесших ТМЭ по поводу рака прямой кишки.

1485. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ СИМУЛЬТАННОЙ ИЗОЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРОКОВ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

*Ревишвили А.Ш., Попов В.А., Хаммуд Ф.А.,
Мелешенко Н.Н.*

Москва

Федеральное Государственное Бюджетное
Учреждение Институт хирургии
им. А.В. Вишневского

Актуальность: Необходимость коррекции фибрилляции предсердий при вмешательстве на клапанах не вызывает сомнений, т.к. возникновение сложных суправентрикулярных тахикардий в ранние сроки после операции на клапанах сердца с искусственным кровообращением, приводит к развитию и нарастанию клиники сердечной недостаточности, тем самым пролонгируя период нахождения пациента в отделении реанимации и развитию ряда сопутствующих осложнений, которые в последующем приводят к ухудшению результатов операций.

Цель исследования: оценить эффективность методики комбинированного вмешательства у пациентов с поражением клапанов сердца и фибрилляцией предсердий.

Материал и методы: Методика проведения вмешательства пациентам с сочетанной клапанной патологией и ФП заключается в следующем: на параллельной нормотермической перфузии выполняется перевязка и абляция ушка левого предсердия, радиочастотная абляция с изоляцией легочных вен по типу «box», абляция зоны ганглионарного сплетения, изоляцией стенки и ушка правого предсердия, изоляцией кава-трикуспидального перешейка. При вмешательствах на митральном клапане выполняется криоабляция задней стенки левого предсердия. Всего за период с января 2016г. по январь 2017 г. выполнено 23 вмешательства. Мужчин 8 (34%). Средний возраст 51 год (± 19.5). Этиология поражения клапанов: в 39 % ревматическая, в 39% дегенеративная и в 22 % случаев явилась соединительно-тканная дисплазия. Протезирование митрального клапана выполнено 9 (41%) пациентам, пластика митрального клапана 5 (21%), протезирование аортального клапана 2 (8%), 3 пациентам выполнено протезирова-



ние аортального клапана и пластика митрального (13%), 3 пациентам выполнена пластика трикуспидального клапана в сочетании с пластикой ДМПП (13%), 1 (4%) выполнено протезирование митрального клапана и АКШ. РЕЗУЛЬТАТЫ: Тромбоэмболических осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов (8.6%) имелись признаки сердечной недостаточности потребовавшей продленной ИВЛ и продленного нахождения в ОРИТ. У 95.5 % наблюдаемых пациентов синусовый ритм восстановился на 7-14 сутки после операции. 1 (4.5%) пациенту имплантирован постоянный ЭКС в связи с развитием АВ блокады 2 степени после протезирования аортального клапана. Госпитальная летальность 1 случай, у пациентки после протезирования митрального клапана и АКШ возник разрыв задней стенки левого желудочка. При исследовании в ранние сроки после операции у 100% наблюдаемых пациентов дисфункции протезов и реконструированных клапанов не отмечено. Увеличение объемных и размерных показатели полостей сердца также не отмечено. При проведении ХМ во период госпитализации у всех пациентов зарегистрирован синусовый или предсердный ритм. Через 3 месяца обследованы 11 наблюдаемых пациентов (50%), у всех пациентов сохраняется синусовый ритм. Выводы: Представленная методика комбинированного лечения клапанной патологии и фибрилляции предсердий является высокоэффективным и воспроизводимым вмешательством, обеспечивающий свободу от рецидива фибрилляции предсердий в раннем послеоперационном периоде.

1486. БЕЗУСПЕШНАЯ БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ ЧРЕВНОГО СТВОЛА ПРИ КОМПРЕССИОННОМ СТЕНОЗЕ И ШУНТИРОВАНИЕ ЕГО И ОБЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТ СУПРАЦЕЛИАКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА АОРТЫ (ДВА СЛУЧАЯ)

*Игнашов А.М. (2), Дойников Д.Н. (1),
Хлебов В.Ф. (1), Кузнецов С.В. (1),
Мигащук С.Д. (1), Ван Чжо (2)*

Санкт-Петербург

1) ФБГУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2) НИИ хирургии и неотложной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Цель исследования – обратить внимание на неудовлетворительные результаты баллонной ангиопластики и стентирования чревного ствола при его компрессионном стенозе. В другом учреждении у двух больных, женщины 52 лет и мужчины 63 лет, в 2013 2016 г. соответственно была произведена баллонная ангиопластика и стентирование чревного ствола, как оказалось, при его компрессионном диафрагмальном стенозе, гемодинамически и клинически значимом в течение ряда лет. В ранние сроки у первой больной был обнаружен не устраненный стеноз чревного ствола, а у второго произошел его тромбоз в области стента. В связи с окклюзионно-стенозирующим поражением чревного ствола согласно данным УЗДС и МСКТ - ангиографии разнообразные клинические проявления, характерные для хронической ишемии органов пищеварения, и нейровегетативные расстройства стали более выраженными и интенсивными. В связи с этим из срединного лапаротомного доступа одному больному в апреле 2016 г. было произведено аорточревное шунтирование от супрацелиакального сегмента аорты синтетическим импрегнированным протезом диаметром 7 мм. В мае 2016 г. у другой больной было выполнено антеградное аортообщепеченочное шунтирование. На 10 сутки повторная операция – тромбэктомия из протеза. У обеих больных была рассечена срединная дугообразная связка и частично внутренние ее ножки, сдавливавшие без признаков атеросклероза чревный ствол. По данным контрольной МСКТ – ангиографии у того и другого больного констатирована нормальная проходимость шунтов и ветвей чревного ствола. Основные показатели УЗДС в них в норме. Сразу после операции исчезли сим-



птомы синдрома компрессии чревного ствола. Состояние больных удовлетворительное, что свидетельствует об очевидной клинической значимости изолированного компрессионного стеноза или окклюзии чревного ствола. Компрессионный стеноз чревного ствола, вызванный сдавлением его срединной дугообразной связкой и внутренними ножками диафрагмы и нейрофиброзной тканью чревного сплетения, без предварительной декомпрессии является противопоказанием баллонной ангиопластики и стентированию в связи с их неэффективностью и возможными опасными осложнениями. При определении лечебной тактики в такой клинической ситуации анатомические и гемодинамические показатели в чревном стволе должны быть оценены по данным УЗДС и МСКТ - ангиографии на выдохе и вдохе, что дает возможность выявить его сдавление диафрагмой с учетом изменения диаметра в месте стеноза.

1487. ХРОНИЧЕСКИЙ ОСЛОЖНЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТ

*Ворончихин В.В.(1,2), Катайкин А.Н.(2),
Олигер А.А.(2), Байханов Ж.С.(2)*

Чебоксары

- 1) АУ «Институт усовершенствования врачей»,
- 2) БУ «Республиканская клиническая больница»

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) является актуальной проблемой в современной хирургии, что обусловлено сложностью выбора оптимального метода оперативного вмешательства при различных его осложнениях. Процесс фиброзно-кистозной трансформации паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) ведет к развитию осложнений, таких как механическая желтуха, гипертензия главного панкреатического протока (ГПП), портальная гипертензия, дуоденостаз, вирсунгоррагия, выраженному абдоминальному болевому синдрому, не поддающемуся консервативной терапии. Материалы и методы. В период с 2006 по 2016 годы выполнено 278 операции по поводу различных осложнений ХП. Тактика была следующей. При отсутствии выраженных фиброзных изменений в головке ПЖ, при наличии широкого ГПП, накладывался продольный панкреатоеюноанастомоз (ПЕА) – 36 операций. При выраженных локальных фиброзных изменениях в хвосте ПЖ, выполнялась дистальная резекция ПЖ – 38 операции. Фиброзные изменения головки ПЖ, широкий ГПП, были показанием к субтотальной дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ с

наложением ПЕА – 157 операций. Фиброзные изменения головки ПЖ без изменений в теле и хвосте при узком ГПП, в 9 случаях были показанием к локальной резекции головки ПЖ. У 47 больных ХП осложнился механической желтухой. 37 больных из этой группы была выполнена операция Фрея с внутренним билиопанкреатическим анастомозом, в 10 случаях, операция Фрея сочеталась с гепатикоеюноанастомозом. При выраженных фиброзных изменениях во всей ПЖ и узком ГПП выполнялась операция Избики – 9 операций. В 9 случаях ХП был осложнен ложной аневризмой (ЛА) артерий чревного ствола, в 6 случаях с вирсунгоррагией. Первым этапом выполнялась суперселективная рентгенэндоваскулярная эмболизация питающего аневризму сосуда. Вторым этапом – резекционные хирургические вмешательства на ПЖ. При локализации ложной аневризмы в области головки ПЖ была выполнена операция Фрея и устранение ложной аневризмы (5 операции). При локализации ложной аневризмы в области тела, хвоста ПЖ выполнялась дистальная резекция со спленэктомией (4 операции). Невозможность исключения злокачественной опухоли головки ПЖ, являлась показанием к панкреатодуоденальной резекции – 20 операций. Результаты. После дренирующих операций (ППА), у 7 больных результаты были неудовлетворительные. В сроки от 9 до 14 месяцев появился болевой синдром. Им была выполнена резекция головки ПЖ по Фрею. У 3 больных после операции Фрея с наложением внутреннего билиопанкреатического анастомоза был рецидив механической желтухи. Им был наложен реконструктивный прецизионный гепатикоеюноанастомоз. Все больные после операции Фрея отмечали стойкое избавление от болевого синдрома. Выводы. Хирургическая тактика у больных с ХП должна зависеть от локализации, масштаба, морфологических изменений в ПЖ, диаметра ГПП, наличия желчной гипертензии, дуоденостаза, наличия ЛА артерий чревного ствола. Дренирующие операции (ПЕА) без резекции головки ПЖ в 50% приводят к рецидиву болевого синдрома, возможно развитие механической желтухи. Прецизионный гепатикоеюноанастомоз при механической желтухе, предпочтительней внутреннего билиопанкреатического анастомоза. Комбинированные вмешательства, сочетающие в себе как дренирующие, так и резекционные компоненты имеют преимущество. Субтотальная дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ, дополненная ПЕА при ХП, позволяет осуществить полноценную декомпрессию системы главного и добавочного протоков ПЖ и их ветвей. Эндоваскулярные вмешательства при ХП, осложненным ЛА артерий чревного ствола, позволяют добиться эффективного «выключения» аневризмы из кровотока, как первый этап. Супер-



селективная эмболизация питающего сосуда, выполненные в качестве первого этапа, уменьшают риск профузного интраоперационного кровотечения при последующем открытом резекционном этапе.

1488. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МОДИФИЦИРОВАННАЯ ОПЕРАЦИЯ APPLEBY У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Хатьков И.Е. (1,2), Израилов Р.Е. (1,2),
Байчоров М.Э. (1,2), Белоусов А.М. (1),
Хисамов А.А. (1,2)*

Москва

- 1) Московский клинический научный центр
- 2) Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

Актуальность: на протяжении длительного времени вовлечение магистральных сосудов являлось противопоказанием к малоинвазивным способам выполнения оперативных вмешательств у пациентов с раком поджелудочной железы. В настоящее время вовлечение в опухолевый процесс магистральных венозных сосудов не рассматривается как противопоказание к лапароскопической операции, при этом выполнение артериальных резекций и реконструкций считается нецелесообразным. Вместе с тем имеется достаточный мировой опыт выполнения оперативных вмешательств с резекцией чревного ствола при раке тела и хвоста поджелудочной железы с вовлечением последнего. Анализ литературы выявил единичное сообщение о выполнении данной операции, получившей название модифицированной операции Appleby, полностью лапароскопическим способом. Материалы и методы: Двоим больным с раком тела и хвоста поджелудочной железы с изолированным сегментарным вовлечением чревного ствола было выполнено оперативное вмешательство в объеме лапароскопической дистальной субтотальной резекции поджелудочной железы с резекцией чревного ствола, спленэктомии. Результаты: Среднее время оперативного вмешательства составило 260 мин. Средняя кровопотеря – 125 мл. В послеоперационном периоде не отмечено развитие клинически значимых осложнений, панкреатических фистул. Кровоснабжение печени при контрольном обследовании было достаточным и осуществлялось через гастродуоденальную аркаду. Морфологическое исследование хирургических краев не

выявило признаков опухолевого роста. Первый пациент получал адъювантную полихимиотерапию, время безрецидивной выживаемости – 18 месяцев. При контрольном обследовании второго пациента через 8 месяцев после операции не выявлено данных за рецидив. У обоих пациентов не выявлено возобновления дооперационного болевого синдрома после вмешательства.

Вывод: лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы с резекцией чревного ствола технически выполнима, безопасна у отдельной группы пациентов, позволяет достичь уровня резекции R0.

1489. ЭНТЕРАЛЬНАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ХОЛАНГИТА

*Румянцев В.Н.(1), Осипов А.В.(2),
Суров Д.А.(1), Святненко А.В.(2)*

Санкт-Петербург

- 1) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
- 2) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

В клинической картине острого холангита, отмечается дисфункция желудочно-кишечного тракта на фоне общей интоксикации, ахолии, бактериальной транслокации. Имеются литературные данные о благоприятном влиянии энтеральной оксигенации на моторику ЖКТ и системную оксигенацию у пациентов в критическом состоянии.

Цель. Оценка возможности улучшения моторно-эвакуационной функции желудочно-кишечного тракта и системной оксигенации, вследствие энтеральной оксигенотерапии у больных с тяжелым холангитом.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 8 пациентов (основная группа) и 10 пациентов (контрольная группа) с тяжелым холангитом (GRADE 3 согласно рекомендациям Токийской согласительной комиссии 2013 года). Средний возраст пациентов составил 74,2 ± 11,6 лет. Во всех случаях причиной холангита являлся холедохолитиаз, пациенты находились в отделении реанимации. В первые 6 часов после поступления им выполнены неотложные декомпрессивные вмешательства. В основной группе введение 100% кислорода осуществляли в эндоскопически установленный полиуретановый назогастроинтестинальный зонд в раннем послеоперационном периоде общим объемом около 3 л после под контролем внутрибрюшного давления. В кон-



трольной группе лечение не включало указанные процедуры. Оценивали миоэлектрическую активность кишечника в динамике аппаратом Гастроскан. Также оценивалась системная оксигенация по стандартным методикам. Результаты показали, что введенный в кишечник кислород в комплексе лечебных мероприятий ускоряет восстановление миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта, достигающей своей нормы к вторым суткам после оперативного вмешательства. В контрольной группе на фоне консервативной терапии моторика ЖКТ восстанавливалась к 6-7 суткам послеоперационного периода. Несмотря на данные литературы, мы не получили статистически значимых изменений показателей системной оксигенации. Механизмы, лежащие в основе энтеральной оксигенации, заключаются не столько в прямом всасывании введенного в кишечник кислорода, сколько в нормализации функции желудочно-кишечного тракта. Очевидно, для выяснения механизмов, ответственных за существование указанного эффекта, нужны дальнейшие исследования.

1490. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКУУМНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Жинко Ю.Н., Терсков Д.С., Гиляжитдинов Н.Г., Антипов И.В., Левицкий Р.С., Попович А.А.

Калининград

ГБУЗ "Центральная городская клиническая больница"

Ведение пациентов с нагноением операционной раны после проведения вмешательств при спинальной хирургии является проблемной областью как нейрохирургии, так и гнойно-септической хирургии, особенно при имеющейся соматической патологии, сопровождающейся нарушениями иммунитета, регенерации тканей. Нами проведено лечение 5 пациентов, перенесших ранее оперативные вмешательства с установкой металлоконструкций, вертебропластикой костным цементом. У пациентов в послеоперационном периоде на 4-8 сутки развился местный гнойно-воспалительный процесс с поражением мягких тканей на всю глубину послеоперационной раны. Два пациента при этом страдали сахарным диабетом II типа, одна пациентка - ревматоидным полиартритом с развитием начальных проявлений синдрома Кушинга. Больные получены на курацию из отделения нейрохирургии с ранами, имеющими налёт фибри-

на, некрозы мягких тканей, гнойное отделяемое, инфильтрацию краёв раны, перифокальный отёк. При этом присутствовала гипертермия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево. В двух случаях (у пациентки с сопутствующим ревматоидным полиартритом и пациента с сахарным диабетом) проводилось первоначально "стандартное" лечение с применением этапных некрэктомий, санации раны растворами антисептиков, применением современных перевязочных материалов, а также системной антибиотикотерапии по антибиотикограмме, инфузионной терапии. В обоих случаях в течение всего срока лечения (у пациентки с ревматоидным полиартритом в течение более 2 месяцев, у пациента с сахарным диабетом – 30 суток) наблюдалась переменная динамика с периодическим формированием вторичных некрозов в ране, постоянной экссудацией, развитием вялых грануляций без тенденции к заживлению раны. Существенного сокращения размеров раны не наблюдалось. В связи с неэффективностью проводимого лечения принято решение провести вакуумную терапию ран у данных пациентов. Применение вакуумной терапии ран (NPWT) всем 5 пациентам нами осуществлялось аппаратом Vivano фирмы Paul Hartmann AG с фирменными расходными материалами, подбираемыми в зависимости от размеров ран. Аппаратная аспирация осуществлялась в переменном режиме с величиной отрицательного давления от 40 до 120 мм рт.ст. Формирование на ране вакуум-ассистированной повязки проводилось в соответствии с рекомендациями фирмы-производителя. Наложение системы NPWT осуществлялось одномоментно на 5 суток с ежедневным контролем состояния окружающих тканей через повязку. При смене повязок контролировалось состояние самой раны и микробная обсеменённость раны. Длительность применения NPWT у пациентов составляла 15-20 дней в зависимости от клинического эффекта. На 2-5 сутки с момента начала NPWT у пациентов пропадали гипертермия и отёк окружающих тканей. При первой смене вакуум-ассистированной повязки у 2 пациентов потребовалась некрэктомия в ране в небольшом объёме. Во всех случаях по итогам NPWT достигнут выраженный рост грануляций в ране с закрытием грануляциями частей металлоконструкций; отсутствие инфильтрации тканей в ране и перифокального отёка. Степень микробной обсеменённости ран во всех случаях позволила провести наложение вторичных швов на рану и в течение 10-14 дней после наложения швов было достигнуто заживление ран. Таким образом, применение NPWT для лечения инфицированных послеоперационных ран при установке металлоконструкций, костного цемента, является оптимальным методом, позволяющим достигнуть



очищения гнойных ран и добиться их заживления в короткие сроки; в том числе в случае тяжелой сопутствующей патологии, влияющей на иммунитет и регенерационные способности организма, когда заживление этих ран применением «стандартных» методов лечения раны без NPWT достигнуть вообще не удаётся. Данный метод ведения ран можно рекомендовать к широкому использованию для снижения длительности госпитализации больных при гнойно-септических осложнениях спинальных оперативных вмешательств и ускорению их реабилитации.

1491. К ВОПРОСУ О ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ»

*Погосян А.А., Григорян Л.М., Митюрин М.С.,
Скобло М.Л.*

Ростов-на-Дону
МБУЗ "Городская больница №6
г.Ростова-на-Дону"

Цель работы: анализ имеющихся возможностей в правильной постановке диагноза у больных с перфорацией язвы желудка и 12типерстной кишки. Актуальность проблемы. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем медицины. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы. Одним из грозных осложнений язвенной болезни является перфорация язвы, частота которой по данным различных авторов составляет 4-30%. В настоящее время среди острой хирургической патологии органов брюшной полости она составляет 1,9-2,6%. Летальность при перфорации язв остается высокой и составляет 5-15%. Материалы и методы. В 2011-2016гг в хирургическом отделении Гб № 6 в порядке скорой помощи получали лечение 77 пациентов с диагнозом: перфоративная язва желудка и 12типерстной кишки. Пациентов в возрасте от 16 до 56 лет было 56 человек (72,7%). Мужчин – 68 человек (88,3%), женщин – 9(11,6%). У 27 пациентов (35,0%) имела место перфорация дуоденальной язвы, у 41 (53,2%) - перфорация язвы пилорического отдела желудка, у 9 (11,6%) - перфорация язвы тела желудка. 14 пациентов поступили в стационар в сроки до 6 часов с момента прободения, до 12 часов – 52 пациента, позднее 12 часов – 11 пациентов. Умерло 6(7,8%) человек. Основной причиной смерти был разлитой гнойный дооперационный перитонит. При установ-

лении диагноза после осмотра пациента, объективного исследования, выполнения лабораторных исследований, выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости, которое позволяло выявить наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве и правых боковых отделах живота у 53 (68,8%) больных; и обязательное рентгенологическое исследование. В зависимости от тяжести общего состояния это был или обзорный снимок брюшной полости в положении пациента стоя или снимок брюшной полости в положении пациента лежа на боку. При оценке результатов рентгенологического исследования обращает на себя внимание, что только у 56 (72,7 %) больных рентгенологическая картина позволяла сразу установить диагноз перфорации полого органа, вследствие наличия свободного воздуха в брюшной полости. У 21 (27,3%) больных признаки пневмоперитонеума при выполнении рентгенологического исследования не обнаружены. 8 (10,3%) пациентам на этапе обследования выполнена ЭФГДС, после выполнения которой на повторном рентгенологическом исследовании обнаружены характерные рентгенологические признаки. 13 (16,8%) пациентам для уточнения диагноза была выполнена диагностическая лапароскопия, при которой были выявлены признаки перфорации язвы – наличие наложений фибрина и выпота в подпеченочном пространстве и по правому флангу брюшной полости. Все пациенты оперированы в экстренном порядке, не позднее 2 часов с момента поступления в стационар. 67 (77,1%) пациентам выполнена традиционная операция- лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия по одной из традиционных методик с санацией и дренированием брюшной полости, а 10 (12,9%) пациентам удалось выполнить лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Основанием для выполнения видеолaparоскопической операции были малые сроки с момента наступления прободения и отсутствие картины разлитого гнойного перитонита. Суть операции состояла в том, что накладывались сквозные интракорпоральные швы рассасывающейся атравматической нитью. Линия швов укреплялась прядью большого сальника. Осуществлялась санация брюшной полости, устанавливались дренажи к зоне ушивания и в малый таз. Все пациенты перенесшие видеолaparоскопическую операцию поправились, осложнений в этой группе пациентов не отмечалось. Выводы: последовательное применение дополнительных диагностических методов много увеличивает объем информации о патологическом процессе, помогает в правильном установлении диагноза и позволяет своевременно оказывать помощь пациентам, в том числе выполнять видеолaparоскопические вмешательства при прободных гастродуоденальных язвах.



1492. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СРАМНОГО КАНАЛА И СОДЕРЖИМОГО: СРАМНЫХ СОСУДОВ И ВНЕТАЗОВОЙ ВЕТВИ СРАМНОГО НЕРВА В КЛИНИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Жандаров К.А., Лаптина В.И., Дюжева Т.Д.

Москва

Кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Известно, что анатомические структуры образующие срамной канал находятся в промежности в проекции заднепроходного треугольника в подкожном этаже таза в расщеплении запирающей фасции, которая покрывает половой сосудисто-нервный пучок. Таким образом, целью работы является, на основании топографо-анатомических исследований опорно-связочных, мышечных и фасциальных структур в ягодичной области и области промежности дать топографо-анатомическую характеристику срамному каналу для разработки современного оперативного доступа. Объекты исследований и планируемое количество наблюдений: В настоящее время проведены исследования на 5 анатомических объектах включающих 10 каналов подлежащих исследованию. Методика топографо-анатомических исследований в двух положений биоманекена, на спине и животе: Положение на спине: с валиком, подложенным под поясничную область, согнутыми и разведенными нижними конечностями. Ориентиры разрезов: средняя линия, анальный сфинктер, анально-копчиковая связка, центр промежности, седалищный бугор, бедренно-промежностная складка. Положение на животе. Ориентиры разрезов: сверху - по гребню подвздошных костей, снаружи - от передней верхней подвздошной ости вертикально вниз латеральнее большого вертела до ягодичной складки, в области ягодичной складки разрез пошёл вдоль нее переходя в бедренно-промежностную складку, изнутри - по срединной линии вдоль крестца и копчика до линии предыдущего разреза Из обоих положениях выполнялось послойное препарирование с удалением мышечной жировой и соединительной ткани по ходу сосудов и нерва. Выполнялось препарирование с помощью 4-8 кратного увеличением. При помощи штангенциркуля измерения разных частей канала отверстий и стенок, а также содержимого. В результате исследования нами определена проекция хода срамной артерии, вены и внетазовой ветви срамного нерва. Обнаружено входное отверстие срамного канала

в виде соединительнотканной пластины треугольной формы от нижнего края крестцово-бугорной связки по направлению к заднему краю крестцово-остистой связки. На пластинке обнаруживается воронкообразное углубление в виде капюшона, вена проходит через вершину (место расхождения связок от крестцовой части), нерв и артерия через основание пластины. Выделено преддверие канала, оно наряду с входным отверстием и проходящим под крестцово-бугорной связкой пучком нами выделено, как I сегмент срамного канала или сегмент под крестцово-бугорной связкой. Определены стенки I сегмента срамного канала. II сегмент срамного канала выделенный нами, это сегмент срамного канала от заднего края крестцово-бугорной до поперечной мышцы промежности. В нем выделяются стенки латеральная поверхностный листок, так называемая фасция внутренней запирающей мышцы и медиальная глубокий листок предкрестцовой фасции. На поперечной мышце промежности в предсакральной фасции находятся выходные отверстия в виде фасциальных рукавов для каждого отдельного элемента сосудисто-нервного пучка. Нахождение входного и выходных отверстий, стенок, сегментов срамных каналов свидетельствует, что вышеназванные структуры могут принимать участие в сдавливании нерва и одноименной артерии в результате дегенеративно-дистрофических изменений в них. Выявленные особенности топографии срамного канала и его содержимого, дают дополнительные возможности в диагностике уровня стеноза канала и лечении нарушений в зависимости от пораженного сегмента. Полагаем, что полученные нами данные помогут в изучении особенностей строения канала и помогут клиницистам в понимании процессов, происходящих при сдавливании структур канала, что позволит усовершенствовать оперативное лечение.

1493. ВНЕДРЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Никитин В.Е.(1), Розумный А.П.(2)
Хохлатов Д.Э.(1), Клишин И.М.(1),
Буланов А.Ю.(1), Мисюрин Е.Н.(1)*

Москва

1) ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ, 2) ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ

Лапароскопическая спленэктомия получила ши-



рокое распространение с 1992 г. Однако, и сейчас продолжаются споры о применении лапароскопической методики у гематологических больных со спленомегалией, выраженными нарушениями гемостаза. Материалы и методы. В 2015-2016 г. в хирургическом отделении ГКБ №52 г. Москвы выполнено 60 лапароскопических спленэктомий. Возраст пациентов составил в среднем 51 год. Среди нозологических форм преобладали идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (32), гемолитические анемии (14), и лимфатические опухоли - 12 больных. Показаниями для оперативного лечения служили: неэффективность консервативной терапии аутоиммунной тромбоцитопении и анемии, лечение анемии, цитопенический синдром при лимфопролиферативных заболеваниях, удаление основной массы опухоли, необходимость морфологической верификации диагноза. Помимо стандартных лабораторных и инструментальных методов обследования в стандарт клиники была включена компьютерная томография брюшной полости с ангиографическим 3D моделирование сосудов селезенки, а так же методика тромбоэластографии для оценки состояния гемостаза. По результатам обследования нормальные размеры селезенки (длина 80-120мм) имели место у 35 пациентов. Умеренная спленомегалия (длина 130-150 мм) - у 13 больных, большие размеры органа (максимальная длина 340 мм) были зарегистрированы в 12 случаях. Признаки периспленита отмечались в 9 (15%) случаях, портальной гипертензии в 11 (18,3%). Наиболее частым гематологическим синдромом была тромбоцитопения. Она имела место у 45 пациентов (75%) из них критическое снижение тромбоцитов (менее 20x10⁹/л) отмечалось у 22 больного (36,6%). Клинические проявления геморрагического синдрома в виде петехий на коже и слизистых, носовыми, десневыми кровотечениями, меноррагиями встречались в 41,6%. В 13,3% были выявлены нарушения плазменного гемостаза, как в изолированном виде, так и в сочетании с тромбоцитопенией. Результаты и обсуждение. Из 60 выполненных спленэктомий лапароскопически удалось завершить оперативное вмешательство у 52 пациентов (86,6%). Длительность операции составила в среднем 145 мин, интраоперационная кровопотеря -180 мл. Средняя длительность пребывания больных в хирургическом стационаре равнялась 5,8 дням. Результаты анализа позволили четко разделить пациентов на две группы: с опухолевыми и неопухолевыми «заболеваниями» селезенки. В первой группе, где преобладали пациенты, страдающие ИТП, основная сложность была связана с системными нарушениями гемостаза, в первую очередь тромбоцитопенией и, соответственно, повышенной кровоточивостью. Вторую группу пациентов ха-

рактеризовали такие факторы, как спленомегалия, наличие периспленита, портальной гипертензии, вовлеченность в опухолевый процесс сосудистой ножки, хвоста поджелудочной железы, что затрудняло выполнение вмешательства при опухолевом поражении селезенки. Интраоперационные осложнения были диагностированы у 11 (22,9%) пациентов и были связаны с кровотечениями: вследствие повреждения капсулы селезенки; миграции лигатуры или клипсы с сосуда. В большинстве случаев кровотечения удавалось остановить эндоскопически без проведения лапаротомии. Однако в 4 случаях интраоперационные кровотечения привели к конверсии. У 3 пациентов были выявлены гематомы левого поддиафрагмального пространства, которые успешно дренировались пункционными методиками под УЗ-контролем. У 3 пациентов (6,25%) в раннем послеоперационном периоде диагностировано развитие бессимптомного тромбоза воротной вены. Летальных исходов отмечено не было. Выводы. 1. Лапароскопическая спленэктомия может рассматриваться как «золотой стандарт» при необходимости оперативного лечения у гематологических больных. 2. КТ органов брюшной полости с 3D моделированием селезенки с питающими её сосудами позволяет выбрать оптимальный операционный доступ и сократить количество интраоперационных осложнений. 3. Мультидисциплинарный подход включающий в себя связку специалистов гематологического и хирургического профиля позволяет минимизировать количество местных и системных осложнений в послеоперационном периоде, оптимально подготовить пациентов к проведению операции.

1494. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕСТАЗЕ

Костин С.В., Беляев А.Н., Козлов С.А., Беляев С.А.

Саранск

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва», медицинский институт

Актуальность. В настоящее время под холестазом понимают нарушение оттока желчи и сопутствующую экскреторную недостаточность печеночных клеток. При механической желтухе активируются процессы перекисного окисления липидов, и декомпрессия желчевыводящих путей полностью не стабилизирует их. Это неблагоприятно отражается



на функциональном состоянии различных органов и систем. В комплексной терапии заболеваний панкреатодуоденальной зоны все большее распространение получают препараты с антиоксидантной активностью, одним из которых является мексидол.

Цель исследования. Изучить функциональное состояние поджелудочной железы на фоне коррекции острого внепеченочного холестаза 5% раствором мексидола.

Материалы и методы. Нами были проведены эксперименты на 30 беспородных половозрелых собаках обоего пола массой от 16 до 28 кг. Всем животным под тиопентал – натриевым наркозом (40 мг/кг внутривенно) накладывали шелковую лигатуру на холедох. На 3 сутки холестаза производили релапаротомию, с целью декомпрессии билиарного тракта. Экспериментальные животные были разделены на 2 группы. В 1 серии проводили внутривенные инфузии 0,9% раствора NaCl в дозе 20 мл/кг массы тела. Второй группе, после снятия турникета с холедоха, вводили внутривенно капельно 5% раствор мексидола в концентрации 6,7 мг/кг на физиологическом растворе в дозе 20 мл/кг. Результаты исследования. Течение механической желтухи на 3 сутки эксперимента сопровождалось снижением детоксикационной функции печени, которая прямо пропорционально зависела от сроков обтурации желчевыводящих путей. Это подтверждалось повышением содержания креатинина до 0,161 ммоль/л, а мочевины – до 6,8 ммоль*ч/л.

1495. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В.

Санкт-Петербург

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

Актуальность. Осложненный деструктивный аппендицит характеризуется многообразием клинико-морфологических форм, обуславливая вариативность лечебных методик. Актуальность проблемы заключается в противоречивых результатах лечения после лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) в виде повышенной частоты образования внутрибрюшных абсцессов, недостаточного использования малоинвазивных методик вследствие скептического отношения хирургов к

их возможностям, целесообразности консервативного лечения плотного аппендикулярного инфильтрата (АИ) и необходимости интервальной аппендэктомии после него. Цель исследования – уточнить оптимальные методики лечения осложненных форм деструктивного аппендицита и оценить их результаты. Материалы и методы. Изучены и проанализированы результаты лечения 803 больных ОА, госпитализированных в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова ВМедА в период с 2006 г. по 2015 г. Пациентов мужского пола было 483, женского – 320. Лечебно-диагностический алгоритм у больных ОА проводился согласно действующему "Протоколу организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости", утвержденному в 2001 г. и дополненному в 2007 г. Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга. Послеоперационные осложнения анализировали по шкале Clavien-Dindo. Инфекцию области хирургического вмешательства (ИОХВ) детализировали согласно Национальным клиническим рекомендациям по лечению инфекции кожи и мягких тканей. Результаты и обсуждение. Осложненные формы деструктивного аппендицита выявлены у 250 больных. Применялись следующие методики лечения: открытая аппендэктомия (ОАЭ) выполнена у 52 больных, ЛАЭ – 129, консервативная терапия – 37, диапневтическая методика – 15. Применение диапневтической методики в виде чрезкожного дренирования периаппендикулярного абсцесса (ПАА) под УЗ-навигацией позволило сократить продолжительность госпитализации по сравнению открытым способом с 15,4 до 9,8 суток, а длительность операции с 122 до 41,3 мин.

1496. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДРЕНИРОВАНИЮ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Ягин М.В.

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

Актуальность. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) является операцией выбора у больных острым аппендицитом (ОА). Преимущества эндоскопической методики перед открытой аппендэктомией хорошо известны. Однако, сохраняются дискуссионными частные вопросы ЛАЭ в виде целесообразности выполнения дренирования



брюшной полости и проведения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Перечисленные аспекты являются существенными, так как оказывают влияние на исходы лечения. Цель исследования – уточнить целесообразность дренирования брюшной полости при ЛАЭ и показания к проведению антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Материалы и методы. Изучены и проанализированы результаты эндовидеохирургической методики лечения 275 больных ОА, госпитализированных в клинику факультетской хирургии им. С.П. Федорова ВМедА в период с 2013 г. по 2016 г. Особенностью изучаемого периода был отказ от рутинного дренирования брюшной полости и дифференцированный подход к проведению антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Пациентов мужского пола было 192, женского – 83. Послеоперационные осложнения анализировали по шкале Clavien-Dindo. Инфекцию области хирургического вмешательства (ИОХВ) детализировали согласно Национальным клиническим рекомендациям по лечению инфекции кожи и мягких тканей. Результаты и обсуждение. ЛАЭ выполнена у 199 больных с неосложненным деструктивным и 76 с осложненным аппендицитом. Характерными особенностями больных неосложненными формами ОА являлись длительность заболевания до 16 часов, отсутствие контаминации брюшной полости кишечным содержимым, малое количество реактивного серозного выпота. При бактериологическом исследовании экссудата микрофлора не определялась в 82%, в остальных случаях высеивались грамотрицательные аэробы (*E. coli*). Анаэробов не было. ЛАЭ заканчивалась ирригацией зоны операции физиологическим раствором с тщательной аспирацией промывных вод. Дренирование брюшной полости не применялось. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия цефалоспоридами III-IV поколения проводилась селективно у больных пожилого возраста, с сопутствующей патологией и ретроцекальном/ретроперитонеальном положении червеобразного отростка (ЧО). Послеоперационные осложнения 1 типа согласно классификации Clavien-Dindo развились у 3 пациентов (1,5%). ИОХВ, в том числе с образованием внутрибрюшных абсцессов, не было. Пациенты с осложненным ОА характеризовались более длительным догоспитальным периодом (более 24 часов). Интраоперационно определялись выраженные воспалительно-деструктивные изменения ЧО (перфорация) и окружающих тканей (инфильтраты) с большим количеством экссудата и признаками загрязнения брюшной полости кишечным содержимым. Микробиологическое исследование позволило выявить широкий спектр аэробных (*Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus*

spp.) и анаэробных (*Bacteroides fragilis*) микроорганизмов. Всем пациентам рутинно проводилось дренирование брюшной полости и антибактериальная терапия цефалоспоридами III-IV поколения в сочетании с метронидазолом. В послеоперационном периоде у одного пациента сформировался инфильтрат в правой подвздошной области, который после консервативной терапии купировался (2 тип по Clavien-Dindo). Поверхностных ИОХВ (I-II типа) и внутрибрюшных абсцессов не было. Выводы. Таким образом, основным критерием дренирования брюшной полости является диагностика осложненного аппендицита. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде рутинно проводится у больных осложненным ОА и селективно у пациентов с неосложненными формами заболевания. Результаты исследования свидетельствуют об обоснованности выбранного дифференцированного подхода.

1497. МНОГОУРОВНЕВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Коссович М.А.(1,2), Богомолов Н.И.(3)

1) Москва, 3) Чита

- 1) ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России, 2) ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ,
- 3) ФГБОУ ВО «Читинская ГМА» МЗ РФ

Механизм объективного контроля уровня знаний при проведении непрерывного медицинского образования крайне сложен. Заставить врачей отвечать на вопросы билетов в виде классического школьного экзамена не интересно ни экзаменуемому, ни экзаменатору. Предлагаемый нами вариант оценки знаний при решении многоуровневых ситуационных задач рождает внутреннюю положительную мотивацию к овладению определенной информацией и позволяет конструктивно изменить форму проведения экзамена, делая его интересным для обоих участников этого процесса. Традиционные формы клинических ситуационных задач широко представлены в учебной литературе по хирургии, но содержат весьма ограниченную информацию о больном. В тоже время журнальные публикации по демонстрации редких и атипичных случаев имеют подробные сведения по клинике, методам обследования и лечения. Именно такой подход в создании многоуровневых ситуационных задач целесообразно использовать при формировании учебно-методического комплекса кафедры хирургии, занимающейся вузовским и



послевузовским образованием. Ситуационные задачи представляются в виде выписки из истории болезни реального пациента с пакетом копий документов, отражающих результаты различных методов обследования и лечения. К каждой задаче прилагаются вопросы четырех уровней сложности. Первый уровень предназначен для студентов 5 курса, касается теоретических дисциплин и базовых клинических данных. Второй уровень предназначен для итоговой государственной аттестации на 6 курсе. Третий уровень вопросов предназначен для промежуточной и итоговой аттестации интернов и ординаторов. Наконец, четвертый – самый высокий уровень вопросов предназначен для аспирантов, докторантов и врачей курсантов ФПК и ППС. Необходимо подчеркнуть, что интересных, сложных и поучительных случаев в повседневной практике бывает достаточно много, не надо ничего сочинять. Необходимо «лишь» все грамотно и доходчиво изложить, сделать соответствующие акценты, убрать ненужное и дополнить результатами различных методов исследования. Причем, если на кафедре, в клинике такая работа будет поручена интернам, ординаторам и молодым докторам, то и для них самих участие в составлении и редактировании подобных ситуационных задач будет являться хорошей школой теоретической подготовки по различным разделам хирургии. Контроль этого процесса со стороны администрации и руководства больницы позволит дополнительно проанализировать результаты лечения больных в клинике, оценить их с другой стороны, сделать соответствующие выводы и, возможно, принять своевременные и адекватные меры по изменению тактики лечения пациентов и техники выполнения хирургических вмешательств. Крайне важно, что в подобном формате можно рассматривать не только классические варианты течения хирургической патологии и благоприятные результаты лечения, но и атипичные по клиническому течению ситуации, неадекватные действия врачей и даже неблагоприятные исходы, что не менее важно для приобретения в конечном итоге клинического опыта. Возможно, что имеет смысл обмениваться подобными материалами с целью создания банка (реестра) данных в рамках программы непрерывного медицинского образования РОХ. Через такие ситуационные задачи можно и нужно внедрять в сознание хирургов современные позиции диагностики и лечения различной хирургической патологии, заложенные в Национальных клинических рекомендациях. При этом стоит подумать о необходимости и возможности создания определенных тестовых программ различного уровня сложности, содержащих набор из нескольких ситуационных задач, для проведения этапных, аттестационных, сертификационных экзаменов, а

в дальнейшем – и аккредитаций, с целью повышения их образовательной ценности при подготовке и объективизации оценки уровня компетентности специалистов при сдаче экзамена.

1498. ПРЕИМУЩЕСТВА НЕОТЛОЖНОЙ АНТЕГРАДНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Святненко А.В.(1), Осипов А.В.(1), Суров Д.А.(2), Демко А.Е.(1), Мартынова Г.А.(1)

Санкт-Петербург

- 1) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
- 2) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Как известно, в мировой практике при лечения пациентов с синдромом механической желтухи общепринятым является принцип 2-х этапности. На первом этапе производится декомпрессия билиарного тракта. При этом, выбор способа и сроков декомпрессии становится особенно актуальным у больных с осложненной механической желтухой, когда на первый план лечебных мероприятий выходят миниинвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков, ликвидацию острой воспалительной реакции и органических дисфункций, что делает особенно актуальным вопрос о выборе наиболее эффективного и обоснованного метода дренирования желчных протоков. Цель: определение наиболее оптимального метода первичной билиарной декомпрессии у пациентов с осложненной механической желтухой в условиях стационара скорой помощи.

Материалы и методы. Представлены результаты использования антеградных методов декомпрессии билиарного тракта у 338 пациентов с механической желтухой, поступивших в НИИ СП в период с 2012 по 2016 г. Антеградная декомпрессия билиарного тракта была выполнена у 118 пациентов. 80% пациентов потребовали выполнение декомпрессии билиарного тракта на фоне острого холангита, более 50% из которых составили больные с явлениями билиарного сепсиса. Этиология механической желтухи: преобладали холедохолитиаз (83,4%) и опухоль головки поджелудочной железы (12,1%). Так же необходимо отметить что у пациентов с осложненной МЖ, по данным средних значений, не зарегистрированы значительные сдвиги белковосинтезирующей функции печени и гемостаза, что и позволило остановиться на антеградных



методах декомпрессии. Только 19,4% пациентов с тяжелым холангитом требовалась коррекция гемостаза перед оперативным вмешательством, которое было достигнуто в течении нескольких часов. Для определения сроков декомпрессии нами применялись рекомендации Токийской согласительной комиссии 2013 года (TG-13). Необходимо отметить выявленные нами преимущества антеградных методов декомпрессии в ургентной хирургии: круглосуточная доступность и простота исполнения, минимальная травматичность, высокая эффективность, диагностическая информативность, возможность суточного мониторинга дебита желчи, доступность бактериологического исследования и коррекции скорости декомпрессии. 76% пациентам с острым холангитом (тяжелой и средней тяжести) антеградная декомпрессия билиарного тракта была произведена в течение 12 часов от поступления. Нами использовались различные виды антеградного дренирования: наружное - 84 (71,2%), наружновнутреннее - 27 (22,9%) и двустороннее - 7 (5,9%). Обращает на себя внимание, что послеоперационные осложнения развились только у 9 больных что составило 7,6%. У 5 пациентов (4,2%), возникшие относились к III b классу осложнений по классификации Clavien-Dindo. На наш взгляд, относительно хорошие результаты данного подхода во многом обусловлены его соответствием базовым принципам экстренной хирургии и клиническим рекомендациям, основанным на результатах исследований с высокой степенью доказательности. Однако, необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на разработку четких показаний к антеградным и ретроградным методам первичной декомпрессии билиарного тракта у пациентов с осложненной механической желтухой.

1499. ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

*Розинов В.М.(1), Петлах В.И.(1-2),
Шабанов В.Э.(2), Деменко В.В.(2),
Васильев В.П.(2)*

Москва

1) НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова 2) Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»

Целью исследования является обобщение многолетнего опыта оказания медицинской помощи детям, пострадавшим в природных, техногенных катастрофах, вооруженных конфликтах и других

чрезвычайных ситуациях (ЧС). Материально-техническое и кадровое обеспечение оказания экстренной медицинской помощи детям в ЧС. Численность детского (0-17 лет) населения России в современный период составляет порядка 27 миллиона человек. Для оказания медицинской помощи детям в ЧС здравоохранение располагает определенным опытом и соответствующей материальной базой. В республиканских, краевых и областных детских больницах имеются центры детской хирургии, в т.ч. специализированные: торакальной хирургии, новорожденных, травматологии и ортопедии, ожоговые и др. В системе Минздрава России находятся Российская детская клиническая больница и НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова, обладающие большим числом высококвалифицированных специалистов; кроме того, ряд федеральных учреждений имеют в своем составе профильные детские отделения, в крупных городах имеются хирургические отделения в структуре детских больниц. Общее число специалистов детских хирургов около 5 000. В полевом многопрофильном госпитале (ПМГ) ВЦМК «Защита» функционирует педиатрическое отделение. При возникновении крупномасштабной ЧС с большим числом пораженных детей ПМГ трансформируется в полевой педиатрический госпиталь (ППГ) за счет врачей и медицинских сестер педиатрического профиля, работающих в федеральных и муниципальных учреждениях. В состав территориальных центров медицины катастроф (ТЦМК) входят врачи анестезиологи-реаниматологи, прошедшие подготовку по программам оказания медицинской помощи детям. В ТЦМК организуется педиатрическое отделение экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ). Планирование и организация медицинского обеспечения населения, в том числе детского, при массовых поражениях должны строиться из целесообразности в кратчайшие сроки обеспечить оказание адекватной медицинской помощи всем нуждающимся. В этих условиях обстановки неизбежно возникает необходимость в медицинской эвакуации пострадавших с мест поражения в ближайшие лечебные учреждения, расположенные в непосредственной близости к району катастрофы, а в последующем и в специализированные лечебные учреждения (отделения). При отсутствии на первом этапе медицинской эвакуации необходимых специалистов педиатрического профиля, способных обеспечить оказание неотложной помощи детям в полном объеме следует осуществить маневр детскими специалистами в пределах административной территории. Для этого, прежде всего, должны быть использованы детские бригады экстренной специализированной медицинской



помощи соответствующего профиля. Эвакуацию детей с первого этапа в профильные лечебные учреждения (отделения) необходимо осуществлять санитарным транспортом в первую очередь и в сопровождении медицинского персонала после устранения последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни, стабилизации показателей гемодинамики, профилактики раневой инфекции. Заключение. Особенности оказания медицинской помощи детям определяются рядом факторов. Прежде всего, необходимо учитывать возможность высокого удельного веса детей в структуре санитарных потерь при различных ЧС. Существенную роль играют возрастные анатомо-функциональные аспекты, определяющие своеобразие патогенеза, клинических проявлений и обоснования лечебной тактики у больных и пораженных детей. Принципиальное значение имеет отечественная система организации здравоохранения, в соответствии с которой основной объем медицинской помощи детям оказывается врачами педиатрического профиля в специализированных детских медицинских организациях. В условиях ЧС возрастают требования к квалификации врачей хирургов, поэтому необходима заблаговременная подготовка специалистов по программам военно-полевой хирургии и медицины катастроф.

1500. ГОРМОНОИНДУЦИРОВАННЫЕ ФЛЕБОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Дубатов Г.А.(1), Романовский А.В.(2),
Зайкова С.С.(3)*

Тверь

- 1)Тверской государственной медицинской университет
- 2)ООО Клиника "Эксперт"
- 3)ФКУ ГБ МЭС по Тверской области

Цель исследования - профилактика и улучшение результатов лечения больных флебопатиями нижних конечностей, обусловленных применением женских половых гормонов. Под термином "флебопатия" подразумевается наличие симптомов венозного застоя (боли, тяжести в икроножных мышцах, утомляемости и небольшой отека дистальных отделов конечностей к концу дня)у лиц без клинических и инструментальных признаков органического поражения венозной системы (Савельев В.С., 2001г.). В большинстве случаев эти явления отмечаются в трудоспособном возрасте 30-50 лет (синдром "взрослого человека"). Одной из наиболее важных причин развития флебопатий

у женщин является изменение гормонального статуса.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 187 женщин в возрасте от 18 до 50 лет. 96 пациенток применяли гормональную пероральную контрацепцию, 48 лечились от нарушения менструального цикла; 27 – с эндометриозом; 16 - заместительная гормонотерапия в климактерическом периоде. Длительность приема препаратов колебалась от 2 месяцев до 3 лет (медиана - 6 месяцев). Основными жалобами были дискомфорт, распирающие умеренные боли, незначительная отечность в ногах к вечеру, судороги по ночам. У 12 пациенток в анамнезе отмечались локальные тромбофлебиты. Всем женщинам выполнялось дуплексное флебоангиосканирование с цветным динамическим картированием нижних конечностей по стандартной методике. При этом не было выявлено со стороны венозной системы нижних конечностей морфофункциональных изменений. Лечение включало в себя обязательную отмену приема эстрогенсодержащих препаратов, эластическую компрессию (компрессионный трикотаж 1-го, реже 2-го класса компрессии), прием флеботонических препаратов, курсами по 2-4 месяцев, дезагрегантов, оптимизация физического режима. Полученные результаты. Непосредственные результаты прослежены у 135 пациентов. У всех отмечены удовлетворительные результаты лечения. Значительно уменьшились или исчезли симптомы флебопатии.

Выводы и рекомендации. Таким образом, в оказании помощи больным флебопатиями необходима скоординированная работа гинеколога и флеболога. В основе профилактики таких состояний лежит сан-просветительская работа медицинских работников. Стандартные методы обследования (УДС) венозной системы нижних конечностей, которые позволяют проводить дифференциальную диагностику патологии вен и функциональные изменения в венозной системе. Консервативные методы лечения эффективны у больных флебопатиями.



1501. СЛУЧАЙ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ ГАМАРТОМЕ СЕЛЕЗЕНКИ

*Карукес Р.В., Чернышёв А.А., Абовян А.Р.
Калиниченко И.А.*

Ростов-на-Дону

НУЗ "ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО "РЖД"

Гамартома описывается как доброкачественное узловое опухолевидное образование, появившееся в результате чрезмерного нарастания здоровой физиологической ткани того или иного органа. Существует много терминов, применяемых к данному нарушению, например, фиброспленома, спленоаденома, добавочная селезенка, узловатая гиперплазия селезенки и спленома. Гамартома селезенки не имеет предрасположенности по полу и чаще сего возникает у пациентов после 50 лет. Чаще гамартоты селезенки протекают бессимптомно. Наиболее частыми симптомами являются боль в животе и объемное образование брюшной полости. Среди возможных осложнений указывается спонтанный разрыв селезенки с последующим внутрибрюшинным кровотечением. Цель работы: продемонстрировать достаточно редкий случай гамартоты селезенки и возможность видеоэндоскопической спленэктомии при данной патологии. Мы располагаем одним клиническим наблюдением пациентки С., 27 лет, которая обратилась к нам с болевым синдромом, локализующимся в левом подреберье, повышением температуры тела до 37,5-37,8 С в течение 2 недель. Пациентке проведено лабораторное и инструментальное обследование. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлено гипоэхогенное образование селезенки с четкими контурами размерами 4x4x5 см. Рутинные анализы, за исключением общего анализа крови, без патологии. По данным общего анализа крови лейкоцитоз до 10,5x10⁹ и палочкоядерный сдвиг до 6. Для исключения опухолевой патологии пациентке выполнено МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением, по данным которого описана картина более соответствующая гамартоте селезенки. Пациентке после предоперационной подготовки выполнены видеоассистированная спленэктомия. Время операции составило 75 минут. Использовался 4-х троакарный доступ в положении пациентки на спине с боковым поворотом стола на 45° вправо. Препарат удален через мини-доступ в надлобковой области. Макроскопически на разрезе селезенки выявлено округлое образование размерами 4x4,5x5 см темно-вишневого цвета, с четкими контурами, хотя

по плотности и цвету существенно не отличалось от нормальной ткани селезенки. При гистологическом исследовании диагноз гамартоты селезенки был подтвержден. На 5-е сутки пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана на амбулаторное лечение. Резюмируя можно сказать, что гамартоты редкое доброкачественное образование селезенки, которое может случайно быть выявлено при инструментальном обследовании в виде образования с четкими контурами. Окончательный диагноз может быть установлен только при гистологическом исследовании. Таким образом, оперативное лечение является как диагностической, так и лечебной процедурой. А выполнение видеоассистированных операций несет в себе очевидные преимущества всех малоинвазивных вмешательств.

1502. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Белик Б.М. (1), Родаков А.В. (1), Тенчуришвили Р.Ш. (1,2), Абдурагимов З.А. (1,2),
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»

Цель исследования: изучить значение выбора оптимального срока выполнения холецистэктомии (ХЭ) у больных острым билиарным панкреатитом (ОБП).

Материал и методы. Проведен ретроспективный клинический анализ результатов обследования и лечения 209 больных ОБП за период с 2010 по 2016 гг. Причинами развития ОБП явились у 139 (66,5%) больных холедохолитиаз, у 43 (20,6%) - рубцово-воспалительные стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) и/или протяженные стриктуры дистального отдела холедоха, у 27 (12,9%) – билиарный сладж и микрохолелитиаз. У 28 (13,4%) пациентов имело место острое вклинение камня в БДС. В процессе обследования и лечения больных использовались стандартные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ и СКТ. На первом этапе лечения с целью ликвидации внутрипротоковой гипертензии, восстановления пассажа желчи и панкреатического секрета у больных осуществлялись ретроград-



ные и антеградные декомпрессионные вмешательства на желчевыводящих путях. У 145 (69,4%) пациентов выполнялись эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), холедохолитоэкстракция (ХЛЭ), назобилиарное дренирование (НБД), при необходимости - ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), стентирование желчного и панкреатического протоков. У 37 (17,7%) больных при наличии протяженных стриктур холедоха, а также в связи с невозможностью канюляции БДС выполнялась антеградная декомпрессия желчевыводящих путей посредством чрескожной чреспеченочной холангиостомии или холецистостомии под лучевым контролем. В зависимости от выбора дальнейшей лечебной тактики все больные ОБП были разделены на две группы. У 138 больных (I группа) ХЭ (лапароскопическая или из минилапаротомного доступа) производилась только после купирования всех клинико-лабораторных признаков ОБП. У 73 пациентов операция выполнялась в течение той же госпитализации (в среднем на $9,5 \pm 2,4$ сутки) и у 65 - в плановом порядке после выписки больных из стационара. У 44 больных (II группа) выбор сроков выполнения ХЭ осуществлялся дифференцированно, с учетом тяжести ОБП, а также оценки эффективности декомпрессии желчного и панкреатического протоков. Результаты. В I группе у 20 (14,5%) больных в связи с повторной миграцией конкрементов из желчного пузыря в холедох возникла необходимость выполнения повторных эндоскопических вмешательств на желчных путях (РПХГ, ХЛЭ, НБД). При этом у 12 (8,7%) пациентов отмечено развитие гнойного холангита и у 8 (5,8%) - прогрессирование ОБП. Из 138 больных умерли 7 (летальность 5,1%). Во II группе из 44 больных у 29 (65,9%) имелись легкая и средняя степени тяжести ОБП (показатели шкалы APACHE II менее 9 баллов, отсутствие УЗИ признаков билиарной и интрапанкреатической гипертензии). У этих больных ХЭ производилась не позже 48 часов после декомпрессии желчевыводящих путей или выполнялась на первом этапе (при развитии острого ферментативного холецистита) с обязательным дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому. При наличии в холедохе крупных конкрементов и/или плотных замазкоподобных масс предпочтение отдавали ХЭ из минилапаротомного доступа, в остальных случаях выполняли лапароскопическую ХЭ. При этом дренирование желчных путей осуществляли вплоть до полной ликвидации билиарной гипертензии и клинико-лабораторных проявлений ОБП. У 15 (34,1%) больных с тяжелой степенью ОБП (показатели шкалы APACHE II более 9 баллов, гиперферментемия, сохранение УЗИ признаков билиарной и интрапанкреатической гипертензии) ХЭ выполнялась лишь после разрешения острых воспали-

тельных явлений (через 6-8 недель после выписки из стационара). У пациентов II группы осложнений, связанных с выполнением ХЭ, не отмечалось. Умер 1 пациент с тяжелым ОБП (летальность - 2,3%). Выводы. Раннее выполнение ХЭ у больных с легкой и средней степенями тяжести ОБП является безопасным и патогенетически обоснованным, так как предупреждает повторную миграцию конкрементов в желчевыводящие пути, снижает риск развития гнойного холангита и прогрессирования ОБП. У больных с тяжелым ОБП холецистэктомия целесообразно отсрочить до ликвидации острых воспалительных явлений в сроки до 6-8 недель после выписки.

1503. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАПП ПЛАСТИКА ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ

Мехтиханов З.С.

Дербент, РД

ГБУ РД "Дербентская" ГБ

Лапароскопическая ТАПП пластика паховых и бедренных грыж является эффективным методом лечения, но для ее выполнения необходим опыт и знание как нормальной, так и измененной анатомии задней стенки паховой области, вызванной грыжами.

Цель исследования - провести оценку непосредственных и отдаленных результатов лапароскопического трансабдоминального преперитонеального (ТАПП) протезирующего метода пластики при лечении паховых и бедренных грыж.

Материал и методы. В хирургическом отделении городской больницы г. Дербента с августа 2012 г по декабрь 2016 г. были оперированы лапароскопическим ТАПП методом 269 больных, из них 243 - имели паховые грыжи, причем у 45 - с двухсторонней локализацией, у 25 - бедренные и у одной - грыжа запирающего канала. Для подтверждения диагноза грыжи всем больным в обязательном порядке выполняли ультразвуковое исследование пахово-бедренной области, а у 12 из них в виду недостаточной информативности ультразвукового исследования дополнительно проведена рентгеновская компьютерная томография. После лапароскопической верификации типа грыжи ТАПП пластику паховой области выполняли традиционно: брюшина рассекалась латерально от внутреннего пахового кольца отсепаровывалась медиально и вниз. освобождая латеральную ямку и стараясь не травмировать семенной канатик и семенные сосуды, а затем освобождалась медиальная ямка



и заднюю поверхность прямой мышцы до срединной складки, визуализируя верхнюю лонную кость и переднее позади тазовое пространство Богроса. В обязательном порядке извлекалась липома из грыжевого канала. Если возникали затруднения технического плана в полном извлечении грыжевого мешка, то он пересекался на некотором протяжении от шейки. Особое внимание уделялось гемостазу - для этого использовались ультразвуковые ножницы. Пластику задней стенки пахового канала выполняли полипропиленовыми сетками 10x15 см. Сетку фиксировали тейкерами герниостеплера "PROTACK" и перитонизировали швом лоскутов брюшины. Результаты. При проведении лапароскопической TAPP пластики у 12 больных одновременно выполнены симультанные операции, из них у 11 – лапароскопические холецистэктомии, а у одного больного к внутренней поверхности грыжевого мешка был подпаян аппендикс, в этом случае дополнительно выполнена и аппендэктомия. Продолжительность лапароскопических операций составили в среднем 36,2±0,3 мин, не было ни одного случая конверсии. В раннем послеоперационном периоде у 29 больных с паховыми грыжами наблюдались различные осложнения, из них у 15 – серомы пахово-мошоночной области, у 12 - гематомы мошонки и у двух больных отмечены болевые ощущения в паховой области на протяжении почти 6 месяцев. У этих больных операции протекали с техническими трудностями и дольше чем обычно. Средний послеоперационный койко/день – составил 1,6±0,4. У 208 больных в сроки наблюдения от шести месяцев до четырех лет не отмечено ни одного случая рецидива. Выводы. Лапароскопическая TAPP пластика эффективный способ лечения грыж пахово-бедренной области.

1504. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Мехтиханов З.С., Муталибов Р.Р.

Дербент, РД

ГБУ РД "Дербентская" ГБ

Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота была и остается одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии.

Цель исследования: изучить результаты лапароскопического способа лечения послеоперационных грыж живота. Материал и методы. Проведено проспективное исследование результатов лечения 72 больных (57 женщин и 15 мужчин),

оперированных лапароскопическими способами («IntraPeritoneal Onlay Mesh») «IPOM» и «IPOM-Plus» в отделении общей хирургии ГБУ РД «Дербентская» ГБ по поводу послеоперационных грыж живота за период с сентября 2012 года по декабрь 2016 год. Ранее у 58 больных были выполнены операции на органах брюшной полости и малого таза через срединную лапаротомию, у 9 - операции на почке и мочеточнике через боковой люмботомический разрез и у 5 больных - операции по поводу травм внутренних органов через атипичный лапаротомный доступ. Средний возраст больных составил 52,5 ± 2,8 года (от 31 до 78 лет). Всем больным перед операцией, наряду с общеклиническими, проводились специальные исследования: спирометрия, ультразвуковое исследование передней брюшной стенки и органов брюшной полости, а также у 26 больных дополнительно рентгеновская компьютерная томография для оценки размера грыжевого дефекта и отношения объема грыжевого содержимого к объему брюшной полости. Лапароскопическая операция выполнялась традиционно по стандартной методике триангуляции с использованием трех троакаров (двух 5 мм и одного 10 мм) и композитных синтетических эндопротезов «ПАРИЕТЕН-композит» по методу IPOM и «IPOM-Plus»). У 38 больных с локализацией грыж M2-M3 и L4 проведено предварительное ушивание грыжевых ворот при их размерах W1-W2 с чрезкожными чрезфасциальными швами с надфасциальной установкой узла, а остальным 34 больным сетка-протез установлена на задней поверхности брюшной стенки при локализации грыж M3-M4, и L2-L3 поверх дефекта шириной W1- W2 с перекрытием его краев на 3 см во всех направлениях. Сетка фиксировалась к мягким тканям герниостеплером «PROTACK 5mm» COVIDIEN по методу «двойной короны» и шестью чрезкожными трансфасциальными швами. Сроки наблюдения за больными после выписки из стационара составили от четырех месяцев до четырех лет. Результаты. Интраоперационных осложнений, связанных с наложением пневмоперитонеума, введением первого троакара и проведением адгезиолизиса не было. Инфекционных осложнений со стороны троакарных ран в послеоперационном периоде также не было. Средняя продолжительность операции составила 62,3± 0,18 мин (от 45 до 130 мин). У 17 больных в раннем послеоперационном периоде выявлены серомы, которые спонтанно разрешились у 16 из них, а у одной больной пришлось дважды ее пунктировать для удаления экссудата. Все эти случаи были связаны с формированием закрытого пространства между грыжевым мешком и протезом при IPOM-пластике. В сроки через 7 месяцев и полтора года после лапароскопической IPOM-пластики отмечен рецидив грыжи у 2



больных (M4W2 и L4W2). В обоих случаях причиной рецидивов грыжи был отрыв края сетки-эндопротеза от места его фиксации к мышцам при дефекте брюшной стенки круглой формы в 5 и 7 см в диаметре. Выполнены повторные лапароскопически ассистированные операции – резецированы грыжевые мешки и ушиты грыжевые дефекты через минилапаротомный разрез, а линия швом подкреплена со стороны брюшной полости эндопротезом по методу IPOM-Plus. При повторных операциях отмечено рыхлое сращение сальника и петель тонкой кишки к сетке-эндопротезу. Случаев кишечной непроходимости и кишечных свищей у больных не наблюдались.

Выводы. Лапароскопическая протезирующая пластика является эффективным методом лечения послеоперационных грыж живота малых и средних размеров любой локализации в условиях общехирургического стационара городской больницы. Выбор способа пластики во многом зависит от геометрии грыжевого дефекта, при дефектах близких к кругу предпочтительнее «IPOM» -пластика, а при дефектах, приближенных к эллипсу – «IPOM-Plus» – пластика.

1505. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ ПЛЕВРИТОМ

*Красильников Д.М.(1,2), Матвеев В.Ю.(2),
Хасанов Р.М.(1,2), Малова И.И.(2)*

Казань

- 1) ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра хирургических болезней № 1
- 2) ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Актуальность. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом является одной из сложных проблем в хирургии, характеризующейся ростом заболеваемости, большим количеством осложнений. Особую настороженность вызывает развитие у больных хроническим панкреатитом плевральных, несвоевременным установлением этиологии плеврита, трудностями выбора оптимального варианта лечения. Немаловажным фактом в запоздалой диагностике является невысокая частота развития панкреатогенных плевритов. В публикациях отечественных авторов приводятся сведения лишь о единичных наблюдениях панкреатоплевральных свищей. Однако консервативная стратегия лечения долгосрочная, имеет

высокую вероятность рецидива, в связи с чем, производится раннее хирургическое вмешательство - панкреатоеюностомия, устраняющее попадание панкреатического секрета в плевральную полость. Цель. Определить тактику хирургического лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным панкреатоплевральным свищем и экссудативным плевритом. Материал и методы. В клинике за период с 2010 по 2015 гг. оперировано 394 пациента с хроническим панкреатитом и его осложнениями, из них у 9 (2.3%) до операции были установлены панкреатоплевральные свищи с экссудативно-воспалительной реакцией плевры и перикарда. Все лица мужского пола, 7 больных поступили в клинику от 3 до 6 месяцев от начала заболевания, 1 - через 8 месяцев, 1 - 15 месяцев. Больные длительное время находились на лечении в других стационарах с диагнозом экссудативный плеврит неясной этиологии. У всех больных отмечена высокая концентрация амилазы в плевральной жидкости от 1370 до 32000 Ед\л. У 8 больных плевральный выпот был слева и у 1 справа. Объем плеврального выпота составлял от 600 до 2000мл. Одновременно или последовательно: выполняли операции на органах грудной клетки, затем брюшной полости. Так у 5 больных с ферментативным плевритом до операции в течение 7 дней ежедневно или через день проводили плевральные пункции, 2-х больных хирургическое вмешательство было выполнено последовательно с видеоторакоскопией в один день: у 1-го больного в связи с развитием фрагментированного серозно-фибринозного плеврита с серозно-фибринозным экссудативным перикардитом с элементами организации была выполнена биопсия плевры, фенестрация перикарда, санация и дренирование плевральной полости; у второго больного с эмпиемой плевры выполнена плеврэмпиемэктомия, декорткация легкого, санация и дренирование плевральной полости. При лапаротомии в одном наблюдении произведена дистальная гемипанкреатэктомия со спленэктомией, в остальных - операция Пьюстау с наружным дренированием ложных кист поджелудочной железы Результаты. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. У 3 больных потребовалось выполнение повторных плевральных пункций, не более двух. Больным, которым проводилась видеоторакоскопия, повторные плевральные пункции не проводились. Дренажи были удалены на 6 и 8 сутки. Летальных исходов не было. Ранних послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. Вывод. Исходя из редкой встречаемости панкреатоплевральных свищей, отсутствии эффективной тактики хирургического лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным панкреатогенным плевритом, существует необходи-



мость в определении индивидуального подхода к выбору оптимальных вариантов вмешательства и последовательности их выполнения. Выбор объема и метода оперативного пособия зависит от сроков обнаружения и тяжести плевральных осложений, сопровождающихся дыхательной недостаточностью различной степени, функционально-морфологических изменений поджелудочной железы.

1506. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ЛОБЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БРОНХОЭКТАЗАМИ

*Матвеев В.Ю.(1), Хасанов Р.М. (1,2),
Бондарев А.В.(1), Магомедов Б.А. (1),
Хисамов Р.Р.(1)*

Казань

- 1) Казань, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ
- 2) Казань, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ»
Министерства здравоохранения РФ, кафедра хирургических болезней №1

Актуальность. Бронхоэктатическая болезнь — приобретённое или врождённое заболевание, характеризующееся хроническим прогрессирующим процессом в необратимо изменённых (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах, преимущественно нижних отделов лёгких. В последние годы число больных с бронхоэктазами не уменьшилось. Бронхоэктатическая болезнь встречается у 0,5-1,5 % населения, развиваясь преимущественно в детском и молодом возрасте, чаще у мужчин. В течение последних двух десятилетий в лечении больных с различными заболеваниями органов грудной клетки интенсивно стали внедряться малоинвазивные эндовидеотехнологии, направленные, прежде всего, на снижение интраоперационной травмы, с целью более быстрой реабилитации больных. Данные технологии применяются в лечении больных с бронхоэктазами. Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Республиканской клинической больницы МЗ РТ за 5 последних лет накоплен опыт применения видеоторакоскопических и видеоассистированных анатомических резекций лёгких у 48 пациентов с бронхоэктазами различной локализации в возрасте от 19 до 46 лет. Средний возраст составил 31,4 года, из них мужчин было 31 (64,6%). У всех больных выявлены бронхоэктазы лёгких различной локализации: у 10-х больных бронхоэктазы локализовались в

нижней доле и язычковых сегментах левого лёгкого, у 16 - в нижней доле левого лёгкого, у 10 – в нижней доле правого лёгкого, у 8– в средней доле, у 4-х - в средней и нижней долях. Основными показаниями к операции были локализованные поражения лёгких различной степени тяжести при неэффективности консервативного лечения и осложнённые формы болезни (рецидивирующее кровотечение -10пациентов, абсцедирование - 4пациента, сформированные фиброателектазы лёгких -6пациентов). Применяли 3 вида доступа: видеоторакоскопический (3-х портовый) – у 16 пациентов, видеоассистированный (2-х портовый) – у 18 пациентов, однопортовый – у 14 пациентов. Из них у 9 пациентов впервые в России была применена методика анатомических резекций лёгких на спонтанном дыхании через ларингеальную маску под внутривенным наркозом без интубации трахеи. 10 пациентам выполнена нижняя лобэктомия с резекцией язычковых сегментов, 26 пациентам - нижняя лобэктомия, у 4-х пациентов нижняя и средняя лобэктомия, у 8- средняя лобэктомия. Результат исследования. Конверсий не было. Все пациенты хорошо перенесли операцию, большинство в тот же день активно перемещались по палате. Прежде всего отмечается уменьшение выраженности послеоперационной боли, что требует меньшего количества применения анальгетических препаратов. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 9 (18,7%)пациентов: у 5-х – наблюдался длительный сброс воздуха (до 5-7дн), у 3-х - сформировался ограниченный гемоторакс и у одного возник ателектаз средней доли. В большинстве случаев осложнения наблюдались в период освоения технологии. Дренажи удалялись в среднем на 3+ 1.4 суток. Средний койко-день составил 7,6 суток. Все возникшие осложнения были разрешены консервативными методами. Вывод: Применение малоинвазивных видеоторакоскопических и видеоассистированных операций у больных с бронхоэктазами способствует более быстрому восстановлению после операции и более быстрой реабилитации в постгоспитальном периоде. А применение методики операции без интубации трахеи способствует снижению анестезиологической травмы, что также способствует более быстрому выздоровлению пациентов. Но данная методика требует дальнейшего изучения, совершенствования, определения показаний к ее применению у определенного контингента пациентов.



1507. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ТИМОМТИМЭКТОМИИ НА СПОНТАННОМ ДЫХАНИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ И ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ТИМУСА

Матвеев В.Ю. (1), Хасанов Р.М. (1,2),
Магомедов Б.А. (1)

Казань

- 1) Казань, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ,
- 2) Казань, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ»
Министерства здравоохранения РФ, кафедра
хирургических болезней №1

Актуальность: Проблемы диагностики и лечения больных миастенией на данный момент сохраняются актуальными, количество заболевших не уменьшается. в основе миастении лежит активный аутоиммунный процесс, повреждающий постсинаптическую мембрану. Заболевание носит как правило прогрессирующий характер. Это требует от врачей ранней диагностики и активной тактики лечения, в том числе и оперативного лечения.

Цель работы: Продемонстрировать возможность видеоторакоскопической тимомтимэктомии на спонтанном дыхании при оперативном лечении генерализованной миастении.

Материалы и методы: В отделении торакальной хирургии Республиканской клинической больницы прооперировано 3 пациентов в возрасте от 19 до 64 лет (1- мужчина, 2- женщины) с генерализованной формой миастении, с преимущественным вовлечением краниобульбарной мускулатуры. У одного пациента при проведении КТ ОГК выявлено опухолевидное образование вилочковой железы, не имеющего роста за пределы вилочковой железы. У двух пациентов – признаки тимомегалии. Средняя длительность заболевания составила 3,2года. Все три пациента получали комплексное лечение: медиакментозное (калимин 180мг\сут, преднизолон 30-60мг\сут) и, в предоперационном периоде, проведены по 3 сеанса лечебного плазмафереза. Показанием для операции явилось в одном случае новообразование тимуса на фоне генерализованной миастении, в двух других случаях - генерализованная миастения. У одного пациента выполнена операция тимомтимэктомия, у двух - тимэктомия, с удалением всей клетчатки переднего средостения во всех случаях. Все три операции выполнены с применением видеоторакоскопии из правостороннего доступа на спонтанном дыхании. Данная технология позволяет проведение общего наркоза с использова-

нием ларингеальной маски, без миорелаксантов. Это позволило вывести больных на уровень адекватного сознания уже на операционном столе. Всем больным удалось коллабировать легкое на спонтанном дыхании за счет открытого пневмоторакса. Длительность операции колебалась от 50минут до 100мин, в среднем 73мин. Интраоперационный мониторинг не у одного пациента не зафиксировал гипоксию. Все пациенты хорошо перенесли операцию, в тот же день активно перемещались по палате. В послеоперационном периоде во всех трех случаях осложнений не наблюдалось. Плевральные дренажи удалены на следующие сутки. Все пациенты выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 4 сутки. Выводы: видеоторакоскопическая тимом- тимэктомия на спонтанном дыхании является безопасным методом вмешательства, благодаря которому возможно снижение выраженности стресс-реакции на хирургическую и анестезиологическую агрессию у данной категории пациентов. Но данная методика еще требует изучения, совершенствования, определения показаний к ее применению у определенного контингента пациентов с генерализованной формой миастении.

1508. ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Куликов В.Г.(1,3), Анищенко В.В.(2),
Морозов В.В.(1,3), Шевела А.И.(1,3),
Майбородин И.В.(3), Разумахина М.С.(1,3)

Новосибирск

- 1) ИХБФМ СО РАН
- 2) НУЗ ДКБ ОАО «РЖД»
- 3) ООО «Центр персонализированной
медицины»

В связи с широким распространением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в настоящее время, увеличением числа оперативных вмешательств по этому поводу, продолжает быть актуальной необходимость изучения особенностей течения до- и послеоперационного периода. Для исследования в качестве экспериментального животного были использованы минипиги, строение стенки пищевода и желудка которых аналогично строению стенки пищевода и желудка человека. Животным была выполнена аргоноплазменная абляция слизистой дистального отдела пищевода на аппарате ERBA VIO 300D по стандартной методике с мощ-



ностью воздействия 35-40 Вт. Далее оценивалось состояние слизистой пищевода через 1, 2 и 5 недели после аблации для оценки регресса воспалительного процесса. Проводилось гистологическое исследование стенки пищевода. Наиболее выражен воспалительный процесс стенки пищевода в течение первой недели, далее происходит регресс воспаления, которое полностью купируется к пятой неделе. Использование подобной экспериментальной модели позволило так же наглядно продемонстрировать возможность исследования дистального отдела пищевода после проведённых фундопликаций с целью выявления возможных осложнений в послеоперационном периоде, а именно провести оценку положения фундопликационной манжеты, сетчатого импланта в случае его применения. Ориентиром определения положения фундопликационной манжеты внутрипросветно являлась Z-линия, сетчатого импланта – ножки диафрагмы. По данным эндосонографии определены следующие механизм рецидива: синдром «телескопа» при смещении фундопликационной манжеты выше Z-линии; параэзофагеальная грыжа при расслоении диафрагмальных ножек или формировании грыжи между диафрагмальной ножкой и сетчатым имплантом; «короткий» пищевод при смещении дистального отдела пищевода с манжетой выше диафрагмы; несостоятельность манжеты; смещение сетчатого импланта. Применение эндосонографического метода позволило получить более обширную и точную информацию для определения показаний к повторной антирефлюксной операции и выбора метода оперативной коррекции. По данной методике получен патент РФ на изобретение № 2598468.

1509. ФОРМИРОВАНИЕ РЕЕСТРА ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫМИ БАКТЕРИОФАГАМИ

*Ганичев Д.А.(2), Куликов В.Г.(1,3),
Морозов В.В.(1,3), Анищенко В.В.(2),
Шевела А.И.(1,3), Разумахина М.С.(1,3),
Старков Ю.Л. (2).*

Новосибирск

- 1) ИХБФМ СО РАН 2) НУЗ ДКБ ОАО «РЖД»
- 3) ООО «Центр персонализированной медицины»

Сахарный диабет является наиболее распространённой эндокринной патологией. Более чем в 70% развиваются различные осложнения, к которым относится синдром диабетической стопы.

Практически у половины пациентов синдром диабетической стопы осложняется развитием гнойно-некротических процессов на стопе, что в 50–75% случаев приводит к ампутации на различном уровне. Данные факты, в сочетании с проблемой продолжающегося роста антибиотикорезистентности в настоящее время, повышают актуальность выбора терапии при данной патологии. Эффективность бактериофагов была доказана ещё в 1930-х годах. Преимущества фаготерапии по сравнению с лечением антибактериальными препаратами заключаются: в высокой специфичности, отсутствии подавления нормальной микрофлоры и нарушения естественного баланса внутренней среды организма; бактериофаги практически не имеют противопоказаний к применению, не вызывают развития резистентности микроорганизмов; оказывают стимулирующее влияние на гуморальное и клеточное звенья иммунитета; не обладают токсическим, аллергическим и тератогенным эффектами; эффективны в монотерапии, но также могут применяться в комбинации с другими препаратами, в том числе с антибиотиками и пробиотиками. В России препараты бактериофагов применяют для профилактики и лечения многих заболеваний: инфекционные поражения желудочно-кишечного тракта; гнойно-воспалительных заболеваний глаз, ЛОР-органов, лёгких; хирургических инфекций и т.д. Накоплен достаточно большой опыт в лечении синдром диабетической стопы. В г. Новосибирске в ИХБФМ СО РАН имеется технологическая возможность и реализован клинический опыт наработки персонализированных бактериофагов, т.е. фагов для борьбы с конкретными возбудителями у конкретного пациента, при этом достигается высокая эффективность в лечении гнойно-некротических процессов на стопе. Совместно с Дорожной клинической больницей г. Новосибирска разрабатывается реестр пациентов с СДС, у которых флора раны нечувствительна к официальным бактериофагам и имеется устойчивая антибиотикорезистентность. Таким пациентам показано лечение фагами, продуцированными именно с учетом микробного пейзажа раны. В настоящий момент этот проект в начале реализации, но первые результаты демонстрируют перспективность персонализированного подхода при лечении пациентов с СДС. В исследовании участвовало 37 пациентов, находившихся на стационарном лечении с инфицированными ранами на фоне синдрома диабетической стопы. Из образцов, взятых из инфицированных ран, высевали микроорганизмы. В ходе исследования у 17 пациентов были выявлены смешанные бактериальные инфекции (*Staphylococcus* sp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* и др.), у 17 – моноинфекции, один образец содержал грибковую моноинфекцию, в образцах от



двух пациентов микроорганизмов обнаружено не было. Выявленные микроорганизмы тестировали на чувствительность к антибиотикам и к различным препаратам бактериофагов. В случае выявленной фагочувствительности проводилась фаготерапия методом аппликаций в течение 7-10 дней. Персонализированная фаготерапия применялась в 25 случаях: из 15 пациентов с моноинфекциями, 9 были инфицированы *Staphylococcus aureus* (три метициллин-резистентных штамма), 3 пациента - *Pseudomonas aeruginosa* и 3 пациента – *Escherichia coli*. После фаготерапии наблюдалось полное исчезновение инфекционного агента в контрольном мазке (*S. aureus* и *E.coli*) или уменьшение титра инфекционных агентов на 3-4 порядка (*P. aeruginosa*). Из 10 пациентов с микст-инфекциями только у пяти пациентов все выявленные клинические штаммы были чувствительны к бактериофагам. Положительный результат лечения наблюдался у восьми пациентов, у одного пациента применение фаготерапии было неэффективным. В остальных пяти случаях наблюдались сложные микст-инфекции - 3 и более инфекционных агента, из которых только 1-2 были чувствительны к бактериофагам. В этих случаях применение бактериофага приводило к исчезновению фагочувствительного штамма и сохранению остальных. Таким образом, применение персонализированной фаготерапии дало положительный эффект в 100 % (15/15) случаев с моноинфекциями, и в 40 % (4/10) случаев с микст-инфекциями.

1510. ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ПЕРФОРАЦИИ ИЛИ РАНЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

*Ярошук С.А.1, Баранов А.И.2,3,
Каташева Л.Ю.2, Лещишин Я.М.2*

Новокузнецк

ГБУЗ КО «НГКБ№ 29»1, ГБУЗ КО «НГКБ№ 1»2,
НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России 3, г. Новокузнецк

Проблема хирургического лечения больных с патологией тонкой кишки вызванных тонкокишечной непроходимостью, перфорацией или ранением тонкой кишки остаются актуальными несмотря на достигнутые успехи в неотложной хирургии живота. На их долю приходится от 18 до 37% неотложных заболеваний брюшной полости. Основной причиной смертельных исходов является перитонит. Причиной развития перитонита в послеопе-

рационном периоде остается ошибочная оценка жизнеспособности тонкой кишки и как следствие наложения первичного анастомоза на участке кишки с ишемическим повреждением. Распространенность заболеваний связанных с патологией тонкой кишки, неопределенность в выборе вида и объема операции определили актуальностью данного исследования. Кроме того альтернативной методом лечения может стать использование двух этапного лечения у этих групп пациентов. Целью настоящего исследования явилась оценка возможности использования обструктивной резекции кишечника у больных с острой кишечной непроходимостью (ущемление, заворот), перфорация, ранение. Для решения поставленной цели были исследованы истории болезни 68 больных, находившихся на лечении в НГКБ №29 г. Новокузнецка за период 2011 – 2016 гг. Для оценки результатов лечения пациентов с острой хирургической патологией тонкой кишки они были разделены на 2 группы. Первую составили 32 пациента (8-ущемленная паховая грыжа, 18-ущемленная вентральная грыжа, 4-заворот тонкой кишки и 2-закрытая травма живота с разрывом тонкой кишки), которым было произведена обструктивная резекция тонкой кишки без наложения первичного анастомоза, сроки поступления от 18 до 37 часов от момента заболевания, группу сравнения – 36 больных (7-ущемленная паховая грыжа, 24-ущемленная вентральная грыжа, 3-заворот тонкой кишки и 2-закрытая травма живота с разрывом тонкой кишки), которым выполнялась резекция тонкой кишки с наложением анастомоза, сроки поступления от 6 до 42 часов от момента заболевания. В первой группе перитонит отмечен у всех больных, в группе 2 только у 18 пациентов. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 84 минуты, в группе сравнения - 123,5 минут. Исследовали в послеоперационном периоде такие показатели, как частота несостоятельности кишечных анастомозов, продолжительность синдрома интоксикации, длительность и выраженность пареза кишечника, летальность. После этапного лечения несостоятельность межкишечного анастомоза отмечена у 6 больного (18,75%). У 4 (12,5%) больных потребовалась выполнения резекции тонкой кишки в связи с некрозом культы. В группе сравнения несостоятельность кишечного анастомоза отмечена у 21 (58,3%) , причиной которого явился продолженный несостоятельность анастомоза у 17 (47,23%), и некроз культы резецированной кишки у 4 (11,12%) пациентов. Купирование признаков перитонита у больных первой группы наступал на 3 ($\pm 0,52$) сутки, в группе сравнения на 5 ($\pm 0,64$) сутки. У большинства больных первой группы интоксикационный синдром сохранялся в среднем 4 суток (в группе контроля – 4 - 6



суток), что позволило сократить сроки инфузионной терапии до 4 суток. У пациентов после этапного лечения отмечены явления пареза 1-2 степени, купирование которых удалось достичь к 3 суткам послеоперационного периода на фоне терапии, в группе сравнения – отмечен парез 2-3 степени купировался на 4-5 сутки. Повторные вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде в группе контроля выполнялись в 1(3,12%) случае, после двухэтапного лечения осложнений не наблюдалось. Летальность в первой группе составила 6,67% (2 больных), в группе сравнения 19,45% (7 больных). Таким образом, результаты полученные при анализе историй болезни пролеченных пациентов позволяют рассматривать обструктивную резекцию тонкой кишки как способ лечения осложнений при хирургической патологии тонкой кишки, альтернативный традиционной хирургической тактики.

1511. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ КСЕНОНА И ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА

Фальтин В.В., Авдеев С.В., Афанасьев С.Г., Шалыгина К.В., Путеев И.П.

Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, НИИ онкологии

Современные требования к анестезии заключаются в адекватной защите организма от хирургического стресса, который остается одной из основных причин послеоперационных осложнений. Наряду с исследованием уровня гормонов стресса, весьма актуально изучение выраженности воспалительной реакции во время операции, поскольку рассматривается как компонент стресс-ответа. Дисбаланс в продукции цитокинов напрямую либо опосредованно приводит к органной дисфункции, запуская каскад стрессовых реакций, в том числе активации комплемента, повреждению эндотелия, коагулопатиям. Использование ксенона показало значительные преимущества перед другими анестетиками, его применение не вызывало увеличение содержания лактата и пирувата, что свидетельствует о высокой антистрессовой активности анестетика. Однако использование ксенона в виде мононаркоза невозможно в условиях больших онкологических операций. В настоящее время анестезиологами интенсивно изучается седативный препарат дексметомидин

(альфа2-агонист), обладающий анксиолитическим и анальгетическим эффектами. Комплексная защита организма в виде комбинации антагониста NMDA-рецепторов – ксенона и альфа2-агониста – дексмететомидина в сочетании с эпидуральной анальгезией входит в концепцию мультимодального подхода к анестезиологическому пособию и требует изучения антистрессовой защиты в абдоминальной онкологии. Цель исследования. Оценить эффективность анестезиологического пособия при комбинации ксенона и дексмететомидина при операциях по поводу рака желудка. Материал и методы. В проспективное рандомизированное исследование вошли 53 пациента с операбельным раком желудка II-III стадий. Средний возраст больных составил 56 лет (26–75 лет), из них 30 (56,6%) мужчин и 23 (43,4%) женщины, ASA I-III. Формирование сравниваемых групп осуществлялось после комплексного обследования. В плановом порядке пациентам были выполнены следующие оперативные вмешательства: гастрэктомия – 21, субтотальная дистальная резекция желудка – 32. Все пациенты были разделены на 2 клинические группы. В основной группе (n=27) проводилась комбинированная анестезия ксеноном и дексмететомидином в сочетании с эпидуральной анальгезией. В контрольной группе (n=26) проводилась анестезия севофлюраном в сочетании с эпидуральной анальгезией. Всем пациентам проводился стандартный интраоперационный мониторинг по Гарвардскому стандарту. Концентрацию гормонов: АКТГ, СТГ, кортизола и цитокиновый профиль изучался методом иммуноферментного анализа, оценивали уровень IL-1 β , IL-6 и СРБ перед операцией, во время операции и после экстубации пациента. Результаты. По уровню гормонов стресс-реализующей системы и маркеров неспецифического системного воспалительного ответа изучена эффективность защиты от операционной травмы разных видов анестезий. Концентрация гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и цитокинов перед операцией в обеих группах исследования не различалась. В основной группе уровень АКТГ после экстубации и кортизола во время операции и после экстубации был ниже, но статистических различий не отмечено (p>0,05). Во время операции при использовании комбинации ксенона и дексмететомидина выявлены значимо более низкие показатели СТГ – 3,4 мМЕ/л, в контрольной группе – 9,3 мМЕ/л.



1512. ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Назирбоев К.Р., К.М. Курбонов

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

Цель исследования – изучение состояния свободнорадикальных процессов у больных с различной степени тяжести механической желтухи доброкачественного генеза. Материал и методы. Настоящая работа основана на результате комплексной диагностики 80 пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза. Мужчин было 26 (32,5%), женщин – 54 (67,5%). Возраст пациентов составило от 17 до 84 лет. При интерпретации данных желчнокаменная болезнь (ЖКБ), осложненная холедохолитиазом 47 (58,8%) случаях. Несколько реже выявляли стенозы большого дуоденального соска (БДС), в том числе на фоне ЖКБ – 12 (15%) наблюдениях. Синдром Мирризи у – 6 (7,5%) и стриктура холедоха и билиодегистивного анастомоза у 15 (18,7%) больных. Для диагностики МЖ, проводили комплексное инструментальное и клиничко-биохимическо-лабораторные методы исследования. Результаты и их обсуждение. При МЖ тяжелой степенью (n=20) у которых уровень общего билирубина составило более 200мкмоль/л, показателей цитолитических ферментов составил АлАт - $1,45 \pm 0,24$ мкмоль/л и АсАт - $1,38 \pm 0,17$ мкмоль/л, также, критически были повышены уровень ЩФ ($824,3 \pm 7,2$ МЕ). Полученные данные утверждает тот факт, что у больных с МЖ, наблюдаются выраженные и глубокие изменения в печени, нарушении функции печеночных клеток и тем самым жизненно важных органов, являющейся пусковым механизмом активации ПОЛ и антиоксидантного стресса. Для подтверждения этих доводов были исследованы содержания продуктов ПОЛ (ДК и МДА) и антиоксидантного статуса (АОС) в сыворотке крови у больных данной категории. Так при легкой степени механической желтухи уровень показателей ПОЛ были повышены (ДК - $1,42 \pm 0,52$ от.ед., МДА - $5,24 \pm 0,36$ нмоль, мл), тогда как показатели АОС наоборот были снижены (аскорбиновая кислота - $0,72 \pm 0,24$ мг% и СОД - $9,56 \pm 0,26$ усл.ед). У пациентов с средней тяжести механической желтухи показатели ПОЛ (ДК - $1,74 \pm 0,86$ от.ед., МДА - $7,24 \pm 0,35$ нмоль, мл) и снижения уровня АОС (аскорбиновая кислота

- $0,56 \pm 0,38$ мг% и СОД - $7,24 \pm 0,32$ усл.ед), а у пациентов с тяжелой степенью критически были повышены уровень ДК ($1,84 \pm 0,70$ от.ед.), МДА ($8,64 \pm 0,28$ нмоль.мл), а показатели АОС составило (аскорбиновая кислота - $0,43 \pm 0,30$ мг% и СОД - $5,82 \pm 0,22$ усл.ед). Полученные данные позволили объективизировать целесообразность проведения комплексной антиоксидантной терапии, как важного компонента патогенетической терапии при проведении различных видов хирургического вмешательства у больных с МЖ доброкачественного генеза. Заключение. Таким образом, прогрессирование патологического процесса при МЖ доброкачественного генеза, способствует усилению свободнорадикального окисления и снижению антиоксидантов в сыворотке крови, что свидетельствует о нарушении функционального состояния печени, требующей необходимости в выполнении декомпрессивных эхоконтролируемых вмешательств и проведения комплексной консервативной терапии в до- и послеоперационном периоде.

1513. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Курбонов К.М., К.Р.Назирбоев

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных с синдромом механической желтухи путём декомпрессии билиарного тракта миниинвазивными способами. Материал и методы. Проанализированы результаты комплексной диагностики и лечение 120 больных механической желтухой доброкачественного генеза за период с 2010 г по 2016г. Мужчин было 34 (28,3%), женщин - 86 (71,7%). Возраст пациентов составило от 18 до 84 лет. В 60 (50%) (основная группа) пациентам на первый этап было произведено чрескожно-чреспеченочные дренирующие вмешательства под УЗ-контролем в последующем на второй этап выполнены радикальные оперативные вмешательства, а в 60 (50%) больным (ретроспективно, контрольная группа) были произведены непосредственно открытые оперативные вмешательства. Наиболее частой причиной МЖ были: холедохолитиаз - 76 (63,3%); стриктура терминального отдела холедоха 15 (12,5%), стеноз большого дуоденального сосочка – 8 (6,7%), стриктуры билиоди-



гестивных анастомозов—6 (5%), болезнь Карроли—7 (5,8%), синдром Миризи—8 (6,7%). Результаты. Выбора метода и способа оперативного вмешательства у больных основной и контрольной группы использовали классификацию предложенной Э.И.Гальпериным (2014г.). В структуре патологий гепатобилиарной зоны обусловивших развитию МЖ, наиболее превалировал класс – В (средняя тяжесть) составляющий 59 (49,1%) пациентов, несколько реже больные класс – С (легкая степень) – 40 (33,4%) и класс – А (тяжелая степень) имело место у 21 (17,5%) больных. Было установлено, что нами у 60 (50%) пациентов (основная группа) была проведена двух этапная тактика лечения. На первый этап была проведена чрескожно-чреспеченочная дренирования билиарного тракта под УЗ-контролем, основной задачей которого являлся ликвидация холестаза, печеночной недостаточности, улучшение функциональную состоянию печени и создание условия для более качественной подготовки больного ко второму этапу операции. Большинство случаев (n=30) было выполнена чрескожно-чреспеченочное дренирование левого печеночного протока под УЗ-контролем, 20 наблюдениях выполнено чрескожно-чреспеченочное холецистостомия и 8 – случаев чрескожно-чреспеченочное дренирование холедоха под УЗ-контролем. После выполнение первый этап операции у больных основной группы и нормализации биохимических показателей крови (общий билирубин, АсАт, АлАт, щелочная фосфатаза и общий белок) на второй этап была выполнена различные варианты оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде у больных основной группы послеоперационные осложнения возникли у 3 больных, которые во-всех случаях выздоравливались консервативным методом лечения. У больных контрольной группы в 31 случаях отмечены различные послеоперационные осложнение, при котором 10 наблюдениях заканчивалось летальным исходом. Послеоперационными осложнениями являлись: несостоятельность билидигестивного анастомоза (n=9), печеночно-почечная недостаточность (n=14), внутриорганные кровотечения (n=2), нагноение лапаротомной раны (n=4), спаечная кишечная непроходимость (n=2). Заключение. Таким образом, у пациентов с механической желтухи доброкачественного генеза рекомендуется в качестве первого этапа хирургического лечения применение чрескожной чреспеченочной дренирование желчевыводящих путей под УЗ-контролем для выполнения билиарной декомпрессии улучшающие качество жизни пациентов в послеоперационном периоде и повышают экономическую эффективность лечения.

1514. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

*Гуломов М.Ш., Назирбоев К.Р.,
Джалолова С.И., МуродовС.К.*

Душанбе, Таджикистан

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, ГУ Медицинский
комплекс «Истиклол»

Цель исследования. Оценка эффективности эндоскопии в лечение механической желтухи развившийся после эхинококкэктомии. Материал и методы. За период с 2002-2016 гг. в хирургических отделениях городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе лечились 673 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 75 лет. Основная масса больных были люди из числа трудоспособной части населения в возрасте до 40 лет - 442 (65,7%). Пациенты старше 60 лет всего составили -54 (8,0%) больных. Мужчин было - 261 (38,8%), женщин- 412 (61,2%), сельские жители составили - 445 (66,2%), городские-228 (33,8%). Размеры кист по данным УЗИ колебались от 3,0 до 27,0 см. Локализация в правой доле встречалась – у 424 (63,0%), в левой доле – у 187 (27,8%). Поражение правой и левой доли печени – у 62 (9,2%) больных. Частота рецидивного эхинококкоза печени составило 56 (8,3%) случаев. В большинстве случаев больным была выполнена открытая эхинококкэктомия-274 (40,9%). Закрытая эхинококкэктомия была применена у 105(15,6%) больных, перистэктомия у -116(17,2%) больных, идеальная эхинококкэктомия в 83(12,3%) случаях. При краевых локализациях эхинококковых кист у 30 (4,4%) больных были выполнены атипичные варианты резекции печени, правосторонняя гемигепатэктомия в 15(2,2%) случаев. Эхинококкэктомия из печени и других органов выполнена у -50(7,4%) больных. . В раннем послеоперационном периоде специфические осложнения после эхинококкэктомии встречались у 67 (9,9%) больных. При этом нагноения остаточной полости встречались у – 32 (4,7%) больных. Кровотечение в брюшную полость у- 4 (0,6%), желчеистечение у –4(0,6%) больных, желчные и гнойные свищи у 21 (3,1%) больного. Результаты. В раннем послеоперационном периоде механическая желтуха после эхинококкэктомии развилась в 6 (0,9%) случаях, при этом уровень билирубина в крови колебался от 47 до 120 ммоль/л. На УЗИ у этих пациентов отмечалось расширение холедоха различной степени тяжести. При наличии детритов фиброзной капсулы был обнаружен уча-



сток гипозоногенного образования в терминальной части холедоха (3). При наличии участков хитиновой оболочки в холедохе (2) эхокартина выглядела в виде гиперэхогенных структур без акустической дорожки. Эхокартина дочерних кист в холедохе, на фоне анэхогенного либо слабо эхогенного содержимого, представлена округлыми сферическими образованиями с четко определяющимся гиперэхогенным кольцевидным контуром (1). У всех больных при ФГДС отмечено выбухание большого дуоденального сосочка. При этом нами выполнены следующие эндоскопические вмешательства. В 2 случаях после медикаментозной подготовки была достаточна лишь канюляция БДС, при которой отмечалось спонтанное выхождение детритов из просвета холедоха. В 1 случае выполнена эндоскопическая папилотомия без рассечения сфинктера Одди (ЭПТ). Ещё в 1 случае обнаружен рождающийся участок хитиновой оболочки, который был устранен путем захвата элементов манипулятором через канал эндоскопа и извлечен в просвет двенадцатиперстной кишки. В 2 остальных случаях механическая желтуха была устранена применением ЭПСТ и введением корзины Dormia в просвет холедоха с удалением элементов эхинококковой кисты и дочерних пузырьков. На 5-7 сутки послеоперационного периода у всех больных отмечалась улучшение клинико-лабораторных показателей, в частности нормализации уровня билирубина в крови. При повторном ультразвуковом исследовании размеры холедоха во всех случаях были в пределах до $1,0 \pm 0,2$ см., что указывает на эффективность данного способа. Заключение. Таким образом, при механической желтухе возникшей после эхинококэктомии методом выбора являются различные эндоскопические манипуляции в области большого дуоденального сосочка.

1515. КОМПРЕССИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Пиксин И.Н., Вилков А.В., Давыдкин В.И.,
Голубев А.Г., Пряников И.Р.*

Саранск

Медицинский институт, Национальный
исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарёва

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают одно из ведущих мест среди эндокринопатий; их уровень сохраняет устойчивую

тенденцию к росту. По мере увеличения размеров ЩЖ формируется компрессионный синдром (КС) – жизнеугрожающее осложнение, значительно снижающее качество жизни пациентов доброкачественными заболеваниями щитовидной железы. Цель исследования: разработать анализ информативности методов диагностики при КС и оценка результатов хирургического лечения. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 252 больных с зобом за период с 2008 по 2016 год. Для определения лечебной тактики разработан диагностический алгоритм использования инструментальных методов исследования (УЗИ ЩЖ и смежных органов, рентгеноскопия пищевода, органов грудной клетки, фибробронхоскопия, ЦДС магистральных сосудов шеи, КТ грудной клетки и др.) и шкала стратификации тяжести КС. Результаты и их обсуждение. КС установлен у 51 (20,2 %) пациента, женщин было 43 (84,3%), мужчин – 8 (15,7%). Средний возраст составил 54,5 года, трудоспособного возраста был 31 (60,8 %) пациент. Гипотиреоз отмечен у 6 больных (11,8%), эутиреоз – у 35 больных (68,6%), тиреотоксикоз – у 10 больных (19,6%). УЗИ выявило увеличение размеров ЩЖ, что клинически соответствовало II степени по ВОЗ. Загрудинной расположение ЩЖ было у 8 (15,7%) пациентов. При этом для определения взаимосвязи ЩЖ с другими анатомическими структурами были проведены рентгенография грудной клетки в двух проекциях, и (или) компьютерная томография только при отсутствии данных о компрессии анатомических структур по данным других методов исследования. Рентгеноскопия пищевода была проведена 21 (41,2 %) пациенту: компрессия органа отмечена у 4 (7,8 %) больных, девиация пищевода – у 9 (17,6%) больных. Фибробронхоскопия была проведена 43 (84%) пациентам, по результатам которых было выявлено сдавление подсвязочного аппарата у 4 (7,8%) больных, компрессия верхней трети трахеи – у 25 (49,0 %) больных, средней трети трахеи – у 7 (13,7%) больных, нижней трети трахеи – у 7 (13,7%) больных, сдавление по всей длине – у 4 (7,8%) больных. ЦДС магистральных сосудов шеи было проведено для выявления нарушений кровообращения, вызванных КС. Однако, признаки экстравазального сдавления обеих внутренних яремных вен выявлено лишь у 1 (1,9 %) больного, S-образная деформация общей сонной артерии – также у 1 (1,9%) больного. КТ органов грудной клетки была проведена 4 (7,8 %) больным, верифицировав данные бронхоскопии по протяженности сдавления трахеи. Учитывая наличие КС были установлены показания к хирургическому лечению. Оперативный доступ в 100% случаев (51 больной) обеспечивался посредством поперечного, слегка дугообразного разреза, на 1,0-1,5 см выше яремной вырезки между перед-



ними краями грудино-ключично-сосцевидных мышц. Все операции проводились под внутривенным обезболиванием с интубацией трахеи и ИВЛ. Субтотальная резекция ЩЖ выполнена 30 (58,8 %) больным; тиреоидэктомия – 8 (15,7 %) больным; удаление рецидивного зоба – 7 (13,7 %); гемитиреоидэктомия – 6 (11,8%) пациентам. Выбор в пользу субтотальной резекции щитовидной железы был обусловлен высокой распространенностью случаев обнаружения многоузловых образований больших размеров в обеих долях щитовидной железы. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Частота послеоперационных осложнений (гипотиреоз, рецидив зоба, парез возвратного нерва) не превышали аналогичные показатели в группе больных, оперированных без наличия КС. Выводы. Таким образом, КС у больных с зобом диагностируется у 20% оперированных. Клинические признаки КС отмечаются у 59,8 %, и являются основанием к назначению дополнительных методов диагностики (УЗИ, фибробронхоскопия, эзофагография, КТ, ЦДС). Клинически диагностированный КС является показанием к хирургическому лечению для профилактики возникновения жизнеугрожающих состояний. При этом возможно выполнение всех способов хирургического вмешательства, так как на выбор способа операции влияют не столько наличие КС, сколько морфологическая форма зоба, функциональное состояние органа и выраженность нодулярной трансформации паренхимы органа.

1516. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Афанасьев С.Г. (1), Старцева Ж.А. (1),
Тарасова А.С. (1), Сорокин Д.А. (1),
Стародубцева Д.А. (1), Ягубян Л.В. (3)*

Томск, 2) Нижневартовск, 3) Томск

- 1) Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, НИИ онкологии, 2) Нижневартовский онкологический диспансер, 3) Сибирский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценка течения послеоперационного периода у больных раком прямой кишки (РПК), получивших пролонгированный курс предоперационной лучевой терапии с радиосенсибилизацией капецитабином и локальной гипертермией. Материал и методы. На первом этапе комбинированного лечения больным местнорас-

пространенным РПК (стадия Т3-4) с поражением ниже-ампулярного отдела проводится дистанционная гамма-терапия на аппарате Theratron Equinox 1,25 МэВ в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр x 2 раза в день, 5 дней в неделю в течение 4 недель до суммарной дозы 54 Гр. Одновременно с началом лучевой терапии проводят химиотерапию капецитабином в разовой дозе 825 мг/м² per os x 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в дни проведения лучевой терапии. Химиолучевое лечение (ХЛТ) проводится на фоне локальной гипертермии, которую проводят на аппарате Celsius TCS по схеме: 3 раза в неделю за 3 часа до сеанса облучения при температуре 42–44°C в течение 45–60 мин, всего 10 сеансов. Оценка непосредственной эффективности ХЛТ и выбор объема оперативного вмешательства осуществлялись через 6 недель по завершения облучения, всем больным проводились контрольные МРТ органов малого таза и эндоскопическое исследование. Лечение по представленной схеме получили 26 пациентов, в возрасте от 31 до 68 лет, из них 17 (65,4%) мужчин, 9 (34,6%) женщин. Результаты. Все пациенты удовлетворительно переносили предоперационную ХЛТ, она завершена в запланированном объеме, значимых реакций, требующих перерыва курса лечения или редукции дозы облучения не наблюдалось. При контрольном обследовании после завершения неoadьювантного химиолучевого лечения, зарегистрировано 3 (11,5%) случая полной, морфологически подтвержденной регрессии первичной опухоли, соответственно этим пациентам хирургический этап лечения не потребовался. В 19 (73,1%) клинических наблюдениях удалось добиться частичной регрессии опухоли – объем первичного очага уменьшился более чем на 50%. В 18 (69,2%) случаях удалось выполнить сфинктерсохраняющую операцию, в 8 (30,2%) – брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (БПЭПК), при том, что до начала комбинированного лечения показания для БПЭПК были у 18 (69,2%) больных. У всех прооперированных больных течение послеоперационного периода было благоприятным, значимых послеоперационных осложнений, потребовавших релапаротомии, и летальных исходов не наблюдалось. Выводы. Результаты местнораспространенного рака прямой кишки с использованием пролонгированного курса предоперационной лучевой терапии с радиосенсибилизацией капецитабином и локальной гипертермией позволяют оценивать разработанную программу как эффективный и безопасный метод. Предоперационная химиолучевая терапия приводит к значительной регрессии опухоли, что расширяет показания для сфинктерсохраняющих операций.



1517. ПОИСК МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Серяпина Ю.В., Шевела А.И., Морозов В.В., Севостьянова К.С.

Новосибирск

ИХБФМ СО РАН

Цель исследования – изучение влияния носительства полиморфных вариантов генов матриксных металлопротеиназ MMP3, MMP12 и сосудисто-эндотелиального фактора роста VEGF на риск развития осложненного течения варикозной болезни нижних конечностей. Материалы и методы. Основную группу составили 270 пациентов с варикозной болезнью клинического класса С2-С6 по CEAP, контрольную – 150 пациентов без венозной патологии. Доля лиц основной группы с клиническим классом варикозной болезни С4-С6 (CEAP) составила 62 пациента (23,1%). ДНК для генетического анализа выделена из цельной венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Определение аллельных вариантов 1171 dupA (5A/6A) гена MMP3, 82 A/G гена MMP12, 634 G/C гена VEGF методом аллель-специфичной ПЦР в формате Real-Time. Результаты. Распределение частот встречаемости аллелей полиморфных вариантов соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Статистически значимых различий встречаемости редкого аллеля 1171 dupA (5A/6A) гена MMP3 в исследуемых группах не обнаружено. Показано, что носительство полиморфного аллеля гена MMP12 является фактором риска развития варикозной болезни, OR=3,455 ($p=0,00002$), для гомозиготных носителей аллеля А риск выше в 12,5 ($p=0,00016$) раз по сравнению с диким типом. Также, для носителей полиморфного аллеля гена VEGF выявлено увеличение риска варикозной болезни, OR=3,261 ($p=0,00034$), а при гомозиготном генотипе риск составляет 6,321, $p=0,00011$. При изолированном изучении риска развития осложненных форм варикозной болезни (классы С4-С6 по CEAP) выявлено, что носительство полиморфного аллеля гена VEGF статистически значимо увеличивает риск заболевания, OR=3,340 ($p=0,00635$), суммарный риск для носителей аллеля С в гомозиготном и гетерозиготном варианте выше в 8,4 ($p=0,00253$) раз по сравнению с диким типом. Таким образом, полиморфные варианты генов MMP12 и VEGF являются высокозначимыми наследственно обусловленными предикторами варикозной болезни нижних конечностей. Развитие осложненных форм заболевания, согласно пилотным данным, может

быть ассоциировано с носительством мутантного аллеля гена сосудисто-эндотелиального фактора роста VEGF. В зависимости от выявленного наследственного риска, возможно расширение рекомендаций, ранние профилактические мероприятия, превентивное лечение. Кроме того, информация о генетических предикторах варикозной болезни может быть использована для генетического консультирования и усиления профилактических мероприятий у родственников.

1518. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МАРКЕРА ПОВРЕЖДЕНИЯ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ МИОГЛОБИНА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО КРИТЕРИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

Теплова Н.Н.

Киров

Кировский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ценность миоглобина (МГ) не исчерпывается оценкой повреждения мышечной ткани. В последние годы МГ вполне обоснованно стали рассматривать как показатель эндогенной интоксикации. Независимо от того, обладает ли сам МГ токсическим действием, его появление в крови указывает на поступление других биологически активных и агрессивных субстратов в результате разрушения клеток. Преимущество МГ как маркера метаболического эндотоксикоза обусловлено еще и сравнительной доступностью его количественного определения и высокой достоверностью.

Цель исследования: изучить динамику миоглобинемии у больных перитонитом и определить значимость миоглобина как маркера эндогенной интоксикации. У 40 больных изучался уровень миоглобинемии иммунохимическим методом по реакции гидрозольной агглютинации с использованием тест систем (методика разработана д.т.н., проф. А.Г. Мешандиным совместно с сотрудниками (С.В. Шмакова) на базе НИИ им. И.И. Мечникова РАМН). МГ сыворотки крови определяли в динамике на 1-3-5 сутки после оперативного вмешательства и при переводе больных из отделения реанимации. Все больные в послеоперационном периоде находились на лечении в отделении реанимации в среднем 20 суток. У 13 (32,5%) больных отмечалось благоприятное течение заболевания. У 27 (67,5%) больных послеоперационный период протекал с гнойно-септическими осложнениями. Средний уровень миоглобинемии у больных



при благоприятном течение составил $1681 \pm 439,9$ нг/мл, что в 50,8 раз превышало нормальные показатели. Средний уровень миоглобинемии при осложненном течение послеоперационного периода составлял $2035 \pm 284,5$ нг/мл, что превышало нормальные показатели в 61,5 раза. В первые сутки отмечено увеличение концентрации МГ в сыворотке крови до $2637 \pm 158,7$ нг/мл. К 3-м суткам уровень миоглобинемии незначительно снижался ($p > 0,05$). На 5-е сутки после операции мы наблюдали «вторую волну» миоглобинемии – $2400 \pm 165,4$ нг/мл ($p > 0,05$). Второй пик миоглобинемии соответствовал клиническому ухудшению состояния больных, присоединению гнойно-воспалительных осложнений. К моменту перевода больных из отделения реанимации концентрация МГ в сыворотке крови все еще оставалась повышенной – $1488 \pm 209,8$ нг/мл ($p \pm 0,05$). Таким образом, показатели МГ у больных общим перитонитом не зависели от этиологии заболевания, но зависели от тяжести состояния больных и характера течения послеоперационного периода. Повторное повышение концентрации МГ в сыворотке крови носило прогностически неблагоприятный характер. Полученные данные позволяют предположить, что динамика миоглобинемии косвенно свидетельствует о характере течения раннего послеоперационного периода у больных хирургического профиля, а МГ можно рассматривать как косвенный критерий эндогенной интоксикации при перитоните. Двухфазный характер динамики миоглобинемии свидетельствовал о дальнейшем углублении деструктивных процессов в клетках и прогрессировании эндотоксикоза. Установлена связь между повреждениями скелетных мышц и клиническим течением общего перитонита, возникновением осложнений и исходом заболевания.

1519. РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ КЛИНИКЕ

*Тимофеев М.Е. (1), Шаповальянц С.Г. (1),
Бреусенко В.Г. (2), Ларичев С.Е. (1), Федоров
Е.Д. (1), Бабкова И.В. (1), Полушкин В.Г. (1),
Крецу В.Н. (3)*

Москва

1) Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и оперативной эндоскопии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Городская клинич

Актуальность. Острая ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость (ОРСТКН) после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, несмотря на более широкое использование малоинвазивных вмешательств, остается труднодиагностируемой патологией с высоким процентом осложнений и летальности. Цель. Оценка возможностей и эффективности лапароскопических вмешательств в лечении ОРСТКН после хирургических и гинекологических операций на органах брюшной полости и малого таза. Материалы и методы. Представлены результаты лечения в ГКБ №31 за 20 – летний период 89 пациентов с ОРСТКН, возникшей после хирургических, лапароскопических операций, выполненных по поводу хирургических и гинекологических заболеваний органов брюшной полости. Группа №1 – 42 пациентки (от 15 до 71 года, в среднем – $44,4 \pm 12$ года) с гинекологическими заболеваниями, у которых ОРСТКН развилась после лапароскопического доступа (8) и лапаротомного доступа (34). Группа №2 – 47 пациентов (ж – 20, м – 27, средний возраст $49,1 \pm 5,2$ года), с хирургическими заболеваниями, пролеченными из лапароскопического (2) и лапаротомного доступа (45). В комплексную диагностическую программу входили клинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические и ультразвуковые методы. Выделяли две основные формы непроходимости: 1) странгуляция с экстренной операцией, в первые 2-4 часа от поступления, 2) обструкция («простая» форма ОСТКН) с выполнением операции в срочном порядке, через 4-14 часов от поступления, в связи с неэффективностью проводимой консервативной терапии. В комплекс, которой у 27 (№1 – у 20, №2 – у 7 пациентов) входила эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия (ЭНИД). Противопоказаниями к лапароскопиче-



скому лечению на дооперационном этапе считали ОРСТКН с явными признаками некроза кишки, перитонита; длительную, «запущенную» ОРСТКН, другие интраабдоминальные тяжелые осложнения и общепринятые реанимационно-анестезиологические противопоказания к выполнению любой лапароскопии. Результаты. Лапароскопический доступ как правило, производили в нестандартных точках с учётом анамнеза, расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений, часто с использованием безопасных проводников. При лапароскопической ревизии 89 пациентов странгуляция была выявлена в группе №1 у 6, в группе №2 у 3(6,48%) больных; «простая» форма ОРСТКН в группе №1 у 36, в группе №2 у 44(93,6%) больных. На этапе лапароскопической ревизии противопоказания к лапароскопическому разрешению ОСТКН были определены у 35 (38,1%) пациентов (в №1 у 12 из 42, в №2 у 23 из 47): плотные конгломераты из петель тонкой кишки, выраженное расширение петель тонкой кишки более 4-5 см или чаще всего сочетание этих факторов. В №2 на этапе лапароскопического доступа при введении троакара было 2 повреждения тонкой кишки, что послужило причиной конверсии на традиционный доступ. Все 35 пациентов с конверсией были оперированы традиционно с осложнениями у 8(22,8%) пациентов и летальностью у 5(14,2%). Лапароскопическая операция была предпринята у 54(60,7%) пациентов (№1 – 30 (71,4%) и №2 – 24 (51,1%)) и заключалась в рассечении спаек, выделении петель тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, гидропрепаровки. Продолжительность операций в №1 составила от 30 до 130 минут ($62 \pm 23,2$ мин), в №2 – от 45 до 150 минут ($55 \pm 14,5$ мин). В группе №1 интраоперационных осложнений не было. Отмечено 4(13,3%) послеоперационных осложнения в виде 3 рецидивов ОРСТКН и продолжающегося распространенного перитонита. В группе №2 было 4(16,6%) послеоперационных осложнения, не связанные непосредственно с лапароскопическим методом лечения, а были обусловлены особенностями предыдущих операций. Летальных исходов не было. Выводы. Лапароскопия является эффективным методом диагностики и позволяет пролечить 60,7% больных с ОРСТКН после перенесенных операций на органах брюшной полости с минимальными осложнениями и летальностью.

1520. РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН

*Васильев А.В. (3), Фоминых Е.М. (1),
Ивашкин А.Н. (1), Артемьев А.А. (1),
Федоров Д.Н.(3), Хрупкин В.И. (2)*

Москва

1. Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП», кафедра хирургии,
2. Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. кафедра хирургии

В современной медицине составление диагноза имеет большое значение, так как это определяют объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий. В хирургии гнойно-септических заболеваний вопросам терминологии не придавалась большая значимость, в этой связи имеется много нозологий, критерии которых определены не четко. Одними из таких терминов является «трофическая язва» и «длительно незаживающая рана». Так как морфологические отличия раны и трофической язвы являются малоизученным вопросом, выбор лечения при данных патологических состояниях является предметом обсуждений и споров. С целью изучения особенностей репаративных процессов у больных с длительно-существованием раневых дефектов более 3 месяцев без признаков краевой эпителизации (трофические язвы) и нормально заживающими кожными ранами (срок возникновения менее 2 недель при наличии активной краевой эпителизации) был проведен ряд морфологических и иммуногистохимических исследований. Всего было исследовано 89 биоптатов от 23 пациентов с трофическими язвами, составляющих основную группу, и 23 биоптата от 6 пациентов с нормальным заживлением ран, входящих в контрольную группу. При изучении соотношения компонентов межклеточного матрикса было установлено, что коллаген 1 типа присутствует в одинаковом количестве во всех пробах. В контрольной группе было достаточно много коллагена 3 типа, которого было недостаточно у пациентов с трофическими язвами. Вместо этого, у пациентов с трофическими язвами было выявлено большее количество ламинина и тенасцина, которые при нормальном течении репаративных процессов определялись спорадически. Существенные различия имелись при изучении клеточного состава и их активности (содержание факторов роста, цитокинов). На основании проведенных морфологических и иммуногистохими-



ческих исследований можно сделать вывод, что раны эпителиальных тканей, существующие более 3 месяцев, характеризуются наличием хронического воспаления и стереотипными нарушениями в системе клеточных и клеточно-матриксных взаимодействий вне зависимости от их этиологии. Их особенностью является преобладание в инфильтрате клеток моноцитарно-макрофагального ряда в сочетании с повышенной экспрессией провоспалительных цитокинов и нарушением нормального соотношения. Происходит повышение протеолитической активности в области раны в сочетании со снижением активности ингибиторов протеаз. Снижается экспрессия фиброгенных факторов роста. Нарушение формирования нормальной соединительной ткани проявляется снижением содержания коллагена III типа, накоплением тенасцина и плазменной формы фибронектина в строме, перераспределением ламинина, уменьшением количества миофибробластов в ране. Таким образом, возникновение трофической язвы сопровождается серьезными нарушениями в составе клеток и межклеточного матрикса соединительной ткани.

1521. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУР ТОЛСТОЙ КИШКИ

Юрченко И.Н., Журавлев А.В., Горюнов А.А., Андреев П.С., Дмитриева Т.Н.

Самара

Клиники ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

По данным разных авторов, осложнения в виде стриктур анастомозов после операций на толстой кишке встречаются в 2-15% случаев. Большая часть таких пациентов оперируются повторно. Эндоскопические методы лечения данной патологии, на наш взгляд, нуждаются в дальнейшей разработке. Цель нашей работы - разработка эндоскопических методов лечения пациентов со стриктурами межкишечных анастомозов после операций на толстой кишке. Материал и методы. В 2016 году в отделении колопроктологии Клиник СамГМУ под нашим наблюдением находилось 11 пациентов со стриктурами межкишечных анастомозов: 5 женщин и 6 мужчин в возрасте от 29 до 76 лет. Все они были прооперированы в период с 2014 по 2016 годы по поводу различных заболеваний: хронического колостазы в стадии декомпенсации - 2 пациента; дивертикулярной болезни, осложненной дивертикулитом и перфорацией дивертикула - 4

пациента; доброкачественных новообразований больших размеров - 2 пациента; рака толстой кишки - 2 пациента; одна пациентка после колэктомии по поводу язвенного колита, с формированием j-образного илеорезервуара, осложненным стриктурой илеоректоанастомоза. Основными жалобами у 7 человек являлись: лентовидный кал, вздутие живота, нерегулярный стул. 4 пациента были с разгрузочными стомами, у них не было клинических проявлений в связи с отсутствием пассажа кишечного содержимого по «отключенной» кишке. Выполнить реконструктивные операции таким больным не представлялось возможным до восстановления проходимости межкишечного анастомоза. При эндоскопическом исследовании протяженность стриктур анастомоза составляла: у 5 пациентов - 0,4-0,6 см, у 6 больных - 0,7-0,9 см. В эндоскопическом отделении Клиник СамГМУ во время видеоколоноскопии этим пациентам производилась электродеструкция рубцовой ткани анастомоза с помощью торцевого папиллотомы, до достижения диаметра анастомоза не менее 1,5 см. Эндоскопический контроль выполнялся через 1, 3, 6 месяцев от момента эндоскопической операции. Полученные результаты. Осложнений при эндоскопических операциях в виде перфорации стенки кишки или кровотечения у данной категории лиц не было. При контрольном исследовании через 6 месяцев получены следующие результаты. У 9 пациентов кольцо анастомоза не менее 2,0 см, пациентам выполнены реконструктивно-восстановительные операции, после которых они жалоб не предъявляют. У одной пациентки после реконструктивной операции, с шириной просвета кишки в области анастомоза не менее 2,5 см, сохраняются жалобы на периодическое вздутие живота. Одному пациенту планируется реконструктивная операция в ближайшее время.

Выводы: эндоскопическое лечение стриктур анастомозов позволяет избежать повторных полостных хирургических вмешательств, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, улучшить их качество жизни.

1522. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДУОДЕНОЕЮНАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Есипов В.К., Каган И.И., Тимофеева Т.В.

Оренбург

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Актуальность. В последние годы уделяется большое внимание выяснению роли дуоденоеюналь-



ного перехода (ДЕП) в развитии нарушений проходимости двенадцатиперстной кишки и связанных с ним заболеваний желчевыводящей и гепатопанкреатической систем. В то же время исследований направленных на изучение особенностей морфологии ДЕП недостаточно. Целью исследования явилось изучение особенностей макромикроскопического строения и гистотопографии стенок ДЕП. Материал и методы. Исследования выполнены на 40 органокомплексах трупов людей (26 мужчин и 14 женщин), причина смерти которых не связана с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Для изучения микротопографии и макро- и микроскопической анатомии ДЕП использован гистотопографический метод. Результаты исследования и обсуждения. Стенки дуоденоюнального перехода имеют классическое строение кишечной трубки и состоят из серозного (брюшинного) покрова, мышечных слоёв (наружного продольного и внутреннего циркулярного), подслизистой основы и слизистой оболочки. Серозный (брюшинный) покров представлен базальной мембраной, состоящей из большого количества эластических волокон и мезотелия. Толщина составляет в среднем $63,16 \pm 31,70$ мкм. Серозная оболочка отсутствует на брыжеечном крае начального отдела тощей кишки. Наружный мышечный слой имеет косо-продольное направление миофибрилл, в то время как во внутреннем – спиралевидное. Особенностью продольного мышечного слоя ДЕП является то, что мышечные волокна расположены более компактно, чем в соседних отделах тонкой кишки. Толщина продольного мышечного слоя на всем протяжении перехода составляет $253 \pm 31,1$ мкм и отличается по толщине в прилежащих участках двенадцатиперстной и тощей кишок. Так, в прилежащем горизонтальном отделе двенадцатиперстной кишки этот параметр составил $192,7 \pm 21,6$ мкм, а в тощей кишке – $184,1 \pm 26,8$ мкм. Вместе с тем, в зоне ДЕП толщина продольного мышечного слоя его стенок оказалась различной. Наиболее выраженным он был на задней ($280 \pm 31,9$ мкм) и нижней ($273,8 \pm 25,7$ мкм) стенках, меньшим – на верхней ($231 \pm 21,4$ мкм) и передней ($227,5 \pm 25,9$ мкм). Циркулярный мышечный слой представлен равномерно расположенными мышечными пучками и имеет практически перпендикулярное направление по отношению к продольной оси кишки, но располагаются по окружности с неодинаковой плотностью. Морфометрические исследования выраженности этого слоя на разных стенках дуоденоюнального перехода показала те же особенности, что и в продольном мышечном слое. Максимальные параметры толщины имели место на задней ($619,4 \pm 21,3$ мкм) и нижней ($553,1 \pm 34,8$ мкм) стенках. На передней он составил $446,4 \pm 22,9$ мкм, а на верхней – $418,8 \pm 36,3$ мкм. Слизистая

оболочка представлена однослойным цилиндрическим эпителием, состоящим из бокаловидных и высоких цилиндрических клеток, собственной пластинки, состоящей из неоформленной соединительной ткани, и мышечной пластинки, представленной пучками гладкомышечных клеток. Её толщина максимальна на нижней передней ($674,4 \pm 248,1$ мкм) и нижней ($652,5 \pm 194,8$ мкм) стенках, несколько меньше на задней ($595,3 \pm 234,9$ мкм) и верхней ($549,4 \pm 275,7$ мкм). Подслизистая основа плотно прилежит к слизистой оболочке. Толщина подслизистой оболочки максимальная ($851,7 \pm 484,4$ мкм) на нижней стенке перехода и его задней стенке ($753,7 \pm 384,3$ мкм). На двух других стенках она несколько тоньше – на передней $577,5 \pm 348,8$ мкм, а на верхней – $506,4 \pm 136,3$ мкм. Таким образом, полученные в исследовании морфологические данные свидетельствуют о том, что мышечная оболочка дуоденоюнального перехода образует анатомический сфинктер за счет утолщения циркулярного слоя на нижней и задней стенках и продольного мышечного слоя, превышающего толщину продольного слоя двенадцатиперстной и тощей кишки.

1523. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАЛЕНДУЛЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НА УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Воскресенская М. Л., Плеханов А. Н.,
Мондодоев А. Г., Седунова Е. Г., Цыремпилов С. В.*

Улан-Удэ

Бурятский государственный университет

Актуальность. Химический ожог пищевода по распространенности занимает второе место среди всех заболеваний пищевода у взрослых и первое – у детей. Вызванный приемом прижигающей жидкости каскад патофизиологических изменений в организме характеризуется напряжением гуморального и клеточного иммунитета. При этом цитокины, выступая в роли промежуточных медиаторов воспаления, обеспечивают координированную работу различных клеток в очаге патологического процесса.

Цель исследования. Изучить иммунный статус при химическом ожоге пищевода в эксперименте на основе показателей интерлейкина-1 β , интерлейкина-6 и α -фактора некроза опухоли при проводимом местном лечении.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 82 крысах линии Vistar, женского пола средней



массой 180 – 200 граммов. Для создания экспериментального химического ожога пищевода нами было использовано оригинальное устройство (Заявка на изобретение № 2015147349 от 06.09.2015 «Способ моделирования патофизиологического химического ожога пищевода у экспериментальных животных»). Химический ожог пищевода получали экспозицией 30% уксусной кислоты объемом 0,5 мл в течение 1 минуты под общей анестезией тиопенталом натрия (из расчета 50 мг/кг внутривенно). Оценивали показатели интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерлейкина-6 (IL-6) и α -фактора некроза опухоли (TNF- α) сыворотки крови, определяемые методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих систем ИФА-БЕСТ на 3, 7, 14, 21 и 40 сутки после получения ожога. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы: 1 – интактная (n=8), в которой изучены IL - 1 β , IL- 6, α -TNF у здоровых животных, 2 – основная (n=39) и 3 – контрольная (n=35). Во 2 и 3 группах изучены аналогичные показатели на фоне проводимого местного лечения химического ожога пищевода 0,5% гексановым экстрактом календулы в облепиховом масле (2 группа) и облепиховым маслом (3 группа). В постожоговом периоде 1 раз в день за 1 час до еды внутривенно шприцем с канюлей животным вводили по 1,2 мл указанных препаратов соответственно. Полученные результаты подвергались статистической обработке. Статистически значимым считалось значение p

1524. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

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

Иркутск
Иркутский государственный медицинский университет

С середины 1980-х годов в Российской Федерации (РФ), отмечается неуклонный рост заболеваемости туберкулезом, в 2009 г. темп заболеваемости в РФ составила 82,60/0000. Одной из наиболее неблагоприятной территорией РФ по заболеваемости туберкулезом является Иркутская область (ИО) в 2010 г. заболеваемость составила 133,90/0000. В ИО среди больных, заболевших туберкулезом, 32,7% составляют лица молодого трудоспособного возраста. В этой возрастной категории большую часть составляют лица с ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции на террито-

рии ИО также одна из высоких в РФ, в 2010 составила 1077,70/0000. До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считался редкой патологией, однако в связи с общим ростом заболеваемости туберкулезом, АТ стал заметной нозологической единицей в хирургическом стационаре, оказывающим urgentную помощь. Цель исследования: Оценить результаты лечения АТ в urgentной хирургии. Материалы и методы Проведен ретроспективный анализ 165 наблюдений АТ у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ в 2006-2015 гг., оказывающей urgentную хирургическую помощь. Больные АТ были в возрасте 18-66 лет, средний возраст составил 31 (30,8-34,8 95%ДИ) год. Мужчин было 127 (77,0%), женщин – 38 (23,0%). Результаты исследования Больные АТ в общехирургический стационар чаще всего поступали по направлению из противотуберкулезного диспансера (55) или по скорой помощи (49). Существенно реже они направлялись из инфекционного и терапевтических стационаров или других лечебных учреждений. Подавляющее число больных вели асоциальный образ жизни, 132 (80,0%) больных употребляли внутривенные наркотики. У 137 (83,0%) 78 больных была ВИЧ-инфекция, из них у 100 (60,6%) – в стадии СПИДа. ВИЧ-инфекция в 37 (22,4%) наблюдениях сочеталась с гепатитом «В», в 79 (47,9%) – гепатитом «С», в 39 (23,6%) – кандидозом, в 6 (3,6%) – циррозом печени. В 97 (58,8%) наблюдениях АТ сочетался с туберкулезом легких, в 80 (48,5%) имелась выраженная кахексия. При поступлении 146 (88,5%) больных с АТ предъявляли жалобы на боли в животе, 49 (29,7%) – на тошноту и рвоту, 35 (21,2%) – наличие гипертермии. У 51 90 (54,5%) больных была гипотензия, у 118 (71,5%) больных – тахикардия. Лабораторные исследования выявили наличие анемии у 100 (60,6%) больных, лейкоцитоза – у 56 (33,9%), тромбоцитопении (тромбоциты



1525. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАНУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ

*Хитарьян А.Г. (1,2), Провоторов М.Е. (2),
Глумов Е.Э. (3), Велиев К.С. (2), Карпова И.О. (2),
Мурлычев А.С. (2)*

Ростов-на-Дону

ФГБУ ВО РостГМУ (1),
НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный "ОАО РЖД" (2),
ГБУ РО "Онкологический диспансер" (3)

Актуальность. Рак толстой кишки занимает четвертое место в мире в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируют более 800000 новых случаев выявления колоректального рака. Заболеваемость колоректальным раком составляет 56,4 -58 на 100 000 населения. Пятилетняя выживаемость составляет примерно 60 % в развитых странах и менее 40 % в государствах с ограниченными ресурсами. В последние годы стремительно развивается хирургическая колопроктология. При соблюдении онкологических принципов оперирования нет достоверных различий между показателями выживаемости, частоте отдаленных метастазов и качества жизни при лапароскопических и открытых вмешательствах. Многоцентровые исследования демонстрируют эффективность лапароскопических вмешательств сопоставимую с традиционной «открытой» хирургией. Однако не во всех случаях возможно выполнить хирургическое вмешательство лапароскопическим методом. К таким случаям относят: ожирение ИМТ (индекс массы тела) >30 кг/м², узкий таз, особенно у мужчин, низкая локализация опухоли - до 10 см от входа в анальный канал, а так же при значительном укорочении брыжейки тонкого и толстого кишечника, высокой фиксации селезеночного изгиба ободочной кишки и интимной фиксации к селезенке, плохой подготовке кишечника при частичной кишечной непроходимости, больших размерах опухоли, при выраженном перифокальном воспалении. Цель. Разработать оптимальную методику удаления опухолей левой половины ободочной и прямой кишки у пациентов со сложной хирургической анатомией и изучить особенности периоперационного периода. Материалы и методы. С 2012 по 2014 г.г. в хирургическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД» по поводу опухолей левой половины ободочной и пря-

мой кишки со сложной анатомией данной области прооперирован 71 пациент. Им выполнена разработанная в клинике методика лапароскопической мануально-ассистированной операции. Пациенты в зависимости от ИМТ разделены на 2 группы до 30 кг/м² – в первой подгруппе и больше 30 кг/м² – во второй. В 1 группе состояло 52 пациента (73,2%), 2 группе 19 (26,8%). Показанием к операции считали: опухоль нисходящей, сигмовидной и прямой кишки Т1-3 N0-2 M0, опухоли средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки Т4 M0. Результаты. Наибольшая кровопотеря составила 282 мл у пациента с экстирпации прямой кишки. Наименьшая - 70,5 мл в случае операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхне-ампулярном отделе прямой кишки. По времени операции наибольшее потребовалось при экстирпации прямой кишки и составило 321,9 минуты. Наименьшее 151,2 минуты при выполнении операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхне-ампулярном отделе прямой кишки. Длительность восстановления эвакуаторной функции кишечника (появление самостоятельного стула) достоверно меньше было в первой группе у пациентов не зависимо от ИМТ. Выводы. Представленная техника лапароскопической мануально-ассистированной операции в боковой и спинальной позиции при удалении опухоли левой половины толстого кишечника оптимальна у пациентов со сложной хирургической анатомией. Эффективность предложенной малоинвазивной техники у больных с опухолями левой половины толстого кишечника доказана низкой кровопотерей во время операции, коротким периодом восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

1526. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОКАРДИОФУНДОПЛАСТИКИ И ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ III-IV СТАДИИ

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

Новосибирск, 2) Белово

1) НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД», 2) НУЗ «Узловая больница на ст. Белово ОАО «РЖД»

Актуальность. Несмотря на развитие пероральной эндоскопической миотомии и операции Гелле-



ра в лечении пациентов с терминальной стадией ахалазии кардии, имеющих в анамнезе несколько неудачных вмешательств по уменьшению явлений дисфагии, многие хирурги до сих пор отмечают преимущество экстирпации пищевода. Также одним из аргументов "за" экстирпацию пищевода высказывается идея о повышенной опасности развития рака пищевода на фоне его хронического воспаления. Материал и методы. Выполнен сравнительный анализ лечения пациентов с ахалазией кардии III-IV: 54 пациента (основная группа), которым была выполнена лапароскопическая эзофагокардиофундопластика с фундопликацией по Дору, а также 28 (группа сравнения) пациентов, которых прооперировали в объеме экстирпации пищевода и пластика желудочной трубкой. Результаты. В первой группе из 54 пациентов: 28 мужчин (51,85%) и 26 женщин (48,15%), во второй из 28 пациентов: мужчин – 9 (32,1%), женщин – 19 (67,9%). Средний возраст составлял $47,7 \pm 13,6$ лет. В соответствии с классификацией Петровского Б.В. в первой группе: III стадия диагностирована у 20 человек (37%), IV – у 34 (63%). Во второй – 20 (71,4%) пациентов имели IV, а 8 (28,6%) – III стадию. Длительность анамнеза болезни составила 7 ± 3 года. Длительность госпитализации в первой группе составила $6,5 \pm 1,5$ дня, во второй – $28,7 \pm 14,8$. Продолжительность лечения в отделении реанимации в группе и экстирпацией пищевода составила $5,45 \pm 2,32$ дней, в первой группе на одни сутки только в одном случае. Период наблюдения за пациентами составил $M \pm m = 6,5 \pm 2,5$ лет (диапазон от 1 до 15 лет). По результатам патологоанатомического исследования не было зарегистрировано ни одного случая возникновения рака эзофагокардиальной зоны или пищевода. Длительность операции в первой группе составила $74 \pm 12,3$, во второй – $222 \pm 14,8$ минут. Период наблюдения за пациентами составил $M \pm m = 6,5 \pm 2,5$ лет (диапазон от 1 до 15 лет). В первой группе жалобы на дисфагию 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. Двум пациентам было выполнено 3 сеанса баллонной дилатации зоны анастомоза – получено купирование клинических проявлений. В 97,3% случаев клинической картины гастро-эзофагеального рефлюкса не было. Стабильное проявление рефлюкса, подтвержденного рН-метрией, встретилось в 2 случаях (3,7%). Рентгенологически данных за несостоятельность манжеты не выявлено. При назначении постоянного приема ингибиторов протонной помпы с хорошим клиническим эффектом. Во второй группе в раннем послеоперацион-

ном периоде у одного пациента диагностировано повреждение грудного протока, которое не потребовало повторной операции и было решено малоинвазивными способами. Из 20 работающих пациентов в послеоперационном периоде 2 (10%) вышли на инвалидность, 3 (15%) сменили труд на более легких физически. Среди 10 женщин детородного возраста до 50 лет включительно 1 (10%) пациентка родила одного ребенка. Из 28 пациентов в отдаленном периоде 14 (50%) понадобилось выполнение бужирования пищевода ввиду образования стриктуры эзофагогастрального анастомоза, из которых 5 пациентам этой группы (35,7%) бужирование выполнялось дважды по 3-4 сеанса. В отдаленном периоде у 3 (10,7%) пациентов диагностирован парез левой голосовой связки, у 2 (7,1%) – демпинг-синдром, у 6 (21,4%) клинически значимый желчный рефлюкс в трансплантат, у 1 (3,6%) – послеоперационная вентральная грыжа и у 1 (3,6%) установлен диагноз синдрома мальабсорбции. Заключение. Экстирпация пищевода – оперативное вмешательство, подразумевающее большую операционную травму и сопряжено с высоким процентом как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений. В связи с этим правомочность выполнения данного типа операции при ахалазии кардии вызывает сомнение. Единственным адекватным показанием к удалению пищевода в этой ситуации может быть IV стадия ахалазии кардии с S-образной девиацией пищевода и более двух оперативных вмешательств в специализированных заведениях, которые не увенчались успехом. Лапароскопическая ЭКФП с фундопликацией по Дору демонстрирует хороший долгосрочный результат по разрешению дисфагии и может активно конкурировать с другими кардио-пластическими методиками, и с экстирпацией пищевода. 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.



1527. ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

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

Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет

Иркутская область является одной из территорий в Российской Федерации с наиболее напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, в 2010 г. она достигла 133,90/0000. Среди больных, заболевших туберкулезом, 32,7% составляют лица молодого трудоспособного возраста. В этой возрастной категории большую часть составляют лица с ВИЧ-инфекцией. На этом неблагоприятном фоне уровень заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией неуклонно растет, в 2010 г. он достиг 21,80/0000. До настоящего времени среди внелегочных форм туберкулеза абдоминальный туберкулез (АТ) считался редкой патологией, однако в связи с общим ростом обоих заболеваний АТ у ВИЧ-инфицированных больных стало не возможно не обратить внимание на эту группу больных в связи с ростом их обращаемости за ургентной помощью в стационар. Цель исследования. Оценить результаты лечения больных АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией в ургентной хирургии. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 21 наблюдения АТ у больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в клинике общей хирургии на базе отделения гнойной хирургии ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Иркутска в 2013-2015 гг. Больные АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией были в возрасте от 21 до 44 лет, средний возраст 33,0 (31,1-36,5 95%ДИ) г. Мужчин было – 18, женщин – 4. Результаты исследования. У 6 больных ВИЧ-инфекция была в стадии СПИДа. Чаще всего больные поступали в первые 48 часов заболевания. У 16 больных помимо туберкулезного поражения органов брюшной полости имелось туберкулезное поражение легких. У ряда больных выявлялась тяжелая сопутствующая патология. У 2 больных диагностирована пневмония, у 1 – экссудативный плеврит, у – 1 тромбоцитопения, сопровождающаяся кишечным кровотечением. Все больные поступили с признаками острой патологии органов брюшной полости. При поступлении с целью диагностики использованы инструментальные и лабораторные методы исследования. Рентгенологическое исследование брюшной полости выполнено 16 больным, из них у 8 больных на обзорной рентгенограмме

выявлен свободный газ в брюшной полости, у 2 – рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости. Мультиспиральная компьютерная томография выполнена 2 больным. В одном наблюдении выявлено формирование абсцесса в правой подвздошной области и межкишечные абсцессы, в другом – свободный газ в брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости выполнена 14 больным. Из них в 12 наблюдениях выявлена свободная жидкость в брюшной полости, в 2 – увеличение лимфатических узлов в воротах печени. Всем больным выполнено хирургическое лечение. На всех операциях у больных был выявлен разлитой гнойный перитонит, причинами которого у большинства больных были перфорация туберкулезной язвы кишечника (13) и абсцедирующий мезоденит. Среди оперированных 9 больным выполнялись программные релапаротомии. Количество программных релапаротомий было от 2 до 8 операций. В ходе операции у всех больным осуществлялся забор экссудата брюшной полости на бактериологическое исследование на неспецифическую флору и чувствительность. В экссудате брюшной полости при бактериологическом исследовании наиболее часто выделялись *staphylococcus aureus* (9), *citrobacter freundii* (6), *escherichiacoli* (5). Чувствительность выделенных бактериальных культур была достаточно высокой от одного до восьми антибиотиков, среди которых чаще отмечены имипенем, меропенем, цефепим. Посевы на микобактерии туберкулеза не выполняли. Диагноз АТ подтверждали гистологически. При окраске препарата по Цилю-Нильсену обнаруживали кислотоустойчивые микобактерии. В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение – несостоятельность швов после иссечения перфоративной язвы подвздошной кишки. Умерло 10 больных, общая летальность составила 47,6%. Выводы. АТ в сочетании с ВИЧ-инфекцией наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 30-39 лет. Больные за ургентной хирургической помощью обращаются при развитии позднего осложнения – разлитого гнойного перитонита. Все больные оперированы. Основными причинами перитонита являлись перфорация туберкулезной язвы кишечника и абсцедирующий мезоденит. Отсутствие ранней диагностики АТ, сочетание его с туберкулезом легких на фоне выраженного иммунодефицита обуславливает сложности лечения и высокую летальность (47,6%).



1528. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

*Шнейдер В.Э. (1), Сехниаидзе Д.Д. (2),
Бродер И.А. (2), Иванов В.В. (2),
Павловский П.Р. (1)*

Тюмень

- 1) ФГБОУ ВО Тюменский государственный
медицинский университет
- 2) ГБУЗ ТО ОКБ №1

Рак пищевода занимает третье место по смертности среди опухолей желудочно-кишечного тракта после рака желудка и прямой кишки. Результаты хирургического лечения не удовлетворяют современным требованиям. Остается высоким процент послеоперационных осложнений и летальности. Широкое внедрение минимально инвазивных технологий в торакальную хирургию не осталось без внимания онкологов. Определение места и роли данных технологий в тактике хирургического лечения рака пищевода остается пока нерешенным вопросом. Целью данного исследования было проведение анализа первых результатов лечения пациентов с раком пищевода с использованием миниинвазивных доступов. Материал и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ стационарных карт пациентов с раком пищевода, которым было проведено хирургическое лечение на базе ГБУЗ ТО ОКБ № 1 с января по декабрь 2016 года. Критерии включения: пациенты с раком пищевода (плоскоклеточный рак или аденокарцинома с T1-3NxM0), которым выполнено радикальное хирургическое лечение – резекция пищевода с лимфодиссекцией и пластикой желудочной трубкой. При раке нижней трети формировался внутригрудной анастомоз, при расположении опухоли в средней или верхней трети грудного отдела пищевода анастомоз формировался на шее. Результаты. За исследуемый период было прооперировано 18 пациентов. У 12 пациентов использован гибридный доступ, то есть торакоскопия и лапаротомия или торакотомия и лапароскопия, у двух удалось выполнить операцию, используя только эндоскопические доступы, у 4 больных применены открытые доступы. Средний возраст пациентов составил 67,9±7,4 (диапазон 48-77) лет. Преобладали пациенты мужского пола (88,9%). По морфологической структуре опухоли плоскоклеточный рак обнаружен у 72,3% прооперированных, аденокарцинома в 27,7% случаев. Размер первичной опухоли у большинства пациентов соответствовал T1-2, у трех больных опухоли распространялись

на соседние структуры (16,7%). Выполнен анализ результатов хирургического лечения в группе с минимальноинвазивными доступами. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 179,3±83,3 мл. Послеоперационные осложнения выявлены у 5 пациентов (35,7%). Несостоятельность анастомоза возникла в 3 случаях (21,4%), в одном случае пришлось выполнять оперативное лечение, в 2 случаях при формировании анастомоза на шее проводилось консервативное лечение. У двух больных после операции выявлена лимфорея и хилоторакс. В одном случае потребовалась реторакоскопия и клипирование грудного лимфатического протока, в другом случае ограничились консервативным лечением. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 13,9±6,4 дней. После операции умерла 1 пациентка (5,6%) с несостоятельностью анастомоза, осложненного медиастинитом. Таким образом, первые результаты применения минимально инвазивных технологий в хирургического лечения рака пищевода позволяют рекомендовать их для дальнейшего использования. Для выбора оптимальной тактики хирургического лечения требуется дальнейший набор материала, проведение сравнительного анализа и изучение отдаленных результатов операций.

1529. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТРОЯНОВА-ТРЕНДЕЛЕНБУРГА

Царев О.А., Анисимов А.Ю., Захаров Н.Н.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И.
Разумовского» Минздрава России Кафедра
госпитальной хирургии лечебного факультета

Актуальность. В настоящее время не изучены особенности хирургической тактики у больных острым восходящим варикотромбофлебитом (ОВТФ) с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) после операции Троянова-Тренделенбурга. Материал и методы. В исследование включены 123 пациента с острым восходящим варикотромбофлебитом, которым по срочным показаниям была выполнена операция Троянова-Тренделенбурга. Изучены отдаленные результаты. Диагноз варикотромбофлебита был установлен на основании клинических данных, подтвержден ультразвуковыми методами обсле-



дования вен нижних конечностей. Учитывали динамику хронической венозной недостаточности нижних конечностей, а также клинические и ультразвуковые критерии рецидива варикотромбофлебита. Показанием к флебэктомии в отдаленные сроки наблюдения считали патологический рефлюкс крови в поверхностных и перфорантных венах, наличие варикозно измененных вен, распространение тромботических масс в перфорантные вены на фоне рецидива варикотромбофлебита. Были исследованы фенотипические признаки, характеризующие НДСТ. Подтверждением НДСТ считали выявление у одного пациента свыше четырех фенотипических признаков дисплазии. Полученные результаты. У 90 (73,2%) оперированных больных, было выявлено более 4 фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, что свидетельствовало о наличии НДСТ различной степени выраженности. У 33 (26,8%) – было обнаружено менее 4 признаков дисплазии, что исключало наличие НДСТ. У 34 (37,8%) больных ОВТФ с НДСТ через 2–4 месяца после операции Троянова-Тренделенбурга развился рецидив варикотромбофлебита на голени. При ультразвуковом исследовании у пяти больных (14,7%) с рецидивом варикотромбофлебита на фоне НДСТ было выявлено распространение тромботических масс на перфорантные вены голени, что в очередной раз создало реальную угрозу тромбоэмболии легочной артерии, потребовало выполнения флебэктомии в условиях острого воспаления тканей с лигированием перфорантных вен. В группе больных ОВТФ без НДСТ рецидивов варикотромбофлебита выявлено не было. 79 (87,7%) больным с недифференцированной дисплазией соединительной ткани была выполнена флебэктомия, поскольку сохранялись патологический вертикальный и горизонтальный рефлюксы. Из 33 больных без НДСТ в отдаленные сроки наблюдения лишь 7 (21,2%) – потребовался второй этап хирургического лечения, поскольку у 26 (78,8%) пациентов данной группы, через 6 месяцев после устранения в экстренном порядке патологического вертикального венозного рефлюкса отмечено восстановление функциональной состоятельности клапанного аппарата большой подкожной вены на фоне существенного уменьшения ее диаметра. Обсуждение. Клиническое течение варикозной болезни осложненной варикотромбофлебитом у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отличается склонностью к прогрессированию хронической венозной недостаточности конечности, тенденцией к рецидивирующему течению варикотромбофлебита. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани является фактором риска развития рецидива варикотромбофлебита. На ос-

новании проведенного анализа выделена совокупность фенотипических признаков НДСТ, позволяющих прогнозировать варианты клинического течения варикозной болезни у больного после операции Троянова-Тренделенбурга, что обеспечивает индивидуальный подход к определению показаний и сроков для выполнения флебэктомии в отдаленные сроки наблюдения.

Вывод. На основании анализа совокупности фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани можно выделить группу больных с высоким риском рецидива варикотромбофлебита, что позволяет своевременно выполнить флебэктомию, предотвратить рецидив варикотромбофлебита в отдаленные сроки наблюдения. Рекомендации. При определении хирургической тактики после операции Троянова-Тренделенбурга у больных острым варикотромбофлебитом целесообразно учитывать фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

1530. ПОИСК МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Серяпина Ю.В., Шевела А.И., Морозов В.В., Севостьянова К.С.

Новосибирск

ИХБФМ СО РАН

Цель исследования – изучение влияния носительства полиморфных вариантов генов матриксных металлопротеиназ MMP3, MMP12 и сосудисто-эндотелиального фактора роста VEGF на риск развития осложненного течения варикозной болезни нижних конечностей. Материалы и методы. Основную группу составили 270 пациентов с варикозной болезнью клинического класса С2-С6 по CEAP, контрольную – 150 пациентов без венозной патологии. Доля лиц основной группы с клиническим классом варикозной болезни С4-С6 (CEAP) составила 62 пациента (23,1%). ДНК для генетического анализа выделена из цельной венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Определение аллельных вариантов 1171 dupA (5A/6A) гена MMP3, 82 A/G гена MMP12, 634 G/C гена VEGF методом аллель-специфичной ПЦР в формате Real-Time. Результаты. Распределение частот встречаемости аллелей полиморфных вариантов соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Статистически значимых различий встречаемости редкого аллеля 1171 dupA (5A/6A) гена MMP3 в ис-



следуемых группах не обнаружено. Показано, что носительство полиморфного аллеля гена MMP12 является фактором риска развития варикозной болезни, $OR=3,455$ ($p=0,00002$), для гомозиготных носителей аллеля А риск выше в 12,5 ($p=0,00016$) раз по сравнению с диким типом. Также, для носителей полиморфного аллеля гена VEGF выявлено увеличение риска варикозной болезни, $OR=3,261$ ($p=0,00034$), а при гомозиготном генотипе риск составляет 6,321, $p=0,00011$. При изолированном изучении риска развития осложненных форм варикозной болезни (классы С4-С6 по CEAP) выявлено, что носительство полиморфного аллеля гена VEGF статистически значимо увеличивает риск заболевания, $OR=3,340$ ($p=0,00635$), суммарный риск для носителей аллеля С в гомозиготном и гетерозиготном варианте выше в 8,4 ($p=0,00253$) раз по сравнению с диким типом. Таким образом, полиморфные варианты генов MMP12 и VEGF являются высокозначимыми наследственно обусловленными предикторами варикозной болезни нижних конечностей. Развитие осложненных форм заболевания, согласно пилотным данным, может быть ассоциировано с носительством мутантного аллеля гена сосудисто-эндотелиального фактора роста VEGF. В зависимости от выявленного наследственного риска, возможно расширение рекомендаций, ранние профилактические мероприятия, превентивное лечение. Кроме того, информация о генетических предикторах варикозной болезни может быть использована для генетического консультирования и усиления профилактических мероприятий у родственников.

1531. ОПТИМИЗАЦИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОВОЛЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ПУТЕМ НЕИНВАЗИВНОГО МОНИТОРИНГА ВЯЗКОСТИ КРОВИ И ГЕМАТОКРИТА

Царев О.А., Прокин Ф.Г., Анисимов А.Ю.

Саратов

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России
Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

Актуальность. Адекватная догоспитальная коррекция гиповолемических нарушений у больных с перитонитом является важной составляющей благоприятного исхода хирургического лечения. Сложности коррекции гиповолемии на догоспитальном этапе обусловлены невозможностью лабораторного контроля показателей, характеризующих волевический статус больного. В настоящее

время не исследованы возможности оптимизация схемы догоспитальной коррекции гиповолемии у больных с перитонитом путем неинвазивного мониторинга вязкости крови и гематокрита. Материал и методы. В исследование включены 195 больных с перитонитом, у которых на догоспитальном этапе были выявлены клинические признаки тяжелой гиповолемии. Причиной перитонита у 140 больных была кишечная непроходимость, у 36 – острый аппендицит, у 19 больных – перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. У 97 больных, составивших основную группу, в комплексе мер догоспитальной диагностики гиповолемии, а также контроля эффективности коррекции гиповолемических нарушений во время транспортировки в стационар использовали устройство для неинвазивного мониторинга вязкости крови, гематокрита, артериального давления, частоты пульса, эластичности магистральных артерий (патент №110947). 98 больным группы сопоставления догоспитальную коррекцию гиповолемии проводили на основании традиционных клинических критериев. Группы сопоставимы по основным параметрам. Полученные результаты. У больных основной группы при неинвазивном контроле в машине скорой медицинской помощи было выявлено значительное повышение вязкости крови и гематокрита, что потребовало экстренной коррекции гиповолемических нарушений путем внутривенной инфузии растворов. У 97 больных основной группы на догоспитальном этапе было введено 1300 ± 200 мл гемореологически активных растворов (полиглюкин - 800 мл, дисоль - 400 мл, 0,9% NaCl - 300 мл); у 98 больных группы сопоставления объем догоспитальной инфузии составил 300 ± 100 мл (полиглюкин - 400 мл).

1532. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Михайлова С.А., Гамза В.Н., Котельников О.А.,
Мурасов М.Ф., Нусратов М.И.*

Челябинск

ГБУЗ ОКБ №2

Актуальность. В последние годы растет количество эндохирургических вмешательств при лечении острого панкреатита. Миниинвазивные вмешательства при остром панкреатите, как и любой вид хирургического вмешательства, могут сопровождаться осложнениями, представляющими угрозу жизни и здоровью пациента. Цель исследования.



Провести анализ осложнений при выполнении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите и определить меры их профилактики. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 140 больных острым панкреатитом за период 2013-2015гг., которым выполнены миниинвазивные вмешательства. В зависимости от стадии заболевания выполнялись следующие вмешательства: - лапароскопия, удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости - 63 - лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки -26 - холецистостомия (показана при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии -10 - минилапаротомная оментобурсостомия (удаление некротизированных тканей и гноя) -26 - миниинвазивное пункционное дренирование острых жидкостных скоплений под УЗИ- контролем - 15 Результаты и обсуждение. При миниинвазивных вмешательствах при остром панкреатите вероятны следующие виды осложнений: 1.Интраоперационные осложнения, связанные с наложением пневмоперитонеума: 1) перфорация органов брюшной полости иглой Вереша; 2) эмфизема сальника, подкожной и ретроперитонеальной клетчатки; 3) троакарные ранения кровеносных сосудов и внутренних органов. 2.Специфические осложнения при выполнении данных операций: 1)кровотечение из сосудов желудочно-ободочной связки при выполнении лапароскопического дренирования сальниковой сумки; 2) электрохирургические осложнения, связанные с ожогом тканей в зоне операции и вне зоны эндоскопического обзора; 3) неудача дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства и как следствие прогрессирование гнойно-некротического процесса; 4) аррозивные кровотечения. В нашей работе мы получили такие осложнения: кровотечение из сосудов желудочно-ободочной связки – 2, неудача дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства – 5, аррозивные кровотечения-3, что составило 7,2% от общего числа выполненных вмешательств. Выводы. С увеличением количества миниинвазивных вмешательств при лечении острого панкреатита растет вероятность специфических осложнений. Частота и вид осложнений связаны напрямую с течением острого панкреатита, сложностью операции и квалификацией хирурга. Для их профилактики каждому хирургу необходимо иметь хорошее знание анатомии, специальную подготовку на симуляторах, в сложных случаях использовать для наложения пневмоперитонеума метод открытой лапароскопии. К каждой операции необходима тщательная подготовка электрохирургического инструментария с проверкой безопасности. Учет структуры и частоты осложнений способствует развитию мер профилактики по их устранению.

1533. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАЗРЫВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Чередников Е.Ф., Малеев Ю.В., Литовкина Т.Е.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Актуальность. Разрывно-геморрагический синдром (синдром Меллори-Вейсса, СМВ) является ведущими среди всех кровотечений неязвенного генеза. Число рецидивов геморрагий при СМВ достигает 20 – 30%, послеоперационная летальность – 10 – 17%, а общая летальность – 7%. Цель исследования. Выявить конституциональные особенности клинического течения разрывно-геморрагического синдрома. Результаты и их обсуждение. При фиброгастроскопическом исследовании (ФГДС) 237 пациентов с СМВ в условиях Воронежского городского специализированного центра по лечению больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) на базе БУЗ ВО ВГКБСМП №1 было идентифицировано 306 разрывов. Чаще всего наблюдался одиночный дефект как у мужчин (159/76,4%), так и у женщин (24/82,8%): одиночные разрывы встречаются в 4 раза чаще, чем множественные. У всех больных дефекты имели преимущественно вертикальное расположение. У лиц обоего пола разрывы как в правом, так и в заднем секторах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявлялись в 2 раза чаще, чем в переднем и в 3 раза чаще, чем в левом. При этом локализация дефекта в задне-правой полуокружности пищеводно-желудочной зоны составила $71,6 \pm 4,5\%$ наблюдений, а в передне-левой – в 2,5 раза реже ($28,4 \pm 5,0\%$). Основным решающим фактором в механизме возникновения разрывов при СМВ является акт рвоты, характеризующийся внезапной мощной антиперистальтической волной в желудке, повышением внутрижелудочного давления, расслаблением (растяжением) эзофагокардиального перехода. Результаты функциональной агрессии на область эзофагокардиального перехода в виде акта рвоты, тяжесть разрывов анатомических структур и выраженность кровотечений при разрывно-геморрагическом синдроме усугубляются наличием сопутствующих заболеваний, местными патологическими изменениями, наличием мощной системы артериального кровоснабжения ЖКТ (а. gastrica sinistra). Антропометрические исследования выполнены на 47 пациентах с разрывно-геморрагическим синдромом. Типовые особенности живота и нижней апертуры грудной клетки определялись по собственно разработанной оригинальной методике. Оказалось, что оди-



ночные разрывы в месте перехода пищевода в желудок чаще встречаются у лиц с брахиморфным типом телосложения, а множественные – у лиц долихоморфного типа. На правой и задней стенках пищеводно–желудочного перехода разрывы характерны для лиц с межкостным расстоянием (*distantia spinarum*), равным 25,1 и более, а на левой и передней стенках – при 22,1 см и менее; при окружности грудной клетки 97,4 см – на правой стенке, 96,0 см – на задней и 67,1 см – на левой и передней стенках эзофагокардиального перехода. По степени тяжести клинического течения СМВ больные с продолжающимся кровотечением (тип FIA – FIB по Форесту, 1967) и угрозой его возникновения (тип FIIA – FIIB) имеют высоту надчревя равную 10,3 см и менее, а лица со стабильно остановившимся кровотечением – 12,3 см и более. Выводы. 1. Разрывы при синдроме Меллори-Вейсса имеют вертикальное направление, локализуясь преимущественно в правом и заднем секторах ЖКТ. 2. Выявленная в результате проведенного исследования взаимосвязь между конституциональными особенностями пациентов и локализацией, количеством и размерами возникающих разрывов области пищеводно-желудочного перехода позволяет объяснить различную степень тяжести клинического течения разрывно-геморрагического синдрома. 3. Легкодоступные антропометрические исследования (*distacia spinarum* и высота надчревя), которые необходимо включать в программу обследования больных с синдромом Меллори-Вейсса, могут помочь в ходе диагностики стороны локализации разрывов и прогнозирования степени тяжести кровотечения, что может предотвратить возникновение диагностических ошибок при выполнении ФГДС и осложнений в ходе лечения больных.

1534. ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА В СОЧЕТАНИИ С ПРОГРАММОЙ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

Тарасова И.А., Цховребов А.Т., Боева И.А., Битаров Т.Т., Никода В.В., Шестаков А.Л.

Москва

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского»

Актуальность. Резекция пищевода до сих пор сопровождается достаточно высоким уровнем осложнений и летальности, длительной госпитализацией и послеоперационной реабилитацией. Концепция ускоренного восстановления, предложенная Н. Kehlet в 1990 г., основана на том, что традиционный подход к периоперационному ведению пациентов при хирургических вмешательствах, включающий длительный период голодания, продленное использование назогастральных зондов, дренажей, длительное нахождение в ОРИТ и в стационаре, требуют изменения. Внедрение в практику видеоэндоскопической резекции пищевода также должно способствовать снижению уровня операционного стресса. Сочетание этих двух подходов может привести к сокращению частоты послеоперационных осложнений и улучшить результаты оперативного лечения пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода. Материалы и методы. В период с 2013 по 2016 годы в отделении хирургии пищевода и желудка ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского" при участии хирургов, анестезиологов, реаниматологов разработан протокол периоперационного ведения больных, основанный на принципах программы ускоренного восстановления (ПУВ), который включал дооперационное консультирование, преднагрузку углеводами, сокращение длительности ИВЛ и нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии, раннее энтеральное питание через микроеюностому, активизацию пациентов. Одновременно в практику отделения внедрена видеоэндоскопическая резекция пищевода (ВРП), включающая торакоскопическую мобилизацию пищевода с последующей реконструкцией из абдомино-цервикального доступа. В основную группу (ПУВ+ВРП) были включены 14 больных с доброкачественными заболеваниями, которым была выполнена торакоскопическая резекция пищевода, реконструктивный этап выполнен из "открытого" абдомино-цервикального доступа с пластикой желудочной трубкой в 9 и толстой киш-



кой в 3 случаях, 2 пациентам выполнена лапароскопически-ассистированная пластика желудочной трубкой. В контрольную группу (ТВ+РП) были включены 17 больных (ретроспективный анализ с 2010 по 2013 гг.), к которым применялся «традиционный» способ ведения после оперативных вмешательств. Трансхиаральная РП была выполнена у 15 больных, РП «из трех доступов» - у 2 больных. Во всех случаях формировался анастомоз на шее (ручной шов, «Викрил» 3/0-4/0). Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, характеру заболеваний. В основной группе средний послеоперационный койко-день (Me) составил 14 дней, в группе сравнения - 18 дней ($p>0.05$). Длительность пребывания в ОРИТ сократилась с 5 дней в контрольной группе до 2- в основной группе ($p>0,01$). Осложнения I-II ст. по классификации Clavien-Dindo в основной группе отмечены в 21,4% случаев, в группе сравнения - в 41,2%, III ст. в основной группе - в 14,3% случаев, в группе сравнения - в 23,5% ($p>0,05$). Частота респираторных осложнений в основной группе составила 14,3%, в группе сравнения - 52,9%.

1535. СОЧЕТАНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И СИНДРОМА КОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА

*Игнашов А.М.(1), Баландов С.Г.(1),
Лапшин А.С.(1), Качалов Д.В.(1), Морозов А.Н.(1),
Мамченкова М.В.(1), Гичкин А.Ю.(1),
Блинов Е.В.(1), Мигащук С.Д.(2),
Ван Чжо(1), Рудин А.В.(1)*

Санкт-Петербург

- 1) НИИ хирургии и неотложной медицины
Первого Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета
им. акад. И.П. Павлова
- 2) ФГБУ Всероссийский центр экстренной и
радиационной медицины им. А.М. Никифорова
МЧС России

Цель исследования – обратить внимание на сочетание не редко наблюдающихся заболеваний рефлюкс-эзофагита и синдрома компрессии чревного ствола. Полагают, что потенциальная патофизиологическая связь между этими заболеваниями реальна, однако недостаточно изучена. С января 2011г по август 2014г были оперированы 193 больных синдромом компрессии чревного ствола (СКЧС), из них у 85(44%) был одновременно рефлюкс-эзофагит (РЭ). Из 85 больных женщин 53(62%) и мужчин 32(38%). Возраст от 18 до 61

года, средний возраст 30,7 лет, женщин 33,5 года и мужчин 28,6 лет. Длительность болезни по клиническим данным до операции была в среднем около 13 лет. Ведущими симптомами у большей части больных были дискомфорт и боль в надчревной области после приема пищи, иногда физической нагрузки, а также изжога, нередко распространяющаяся за грудину, часто связанная с приемом пищи, не реже 1-2 раз в неделю или ежедневно. Почти у всех были различные нейровегетативные и сравнительно часто кардиоциркуляторные, респираторные расстройства, синдром Жильбера. По данным ультразвукового дуплексного сканирования, МСКТ и реже катетерной ангиографии был выявлен анатомически и гемодинамически значимый КСЧС: более 50% по диаметру, пиковая систолическая скорость кровотока (ПССК) в чревном стволе (ЧС) более 200см/сек, градиент АД в нем более 15мм рт. ст. и ПССК ЧС/ПССК брюшной аорты не менее 1,7. При ВЭГДС почти у 1/3 таких больных были эзофагит сразу выше Z-линии (отек, эритема, эрозии) и скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД) не более 2 см без грыжевого мешка, не смыкающийся полностью нижний пищеводный сфинктер. При видеорентгенологическом исследовании у значительной части больных наблюдалось замедленное опорожнение желудка и 12-перстной кишки, дуоденогастральный и нередко гастроэзофагеальный рефлюкс. В последнее время таким больным выполняется импеданс-рН-метрия и манометрия пищевода, преимущественно при оценке отдаленных результатов лечения. У 63 больных РЭ и СКЧС произведена открытая декомпрессия чревного ствола (ДЧС) путем рассечения срединной дугообразной связки диафрагмы и частично ее внутренних ножек и нейрофиброзной ткани чревного сплетения и фундопликация (ФП) по Ниссену на 360°, в т.ч. у трех операция Стронга, у 3 аппендэктомия, у одного холецистэктомия и у одного скаленотомия. Из них у 2 ФП после предыдущей ДЧС и у 4 ДЧС и ФП после ранее сделанной другого типа только антирефлюксной операции. У других 22 больных РЭ и СКЧС была произведена только ДЧС, ибо некоторые отказались от ФП, у других на момент операции РЭ был умеренно выражен. У 59 из 63 больных после ДЧС и ФП по Ниссену в сроки наблюдения до 4 лет отмечаются хорошие клинические результаты и у 4 удовлетворительные при нормализации анатомических и гемодинамических показателей в ЧС обеих групп больных. После операции ДЧС среди 22 больных СКЧС и РЭ у 9 признаков этих заболеваний не обнаружено, однако у 13 из них отмечались умеренные проявления РЭ, которые сравнительно легко купировались консервативными мерами. Таким образом, рефлюкс-эзофагит был более чем у 1/3 больных синдромом компрессии



чревного ствола, которым была выполнена его декомпрессия и фундопликация по Ниссену, что необходимо учитывать в дифференциальной диагностике этих заболеваний, особенно у лиц сравнительно молодого возраста. При сочетании рефлюкс-эзофагита и синдрома компрессии чревного ствола при наличии соответствующих показаний целесообразно выполнение одновременно его декомпрессии и фундопликации по Ниссену.

1536. ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

*Тарасова И.А., Цховребов А.Т., Битаров Т.Т.,
Никода В.В., Шестаков А.Л.*

Москва

ФГБНУ "Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского"

Актуальность. Реконструктивные вмешательства на пищеводе до сих пор относятся к операциям высокого риска и сопровождаются значимыми уровнями послеоперационных осложнений и летальности. В хирургии пищевода принципы периоперационного ведения пациентов существенно не изменились с 1980 гг., несмотря на развитие анестезиологии, интенсивной терапии и внедрение новых хирургических технологий. В конце прошлого века Н. Kehlet предложил программу по ускоренному восстановлению после операции (ПУВ), направленную на сокращение длительности госпитализации за счет снижения операционного стресса. Результатами использования принципов ПУВ стало сокращение длительности госпитализации до 1-3 дней при большинстве хирургических вмешательств в колоректальной хирургии. Эффективность применения ПУВ при реконструктивных вмешательствах у пациентов с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода в настоящее время требует изучения. Материалы и методы. В период с 2013 по 2016 гг. в отделении хирургии пищевода и желудка ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского" разработан и внедрен в практику протокол периоперационного ведения больных, основанный на принципах ПУВ, включающий дооперационное консультирование, преднагрузку углеводами, сокращение длительности ИВЛ и нахождения в ОРИТ, сокращение сроков использования зондов, дренажей, а также раннее энтеральное питание через микроеюностому, раннюю активизацию пациентов. В основную группу были включены 53 больных (13 со злокачественными (24,5%) и 40 с доброкачественными

заболеваниями (75,5%)). 30 больным из данной группы (56,6%) была выполнена резекция пищевода с одномоментной пластикой, в т.ч. 19 – торакоскопическая (35,8%), 21 больным – шунтирующая толстокишечная пластика пищевода (39,6%), 2 – эзофагогастрэктомия (3,8%). В контрольную группу был включен 61 больной (ретроспективный анализ с 2010 по 2013 гг.), к которым применялся «традиционный» способ ведения периоперационного периода после оперативных вмешательств на верхних отделах ЖКТ (24 больных (39,3%) со злокачественными заболеваниями и 37 больных (60,7%) с доброкачественными). Резекция пищевода с пластикой была выполнена 40 больным (65,6%), в т.ч. 1-торакоскопическая, 6- «из трех доступов», 33-трансхиатальная, шунтирующая пластика пищевода – 21 больному (27,1%). Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, характеру заболеваний. Средний послеоперационный койко-день (Me) составил 14 дней как в основной группе, так и в группе сравнения, при этом средний койко-день в основной группе у пациентов без осложнений был достоверно меньше при сравнении с контрольной группой (11,2 vs 13,4 суток, $p=0,05$). Несостоятельность анастомоза на шее отмечена у 30,2% в основной группе и в 23% в контрольной ($p>0,05$). Летальность в основной группе составила 0%, в контрольной - 4,9% (3 пациента), повторная госпитализация в обеих группах - 0%. Обсуждение: не получено статистически достоверного сокращения длительности нахождения пациентов в стационаре после обширных хирургических вмешательств, что связано с достаточно высокой частотой развития несостоятельности анастомоза на шее. После проведения реконструктивных вмешательств на пищеводе возможно безопасное сокращение сроков нахождения в ОРИТ и в стационаре без увеличения частоты осложнений и повторной госпитализации. Заключение. При обширных реконструктивных вмешательствах на пищеводе возможно безопасное и эффективное применение принципов ускоренного восстановления, что способствует сокращению длительности пребывания пациента в ОРИТ и в стационаре, но клиническое значение протокола ПУВ требует дальнейшего изучения.



1537. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРОМБОЗАХ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Фролов А.А.(2), Борисов В.А.(1),
Красовский В.В.(2), Лукьянова Л.В.(2),
Неверова О.С.(2), Храмова М.В.(1)*

Саратов

1) Саратовский Государственный Медицинский
Университет им. В.И.Разумовского 2) ГУЗ ОКБ

г.Саратов

Актуальность темы: проблема оперативного лечения при тромбозах глубоких вен нижних конечностей, как профилактика развития тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА), остается актуальной и сегодня. Количество пациентов с данной патологией не уменьшается. Цель: определить значение и место лигирования и пликаций сосудов при тромбозе глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей с флотацией и без. Материалы и методы: в клинике (отделении сосудистой хирургии) за период 2014-2016гг. лечилось 182 пациента с тромбозом в системе глубоких вен нижних конечностей. У 58 (31,9%) пациентов вероятные причины развития ТГВ не удалось выявить. Следует отметить, что возможно формирование тромбозов глубоких вен нижних конечностей связано с наличием у пациентов фонового процесса, среди которых у 33 (18,1%) - онкологический процесс, у 19 (10,4%) - сахарный диабет, у 30 (16,5%) - гнойно-воспалительные заболевания, у 13 (7,1%) – беременность и ранний послеродовый период, 14 (7,7%) - пациенты после травм и ортопедических операций, 15 (8,2%) - пациенты находящиеся на гормональной терапии (пероральные контрацептивы, аутоиммунные заболевания). Флотация головки тромба в венозном русле нижних конечностей отмечалась у 22 (12,1%) пациентов, подтвержденная дуплексным исследованием. Оперативное вмешательство, в объеме лигирования, либо пликации вен выше места тромбообразования выполнено 16 пациентам, в двух случаях выполнена имплантация кава-фильтра, показанием к которой были зафиксированные случаи ТЭЛА в анамнезе. В 9 (56,3%) случаях, в связи с рецидивирующим характером ТЭЛА, зафиксированного клинически и с помощью инструментально-лабораторных методов исследования, в 7 (43,7%) случаях - флотация головки тромба 4 и более сантиметров, оперативное вмешательство выполнялось независимо от отсутствия или наличия ТЭЛА ранее, что мы считаем одним из показаний к проведению экстренного оперативного вме-

шательства. В своей работе мы предавали особое значение определению "+" D-димеров и дуплексному исследованию вен в динамике. Обсуждения: нами не отмечено ни одного случая развития ретромбоза в венозном сегменте выше места лигирования, либо пликации вены у прооперированных пациентов. У 2 (12,5%) пациентов операция привела к значительному увеличению отека пораженной конечности, который в одном случае значительно уменьшился на фоне консервативного лечения, а в другом течение послеоперационного периода осложнилось рожистым воспалением, повлекшим развитие тяжелой хронической лимфо-венозной недостаточности. Во всех случаях оперативное лечение дополнялось антикоагулянтной терапией по принятой схеме: 5 суток прямые инъекционные антикоагулянты (гепарин или низкомолекулярные гепарины), далее - пероральные антикоагулянты (дабиготран, ривороксабан). Заключение: оперативное лечение при наличии флотации тромба выполнялось по строгим показаниям, а именно при выраженной угрозе развития ТЭЛА (флотирующая часть тромба 4 сантиметра и более, наличия ТЭЛА в анамнезе), при невозможности проведения антикоагулянтной терапии, во всех остальных случаях использовалась консервативная терапия. Метод лигирования и пликации актуален до настоящего времени и возможен к применению в широкой клинической практике, в связи с низким процентом развития осложнений.

1538. ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В.,
Савушкин А.В., Суровегин Е.С.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Применение программы ускоренного выздоровления (ПУВ) продемонстрировало свою эффективность в хирургическом лечении больных с опухолями ободочной кишки. Это достигается благодаря сокращению периода послеоперационной реабилитации, приемлемому количеству послеоперационных осложнений и улучшению качества жизни. Однако, однако ее экономическая эффективность в условиях российской системы здравоохранения остается недостаточно изученной. Цель исследования. Оценить экономическую эффективность программы ПУВ в хирургическом лечении больных с опухолями ободочной кишки. Матери-



алы и методы. С декабря 2015 г в ФГБУ «ГНЦК им А.Н.Рыжих» Минздрава России проводится одно-центровое проспективное рандомизированное исследование. В исследование включен 101 пациент, которым проводилось хирургическое лечение по поводу опухолей ободочной кишки. Методом рандомизации в основную группу (ОГ) (хирургическое лечение по ПУВ) включено 62 пациента, в группу сравнения (ГС) (стандартная тактика) – 39. Результаты. Значимых межгрупповых различий в антропометрических данных, локализации опухоли, стадии заболевания и объеме операции не выявлены. Среди пациентов ОГ послеоперационные осложнения II–IV классов по Clavien –Dindo наблюдались у 12 (19,4%), в ГС – у 7 (17,9%) ($p=0,99$). Послеоперационной летальности не отмечалось. В основной группе зарегистрирован 1 случай повторной госпитализации по поводу несостоятельности толстокишечного анастомоза, развившейся на 11 сутки после операции. Средний предоперационный день в основной группе составил 0,97 в группе сравнения – 2,7.

1539. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Грошилин В.С., Цыганков П.В., Мрыхин Г.А., Швецов В.К., Султанмуратов М.И.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (РостГМУ).

Актуальность: Хронический парапроктит является одной из наиболее распространенных проблем современной колопроктологии. Развитие ректальных свищей занимает в структуре колопроктологических заболеваний лидирующее место, достигая 15-30% от общего их числа. Предложенные методы лечения ректальных свищей достаточно многообразны некоторые из них получили широкое распространение и заслуженное признание. Однако, учитывая значительную операционную травму, при оперативном лечении пациентов с сложными транс- и экстрасфинктерными свищами удельный вес неудовлетворительных результатов лечения таких пациентов стабильно остается высоким и достигает 50%. Столь высокий процент результатов связан не только с возникновением рецидива заболевания, но развитием анальной инконтиненции вследствие обширной травмы

замыкательного аппарата прямой кишки. В связи с чем, идея лечения больных хроническим парапроктитом малоинвазивными методами, без широкого иссечения пораженной ткани представляет собой большой практический интерес и клиническую значимость. Цель: Целью нашего исследования является анализ эффективности применения малоинвазивных методов лечения ректальных свищей с применением фистулоскопии, а также определения показаний к их проведению. Материалы и методы: Нами проведено проспективное контролируемое исследование 50 пациентов страдающих хроническим парапроктитом с развитием полных сложных ректальных свищей 1-3 степени сложности в период с июля 2015 по февраль 2017 года. В ходе проведенного исследования у 3 пациентов на дооперационном этапе отмечалось наличие ректальных свищей 4 степени сложности с наличием остаточных полостей, в связи с чем, оперативная тактика носила комбинированный характер и данные пациенты были исключены из исследования. Все больные распределялись равномерно в 3 сопоставимые клинические группы. В I группе клинических наблюдений пациентам выполнялась иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера, во II группе наблюдения проводилось трубчатое иссечение свища с пластикой внутреннего отверстия полнослойным лоскутом, в 3 группе наблюдения выполнялась фистулоскопия с ликвидацией внутреннего отверстия механическим швом и введением фибринового клея. Результаты и обсуждение: В раннем послеоперационном периоде у больных I группы ($n=15$) отмечались следующие послеоперационные осложнения криптит у 2 пациентов (13,3%), кровотечение у 1 пациента (6,7%), послеоперационное недержание жидкого кала и газов у 1 пациента (6,7%), во II группе ($n=16$) у 1 пациента отмечалась ретракция полнослойного лоскута кишки (6,3%), нагноение промежностное раны отмечалось у 2 пациентов (12,5%), в III группе ($n=16$) такого рода осложнений не отмечалось, однако, следует отметить развитие параректального инфильтрата как реакцию на введение фибринового геля у 4 пациентов (25%) в связи с чем, отмечалось возникновение тромбоза наружных геморроидальных узлов. Средний день пребывания пациентов в стационаре в I группе составил $15,2 \pm 0,98$, во II группе - $15,4 \pm 0,91$, в III группе - $13,8 \pm 0,91$ при доверительном уровне 95%. В отдаленные сроки через 1 месяц в I группе отмечался гипотонус сфинктера прямой кишки при сфинктероманометрии у 3 пациентов (20%), во II группе у 2 пациентов (12,5%) вследствие возникновения обширных рубцов. В III группе такого рода осложнений не отмечалось. Через 6 месяцев в I группе отмечался рецидив хронического парапроктита у 2 пациентов (13,3%), во



II группе у 3 пациентов (18,75%), в III группе также у 3 пациентов (18,75%). Выводы: Методика малоинвазивного эндоскопического лечения хронического парапроктита с применением фибринового клея является малотравматичной, не провоцирует развитие нагноительных осложнений, не влияет на запирающий аппарат прямой кишки и соответственно не создает предпосылок к развитию анальной инконтиненции, в связи с чем следует рассматривать ее как метод выбора при оперативном лечении сложных транс- и экстрасфинктерных свищей. Однако, высокий процент рецидива при данной методике лечения, свидетельствует о необходимости её совершенствования и поиска новых технических решений.

1540. ОПЫТ ДВУХПЕТЛЕВОЙ ПЕРЕВЯЗКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

*Ашурметов Р.И., Оразбахов Ж.Б.,
Ашурметов А.Р.*

Туркестан

МКТУ им Х.А Ясави

Введение. В абдоминальной хирургии за последние годы, наряду с традиционными открытыми методами лечения острого аппендицита применяется диагностическая и лечебная эндоскопия (лапароскопия), инвазивность которой полностью оправдывается высокой информативностью и эффективностью, в технических приемах используемых при выполнении классической аппендэктомии существенных изменений не произошло. Осложнения возникающие нередко в результате несостоятельности культи червеобразного отростка связаны с соскальзыванием шва или его прорезыванием. Широко применяется перевязка культи червеобразного отростка с помощью узла Реддера и Мельзе, которые часто прорезывают культи. Цель исследования Создание эффективного способа перевязки культи червеобразного отростка при проведении лапароскопической аппендэктомии позволяющего исключить послеоперационные осложнения в виде прорезывания и несостоятельности узла.

Материалы и методы В хирургическом отделении ЦГБ г.Кентау с ноября 2012 года больным всех возрастов поступающим с диагнозом острый аппендицит проводится, если нет разлитых гнойных осложнений и инфильтрата, лапароскопическая аппендэктомия с перевязкой культи разработанным в отделении способом [патент №1087/13 от

18,10,2013г]. Перевязка культи происходила одной нитью с двумя петлями которые зеркально расположены относительно друг друга, а затягивающие концы нити располагаются в противоположных сторонах по отношению к петле и при затягивании одного конца второй держат в натянутом состоянии что позволяют затягиванию петли. После необходимого стягивания концы завязывают в противоразвязывающий замок. Петля формируется экстракорпорально, желателно применять монопить.

Результаты, обсуждение. За период с ноября 2012 г. по настоящее время в хирургическое отделение поступило 712 больных с диагнозом острый аппендицит, из них 698 произведена лапароскопическая аппендэктомия. Первоначально (первые 3 месяца) лапароскопическим методом оперированы 46 детей до 14 лет. В послеоперационном периоде осложнений не было. В последующем мы начали проводить лапароскопические аппендэктомии с перевязкой культи по предложенной нами методике и у взрослых. Данная перевязка культи проводилась у больных с катаральным, флегмонозным и гангренозным (без вовлечения в процесс основания) аппендицитах. В ближайшем и отдаленных периодах осложнений со стороны культи не наблюдалось. Узел формируется вне брюшной полости, затем при помощи лопаточки вводится через троакар в брюшную полость и одевается на червеобразный отросток предварительно отделенный от брыжейки (по методике предложенной F.Gotz). Далее натягиванием одного конца затягивают шов на основании культи, после чего накладывают противоразвязывающий замок, который также формируется экстракорпорально. Червеобразный отросток отсекается с оставлением культи 5-6мм, которая обрабатывается 3% йода. Осложнений у оперированных лапароскопическим методом больных связанных с несостоятельностью узла на культе мы не наблюдали. Предложенная двухпетлевая методика перевязки культи червеобразного отростка отличается простотой и эффективностью. Выводы Таким образом, за время применения двухпетлевого метода перевязки культи червеобразного отростка мы не отметили осложнений в виде несостоятельности узла. Но в тоже время необходимо отметить, что перевязка культи требует дифференцированного подхода и не должна применяться при воспалительно-деструктивных состояниях стенки купола слепой кишки.



1541. ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ИРКБ

*Аушев М.К, Мальсагов Р.Ю, Мальсагов Т.А,
Кузьгов О.Б.*

Магас

Кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета ИнГУ

Ожирение названо Всемирной организацией здравоохранения хронической неинфекционной глобальной «эпидемией». Увеличение массы тела сопровождается возрастанием частоты развития артериальной гипертензии, сахарного диабета II типа, синдрома апноэ во время сна, остеоартритов, остеохондроза позвоночника, желчнокаменной болезни и ряда других заболеваний. Установлена прямая пропорциональная зависимость между избыточной массой тела и показателями общей смертности. В России избыточная масса тела и ожирение наблюдается приблизительно у 30% населения. Статистика больных с ожирением в Республиканском Эндокринологическом Диспансере Ингушетии подтверждает рост заболеваемости. На конец 2014г. больных с ожирением в Ингушетии составляло 2563, 2015г.- 2952, 2016г. – 3310 чел. Цель: Установить эффективность и риски бариатрических операций. Представление результатов лапароскопических вертикальных гастропликаций у больных с морбидным ожирением в хирургическом отделении ИРКБ. Материал и метод: С 2011 по 2016 год нами оперированы 32 пациента возрастом от 15 до 69 лет (женщины – 24, мужчины – 8). Сопутствующие патологии у больных: артериальная гипертензия – 20; нарушение толерантности к глюкозе – 12; сахарный диабет (ст компенсации) - 6 больных; аксиальная ГПОД – 9 больных. Всем больным лапароскопическая гастропликация выполнялась из 5 троакарных доступов, операционная бригада: оператор, 2 ассистента, операционная сестра. 9 больным в сочетании выполнена задняя крурорафия. Среднее время проведения оперативного вмешательства составило 1 час 50 минут. Среднее койко-дней пребывания пациента в стационаре составило 7 дней. Все оперированные больные состоят на Д учете в РЭД. Оперированные больные ранее проходили лечение у диетолога и проводили лечебную физкультуру. Отсутствие эффекта стала показанием для оперативного вмешательства. Результаты: В послеоперационном периоде снижение массы тела отмечено у всех 32 пациентов. Наблюдалось

снижение веса за время нахождения в стационаре в течении 7 дней в среднем на 5 кг. В сроках от 8 до 12 месяцев у оперированных больных снижение массы тела в среднем 14.5 % от исходной. Осложнения в послеоперационном периоде: у 3 больных отмечена диарея которая разрешилась в течении 5 суток на фоне медикаментозной терапии; у 2-х больных возникла послеоперационная дисфагия после проведенной задней крурорафии с сопутствующей аксиальной ГПОД которая после бужирования разрешилась на 8 сутки. Отдаленные результаты: снижение индекса массы тела отмечено у 100 % оперированных больных, у 8 оперированных больных вторым этапом явилась операция по пластике передней брюшной стенки с сохранением пупка. Выводы: Наш небольшой опыт проведения бариатрических операций показал высокую эффективность лапароскопической вертикальной гастропликации. Снижение массы тела явилось основополагающей в профилактике заболеваний ассоциированных ожирением. Лапароскопическая вертикальная гастропликация по сравнению с лапароскопической вертикальной резекций желудка является более экономически оправданной.

1542. КАРДИОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ПОЛИФЕНОЛОВ ВИНОГРАДА В УСЛОВИЯХ ГИПОКСИИ

Заднипряный И.В., Сатаева Т.П.

Симферополь

КФУ им.В.И.Вернадского, Медицинская академия имени С.И.Геогиевского

Полифенолы винограда и их благотворное влияние на состояние здоровья человека известны давно и привлекают все больший интерес исследователей. Цель исследования - изучение кардиопротекторных свойств отечественного концентрата полифенолов винограда «Фэнокор» при гистотоксической гипоксии в условиях эксперимента. Материал и методы исследования. Исследование проводилось на 21 половозрелых самцах крыс линии Wistar, разделенных на 3 группы. Контрольную группу составили 5 интактных животных. Крысам второй группы (n=8) на протяжении 7 дней внутрижелудочно, через зонд вводился водный раствор CoCl₂ в дозе 60 мг/кг. животным третьей группы (n=8) после введения хлорида кобальта внутрижелудочно через зонд вводился водный раствор Фэнокора в дозе 2,5 мл/кг вместе с 0,05 мл воды. Исследование миокарда проводилось с использованием световой и электронной микроскопии. В



ходе проведения экспериментов исследовали следующие биохимические показатели: содержание малонового диальдегида (МДА), окислительную модификацию белков (ОМБ). Результаты исследования. Результатом влияния кобальта на сердце животных в эксперименте является развитие кардиомиопатии, что обуславливает необходимость проведения своевременной кардиопротекции. Структура миокарда, наблюдаемая в третьей группе самцов крыс после кобальтовой интоксикации на фоне введения концентрата полифенолов винограда, в целом отражала тенденцию к минимализации объемов повреждения, проявляющуюся в виде нормализации структур клеток и волокон мышечной ткани. Антиоксидантный эффект концентрата «Фэнокор» проявлялся в достоверном снижении концентрации продуктов ПОЛ по сравнению со второй опытной группой без коррекции на 16,28%. Концентрация продуктов ОМБ также несколько уменьшалась и превышала контрольные цифры на 67,30% ($p < 0,01$). Выводы. Введение подопытным животным концентрата полифенолов винограда «Фэнокор» приводит к блокированию патогенетических звеньев окислительного стресса - важного патогенетического звена развития гистотоксической гипоксии за счет подавления перекисного окисления липидов и окислительной модификации белков, что обуславливает антиоксидантный и кардиопротекторный эффекты концентрата «Фэнокор».

1543. ОДОНТОГЕННАЯ ФЛЕГМОНА ШЕИ И КОНТАКТНЫЙ НИСХОДЯЩИЙ МЕДИАСТИНИТ

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

Чебоксары

- 1)БУ "Республиканская клиническая больница",
- 2)БУ "Больница скорой медицинской помощи",
- 3)ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова"

Актуальность. Одонтогенная флегмона шеи и контактный нисходящий медиастинит остаются тяжелейшими и опасными для жизни формами хирургической инфекции мягких тканей. Несвоевременное распознавание флегмоны шеи одонтогенного происхождения, позднее оперативное лечение объясняют значительную частоту контактных нисходящих медиастинитов (НМ). Характерной особенностью НМ является трудность диагностики, исключительная тяжесть течения и высокая летальность достигающая 70% и выше. Цель исследования: изучить результаты хирур-

гического лечения пациентов НМ одонтогенного происхождения. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 50 пациентов в возрасте от 23 до 75 лет (Me 44 года; Mo 36 лет). Средний возраст $46,0 \pm 1,3$ лет. Мужчин было 38 (76%), женщин - 12 (24%). Флегмоны шеи развивались при осложненном течении периостита, периодонтита, остеомиелита челюсти. «Причинными» зубами у 40 являлись моляры (чаще второй и третий) нижней челюсти, у 8 нижнечелюстные премоляры, в 2 случаях – моляры верхней челюсти. Сроки поступления в челюстно-лицевое отделение с момента начала заболевания от 32 часов до 14 суток (Me 4,5 дня, Mo 4 дня), в среднем $7,0 \pm 0,2$ дня. В сроки от 1 до 3 суток поступили 13 (26%), с 4 до 7 – 33(66%), с 8 и более – 4 (8%). Причины поздней госпитализации: несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью – 42, диагностические ошибки на догоспитальном этапе – 8. По тяжести состояния при поступлении по APACHE II пациенты распределялись следующим образом: от 5 до 10 баллов – 13 пациентов; от 11 до 15 баллов – 13; от 15 до 20 баллов – 15; свыше 20 баллов – 9. У 21 пациента (42%) имелись сопутствующие заболевания. Наиболее часто встречались заболевания сердечнососудистой системы, которые утяжеляли состояние больных и течение заболевания. 29(58%) пациентов злоупотребляли алкоголем. При рентгенологическом исследовании шеи и грудной клетки расширение тени верхнего средостения отмечено в 32 случаях, расширение тени заглочного пространства у 19 больных, наличие газа в мягких тканях и ретрофарингеальном пространстве – у 15. КТ шеи и органов грудной клетки выполнена у 13. Все пациенты оперированы. У 25 пациентов с одонтогенной флегмоной шеи на первом этапе проводилось широкое вскрытие и дренирование очагов первичной инфекции, при распространении инфекции в средостение проводилась медиастинотомия. У 25 пациентов медиастинотомия проведена одновременно со вскрытием первичного очага инфекции. Число пораженных клетчаточных пространств шеи был от 3 до 7, в среднем 4 на одного. По частоте поражения лидировали окологлоточное, поднижнечелюстное клетчаточные пространства, подкожная клетчатка переднего отдела шеи, крыловидно-челюстное пространство. НМ у пациентов с одонтогенной флегмоной шеи был следующим: передний и задний верхний – 20 (40%), передний верхний – 15 (30%), передний и задний тотальный – 8 (16%), задний верхний – 4 (8%), передний тотальный - 3 (6%). У 47 применены внеплевральные способы дренирования средостения, у троих - внеплевральные доступы в сочетании с торакотомией. Осложнения возникли у 39 пациентов (у всех имелась клиника сепсиса). Выздоровело



33. Среднее пребывание их в стационаре $39 \pm 1,4$ дня. Умерло 17 (34%). Летальность от сроков поступления: от 1 до 3 суток – 2(15,4%); от 4 до 7 суток – 12(36,4%); свыше 8 суток – 3(75%). Причины летальных исходов: 1) прогрессирование гнойного процесса с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности у 15; 2) тромбоз легочной артерии на фоне прогрессирования гнойно-воспалительного процесса у 2. Заключение. Одонтогенная флегмона шеи и НМ чаще развиваются у мужчин трудоспособного возраста как осложнение периостита, периодонтита и остеомиелита нижней челюсти. При НМ показана медиастинотомия внеплевральными доступами, при развитии тотального медиастинита – боковая торакотомия. Высокая летальность при НМ обусловлена поздней госпитализацией больных, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и развитием тяжелых гнойных осложнений.

1544. СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С «НЕВАРИКОЗНЫМИ» КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Нишневич Е.В.(1,2), Руднов В.А.(1,2),
Багин В.А.(1), Салемьянов А.З.(1,2),
Тарасов Е.Е.(1), Дунаев В.Д.(1)*

Екатеринбург

- 1) МАУ ГKB№40, Екатеринбург
- 2) УГМУ, Екатеринбург

Актуальность. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляют большую клиническую проблему. Частота их развития составляет около 170 случаев на 100 000 населения в год. В настоящее время отсутствуют общепризнанные рекомендации для госпитализации и лечения в отделении реанимации. Цель. Оценка эффективности протокола ведения пациентов с «неварикозными» кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы исследования. Дизайн: ретроспективное, сравнительное (до/после) исследование. На базе МАУ ГKB№40 в течение 2015 г. был внедрен протокол по лечению пациентов с «неварикозными» кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Основные положения протокола сводились к следующему. Первым шагом по ведению больных было выполнение фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). По клиническим показателям, для выбора лечебной тактики в соответствии со шкалой Rockall выделя-

ли группы риска рецидива кровотечения и развития неблагоприятного исхода. Степень тяжести кровопотери определяли на основании рекомендаций American College of Surgeons, 1997. По результатам клинко-диагностического исследования определяли место нахождения пациента и тактику ведения. Показаниями для госпитализации в отделение реанимации считали по крайней мере одного из следующих критериев: 1) высокий риск рецидива кровотечения (больше 6 баллов по шкале Rockall); 2) степень активности кровотечения по Forrest – IA, IB, IIA, IIB; 3) клиника геморрагического шока. Для эндоскопического гемостаза применяли клипирование, аргонно-плазменную коагуляцию в форме монотерапии или совместно с инъекцией адреналина. При наличии признаков высокого риска рецидива кровотечения (Forrest IA, IB, IIA, IIB) после эндоскопического гемостаза назначали ингибиторы протонной помпы (ИПП) по следующей схеме: внутривенный болюс 80 мг + непрерывная внутривенная инфузия ИПП 8 мг/ч в течение 72 часов. Гемотрансфузию с заместительной целью проводили при уровне гемоглобина менее 70 г/л. В ряде случаев расширяли показания к гемотрансфузии (Hb 80-90 г/л) у пациентов имеющих косвенные признаки нарушения доставки и потребления кислорода (не купируемый шок, SvO₂ 0.05). Ограничение исследования: нами не изучена комплаентность соблюдения протокола. Выводы. Предложенная стратегия ведения пациентов с «неварикозными» кровотечениями из верхних отделов ЖКТ позволяет снизить количество открытых операций и сформировать тенденцию к снижению летальности.

1545. ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

*Борота А.В., Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л.,
Кирьякулова Т.Г., Христуленко А.Л.,
Куницкий К.Ю.*

Донецк

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького (ДонНМУ)

Клиника располагает опытом лечения 82 больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, которым выполнены 114 операций по формированию и реконструкции артерио-венозной фистулы на предплечье. В данной группе мужчин было – 46 (56,1%), женщин – 36 (43,9%). Возраст пациентов колебался от 23 лет до



79 лет. Заболевания, приведшие к развитию терминальной стадии хронической почечной недостаточности, распределились среди исследуемых следующим образом: хронический гломерулонефрит – 33 (40,2%), сахарный диабет – 24 (29,4%), поликистоз почек – 11 (13,4%), пиелонефрит – 4 (4,9%), интерстициальный нефрит – 3 (3,7%), МКБ, коралловидные камни – 2 (2,4%), синдром Гудпасчера вторичный пиелонефрит – 1 (1,2%), синдром де Тони - Дебре - Фанкони – 1 (1,2%), вазоренальная гипертензия, вторично сморщенные почки – 1 (1,2%), подагрическая нефропатия - 1 (1,2%), системный васкулит (АНЦА ассоциированный) - 1 (1,2%). Всем больным перед операцией проводилась доплерография и дуплексное сканирование сосудов верхних конечностей. Средний диаметр артерий составил $2,4 \pm 0,7$ мм. В качестве основной, нами была избрана методика формирования дистальной нативной радиоцефальной артерио-венозной фистулы, предложенная Майком Брешиа и Джеком Чимино. Преимуществами данного способа является отсутствие инородных тел в ране (за исключением лигатур анастомоза), возможность формирования практически на любом уровне недоминантного предплечья, возможность повторных реконструктивных операций с использованием подготовленной фистульной вены в случае тромбоза анастомоза. В отличие от методики - прототипа, использованной нами в 36 (31,6%) случаях, также использовались варианты анастомоза между лучевой артерией и головной веной по типу "конец в конец" в 73 (64,0%) случаях и "бок в бок" в 1 (0,88%) случае. В 2 (1,76%) случаях сформирован тоннель, через который была проведена фистульная вена, в 1 (0,88%) случае для формирования использовалась трансплантированная аутовена, также имел место 1 (0,88%) случай безуспешной попытки операции в связи с отсутствием подходящей для формирования анастомоза вены. В раннем послеоперационном периоде в 68 (59,6%) случаях больные в раннем послеоперационном периоде получали инъекции низкомолекулярных гепаринов подкожно 1 раз в сутки и/или дезагреганты перорально. Несмотря на это, был отмечен 21 случай тромбоза анастомоза на ранних сроках, что требовало выполнения реконструктивных операций. В двух случаях в послеоперационном периоде у пациенток с хроническим гломерулонефритом на 3 и на 6 сутки отмечалось кровотечение из раны. У одной пациентки это привело к тромбозу фистулы с ее последующей реконструкцией. Ни в одном из наших наблюдений пациентами не было отмечено проявлений синдрома обкрадывания кровоснабжения верхней конечности, что объясняется применением дистальной позиции АВФ, а также решением вопроса о возможности формирования фистулы на конеч-

ности по результатам ультразвукового исследования сосудов перед операцией. В свою очередь, повышение скорости кровотока через анастомоз достигалось применением противостенотической методики - использованием отдельных узловых швов и уменьшением артериального сброса путем тщательного препарирования с лигированием артериальных сосудов, отходящих от магистрального в зоне операции. Проанализировав случаи с необъяснимыми, с учётом состояния больных, неудовлетворительными результатами в раннем послеоперационном периоде мы пришли к выводу, что причиной их могли быть излишнее натяжение при завязывании швов сосудистого анастомоза, приводящее к микронадрывам интимы сосудов, а также вворачивание адвентиции в просвет сосуда, что возможно явилось причиной тромбоза. Для профилактики вворачивания адвентиции сосуда в ее просвет во время формирования анастомоза нами был предложен и изготовлен микрохирургический подъемник. Применение данного инструмента позволяет хирургу расправить достаточно тонкую венозную стенку и облегчить наложение швов анастомоза. С целью профилактики кровотечений в послеоперационном периоде, по нашему мнению, следует обратить внимание на обеспечение максимального покоя оперированной конечности.

1546. СОВРЕМЕННЫЕ САНАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Сергеев В.А.(1,2,3), Глухов А.А.(1)

1) Воронеж, 2) Орел

1) ВГМУ им. Н.Н.Бурденко

2) ОГУ им. И.С. Тургенева, медицинский институт
3) Орловская областная клиническая больница

Актуальность: лечение острой эмпиемы плевры остается актуальной проблемой торакальной хирургии, осложняя течение абсцесса легких в 8-11 %, гангрены в 55-90 %, течение травмы в 2-15 % наблюдений. Совершенствование хирургических методов и внедрение новых современных технологий позволило снизить в последние годы смертность при этой патологии в ранние сроки заболевания. Однако на сегодняшний день нет четко разработанного алгоритма и сроков применения современных санационных технологий, в том числе ранней торакоскопии, в комплексном лечении эмпиемы плевры. Цель: оценить эффективность современных санационных технологий при лече-



нии больных с острой эмпиемой плевры (ЭП).
Материалы и методы: анализированы результаты лечения 62-х больных с ЭП в возрасте от 23 до 64 лет (средний возраст - 46,4 лет). Мужчин было – 53; женщин – 9. Основную группу составили 29 больных, которым проводилась санация плевральной полости с применением ранней видеоторакоскопии, а в послеоперационном периоде выполнялась программная внутриплевральная санация (ПВС) с использованием оригинального устройства АМП-01. В группу сравнения вошли 33 больных, у которых проводили санацию плевральной полости путем фракционного ее промывания с последующей вакуум-аспирацией. Ранняя видеоторакоскопия позволяла оценить характер и распространенность гнойно-деструктивного процесса, стадию воспалительного процесса, разделить фибринозные сращения, удалить фибринозные наложения и гнойно-некротические ткани с поверхности легкого и плевры, установить дренажи под визуальным контролем. Применение ПВС осуществляли следующим образом. После проведения санации плевральной полости дренажи подсоединяли к устройству АМП-01, оснащенное датчиком давления, позволяющим устанавливать и поддерживать определенный уровень разряжения в автоматическом режиме в плевральной полости. С помощью панели управления данного устройства устанавливали программу последовательного включения циклов нагнетания антисептика в плевральную полость, его экспозиции и эвакуации отработанного раствора. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с периодами активной аспирации (1-2 часа), создаваемыми устройством АМП-01 в режиме «аспирация». При этом создавали разрежение в плевральной полости на уровне 80-120 мм вод. ст. ПВС применяли в первые 7-14 суток от начала лечения, в последующем переходили на активную аспирацию или пассивное дренирование плевральной полости.
Результаты: Нормализация температуры тела у больных основной группы происходила в среднем к 7-8-м суткам, в группе сравнения - к 9-10-м суткам. Нормализация количества лейкоцитов в основной группе отмечена к 6-7-м суткам, в группе сравнения - на 8-9-е сутки от начала лечения. Снижение уровня микробной обсемененности ниже критического уровня в ходе проводимого лечения в основной группе было отмечено на 5-6-е сутки, а в группе сравнения - на 8-9-е сутки. В основной группе выздоровление достигнуто в 89,7 % больных, в группе сравнения в 72,7% больных. Частота перехода заболевания в хроническую форму была ниже в основной группе на 17 % по сравнению с группой сравнения.

1547. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ HAL-RAR В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И СТАЦИОНАРЕ

Пронченко А.А., Иванов М.С.

Домодедово

ГБУЗ МО Домодедовская ЦГБ

Проанализирован опыт лечения 138 пациентов с геморроидальной болезнью, оперированных в хирургическом отделении Домодедовской ЦГБ в период с 2013 по 2016 годы. Большинство пациентов - 121 (87,6 %) было трудоспособного возраста. Женщины составили 33,4% пациентов. По стадиям геморроидальной болезни пациенты распределились следующим образом: 1 стадия – 0,72% (1 больной), 2 стадия – 37,7% (52 больных), 3 стадия – 50,7% (70 пациентов), 4 стадия – 10,9% (15 больных). Сопутствующие заболевания анального канала выявлены у 15 больных (у 4 - хроническая анальная трещина, у 11 – хронический парапроктит). Все больные были оперированы с использованием аппарата фирмы А.М.И. HAL-Doppler II System (Австрия). Изолированная операция трансанальной дезартеризации под доплер - контролем была выполнена единственной пациентка с I стадией болезни. Большинству больных (122 пациента) в дополнение к первому этапу выполнялась мукопексия и лифтинг слизистой прямой кишки, еще 11 больным с хроническим парапроктитом оперативное вмешательство дополнено одномоментным выполнением операции Габриеля, 4 больным дополнительно выполнено иссечение анальной трещины. Средний койко - день составил $1.5 \pm 0,5$ суток. Наркотические анальгетики для обезболивания в раннем послеоперационном периоде использованы у 32 пациентов. Из них - 27 (84%) имели 3 или 4 стадию геморроидальной болезни. То есть, использования наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде потребовалось у 31,8% (27 из 85) больных с 3 и 4 стадией болезни. Из 52 больных, оперированных со 2 стадией заболевания, обезболивания с использованием наркотических анальгетиков потребовалось лишь у 4 (7,7%) пациентов, при этом, у 2 из них, одновременно было выполнено иссечение анальной трещины. Из осложнений мы наблюдали одно серьезное кровотечение на 27 сутки после операции, потребовавшее выполнение гемотрансфузий и 2 случая острого тромбоза наружных узлов при смешанном геморрое 4 стадии. У 4 больных с 4 стадией в течение 2 – 4 месяцев после выполнения операции отмечался реци-



див пролапса слизистой прямой кишки на одном или двух участках лифтинга. Пролапс устранялся иссечением избытка слизистой под местной анестезией в амбулаторном порядке через 2-3 месяца после основного этапа. На наш взгляд, радикальное одномоментное оперативное вмешательство по технологии HAL – RAR с выполнением лифтинга с захватом зубчатой линии у больных 3 и 4 стадией геморроя или дополнительным иссечением наружных узлов или не является подходящим для амбулаторной или офисной хирургии, так как требует использования наркотических анальгетиков практически у 30% больных. В амбулаторных условиях при 3 и 4 стадии болезни оправданным является ограничение хирургической агрессии - выполнение HAL – RAR в классическом варианте, без захвата зубчатой линии при лифтинге. Дополнительное иссечение наружных узлов или устранение рецидивов пролапса слизистой производится через 4-6 месяцев после выполнения основного этапа операции.

1548. МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ВНУТРИПРОСВЕТНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ УРГЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ КЛИНИКЕ

*Тимофеев М.Е., Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д.,
Ларичев С.Е., Михалев А.И., Плахов Р.В.,
Паньков А.Г., Чернякевич П.Л., Бабкова И.В.,
Мишукова Л.Б., Полушкин В.Г.*

Москва

Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и оперативной эндоскопии. Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Городская клиническая

Актуальность. Лечение ургентных заболеваний органов брюшной полости актуально в связи с трудностями диагностики, многообразием эндоскопического оборудования и неудовлетворительными результатами лечения. Цель. Оценить возможности и эффективность лапароскопических и внутрипросветных, эндоскопических вмешательств в лечении ургентных заболеваний органов брюшной полости, как основы улучшения лечебной тактики и повышения качества хирургической помощи. Материалы и методы. В работе представлен клинический материал за 20 – летний период в неотложной абдоминальной хирургии на базе ГКБ №

31. Исследуемую группу составили 2523 больных с основными ургентными заболеваниями органов брюшной полости: острый аппендицит (ОА) – 1624, распространенный перитонит (РП) – 168 (среди них 57 больных рассматриваются так же в группе ОА), острая спаечная тонкокишечная непроходимость (ОСТКН) – 333, ранняя ОСТКН – 89, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (ПЯДК) – 279, некроз сальниковых отростков толстой кишки (СОТК) – 87. Выбор этих нозологий был обусловлен их максимальным присутствием среди ургентных больных хирургического профиля и необходимостью определения лечебной тактики в течение 2-3 часов. Хирургическая тактика определялась на основании лечебно-диагностических алгоритмов, разработанных в клинике для каждого ургентного заболевания, где представлены основные современные инструментальные методы диагностики и лечения. Тактика и оперативная техника заключалась в дифференцированном подходе к лечению каждого конкретного пациента с учетом возраста и сопутствующей патологии, длительности, выраженности и характеристик ургентного заболевания. Результаты. Разработанные принципы безопасного лапароскопического доступа (ЛД) при ургентных заболеваниях снизили осложнения на этом этапе до 4(0,17%) наблюдений. Лапароскопия была применена в лечении у 1624 пациентов с различными формами ОА с развитием осложнений у 33(2,03%) пациентов (интраоперационные - 6(0,4%) и послеоперационные - 27 (1,66%) и летальностью в 2 (0,1%). На основании ревизии у 154(46,5%) из 333 пациентов с ОСТКН были выявлены противопоказания к лапароскопическому адгезиоэнтеролизису (ЛАЭЛ). ЛАЭЛ был выполнен у 177(53,2%) больных. У 39 пациентов лечение сопровождалось с ЭНИД. Динамическая лапароскопия (second look) через 10-12 часов была выполнена у 19 пациентов. Осложнения при ЛАЭЛ по поводу ОСТКН выявлены у 18(10,2%) из 177 больных. Они подразделялись на интраоперационные – 2(1,1%), интраабдоминальные – 14(9,0%), раневые – 1(5.6%), общие – 1(5.6%), летальность 3(1,7%). Было пролечено 89 пациентов с ранней ОСТКН, возникшей после хирургических и лапароскопических операций, выполненных ранее по поводу хирургических и гинекологических заболеваний органов брюшной полости. Противопоказания к ЛАЭЛ были определены у 35(38,1%) пациентов. ЛАЭЛ была предпринята у 54(60,7%) пациентов: интраоперационных осложнений - 0, послеоперационных - 8(14,8%), без летальных исходов. Лапароскопические вмешательства с целью диагностики и лечения ПЯДК были выполнены у 279 пациентов. На основании эзофагогастродуоденоскопии и лапароскопии у 67(24%) были выявлены противопоказания к лапароскопическому



ушиванию (ЛУ) ПЯДК. ЛУ ПЯДК было предпринято у 212(76%) больных, на основании разработанного способа (патента № 2015140857 от 02.08.2016 года). Осложнения были выявлены у 19(8,9%) пациентов: интраоперационные – 8(3,8%), послеоперационные – 11(5,2%). Лапароскопическое лечение перекута и некроза СОТК было выполнено у 77 (88,5%) из 87 больных без интраоперационных осложнений. Послеоперационный период у большинства (93,1%) пациентов протекал гладко. Заключение. Лапароскопические вмешательства при urgentных заболеваниях органов брюшной полости являются высокоэффективными и достаточно безопасными, сопровождаясь минимальными осложнениями и летальностью, достигая использования в 35% - 87,8% по различным нозологиям среди всех операций, необоснованное превышение которых может ухудшать результаты лечения и дискредитировать метод.

1549. РЕЗУЛЬТАТЫ АППРОБАЦИИ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Грошин В.С., Чернышова Е.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ

Актуальность. Ректовагинальные свищи представляют собой актуальную проблему колопроктологии, гинекологии, вызывая тяжелые моральные страдания и психические потрясения больных. Несмотря на большое количество предложенных методов хирургического лечения данной патологии, результаты по-прежнему остаются неудовлетворительными, в связи с высокой частотой развития рецидивов заболевания(60-70% по данным литературы) и послеоперационных осложнений. Материал и методы. Проведен комплексный анализ результатов хирургического лечения 25 пациентов, находившихся на лечении в клинике РостГМУ с 2010 по 2015гг. Объективные исследования включали в себя пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное и бимануальное исследование. Инструментальные методы включали: ано- и ректоскопию, аноректальную комплексную манометрию и профилометрию, фистулографию, вагинальное УЗИ. При исследовании рецидивных свищей выполняли проктографию, МРТ, электромиографию. Применены две категории оперативных вмешательств. Во вторую группу (основная группа) включены 12 пациенток (48%), перенесших разрыв промежности в родах IIIст., острый

парапроктит, а также пациентки с последствиями травм после ДТП, то есть, когорта пациенток с худшим послеоперационным прогнозом при выполнении стандартных вмешательств. В первую группу (контрольная группа) включены 13 пациенток (52%). В контрольной группе 13 пациенткам проведено иссечение свищей с последующим послойным ушиванием операционной раны наглухо. У 12 пациенток данная операция модифицирована за счет пластики стенки влагалища путем перемещения мобилизованного слизисто-подслизистого лоскута, сформированного дополнительным разрезом по задней стенке влагалища с переходом на кожу большой половой губы. Обязательным этапом выполнялась передняя сфинктеропластика. Закрытие дефекта передней стенки прямой кишки выполнено за счет формирования и низведения П-образного слизисто-подслизистого лоскута стенки прямой кишки(заявка на патент РФ, получена приоритетная справка). Полученные результаты. Среди пациенток контрольной группы зарегистрировано 2 рецидива заболевания, возникших в сроки от 1 до 3 месяцев после операции. Сроки заживления ран составляли до 20 дней. Длительность антибактериальной терапии составила 7 – 10 дней. Купирование болевого синдрома осуществлялось в течение 3-6 дней. В основной группе больных рецидивов не зарегистрировано. Сроки заживления ран составили 10-14 дней. Антибактериальная терапия проводилась 5-7 дней. Купирование болевого синдрома – до 6 суток. У двоих пациенток возникло инфильтративное воспаление в послеоперационной ране, однократно – с прорезыванием швов, не повлекшие за собой развитие рецидивов заболевания, купированные консервативно. Разобщение стенок ректовагинальной перегородки, создание между ними фасциально-мышечной прослойки за счет передней сфинктеропластики обеспечивает восстановление анатомических структур промежности и тазового дна. Перемещаемый сформированный лоскут задней стенки влагалища и большой половой губы позволяет адекватно закрыть раневой дефект, также восстанавливая целостность ректовагинальной перегородки. Сохраненное кровоснабжение лоскута позволяет снизить вероятность некроза лоскута и, следовательно, рецидива заболевания.

Выводы и рекомендации. Использование предложенной методики радикального иссечения ректовагинального свища с выполнением проктопластики, передней сфинктеропластики и пластики стенки влагалища мобилизованным лоскутом является перспективным способом, позволяющим уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Предложенный способ способствует уменьшению боле-



вого синдрома, восстановлению функциональных характеристик прямой кишки и ее запирающего аппарата, о чем свидетельствуют полученные результаты. Практическое внедрение способа позволит уменьшить длительность пребывания больных в стационаре за счет ранней реабилитации и уменьшения числа послеоперационных осложнений, что подчеркивает социальную и экономическую эффективность.

1550. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Луканин Д.В., Соколов А.А., Клименко М.С.,
Соколов А.А., Силина Т.Л.*

Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Несмотря на несомненные успехи в консервативной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), высокий процент рецидива заболевания после прекращения фармакотерапии делает актуальным дальнейший поиск эффективных методов лечения данной патологии. Хорошо известно, что ключевой составляющей патогенеза ГЭРБ является патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод вследствие значительно ослабленного тонуса нижнего пищеводного сфинктера. В случае наличия грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) до 85% всех транзитных релаксаций нижнего пищеводного сфинктера заканчиваются таким патологическим желудочно-пищеводным рефлюксом. Таким образом, хирургическое вмешательство является патогенетически обоснованным методом лечения пациентов с ГЭРБ на фоне ГПОД. Наиболее часто выполняемая операция Nissen обладает рядом хорошо изученных осложнений и имеет высокий процент рецидива заболевания. Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения ГЭРБ в сочетании с ГПОД путем применения модификации лапароскопической антирефлюксной операции. Сравнительное исследование выполнено в основной и контрольной группах по 30 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет. Показанием к хирургическому лечению являлось соблюдение условий, декларирован-

ных Guidelines for the Management of Hiatal Hernia SAGES 2013. Клиническая симптоматика ГЭРБ оценивалась в баллах в соответствии с опросниками GERD-Q и GERD-HRQL. Предоперационное обследование включало ЭГДС, рентгеноконтрастное исследование пищевода, манометрию, 24-часовой мониторинг pH в пищеводе и эндоУЗИ. Выполнение последнего позволяло оценить состояние ножек диафрагмы (толщина, растяжимость) с целью прогнозирования эффективности крурорафии, а так же более четко дифференцировать 1 и 2 тип ГПОД для объективизации показаний к хирургическому лечению. В контрольной группе пациентов выполнялась лапароскопическая фундопликация по Ниссену. В основной группе больных проведено видеолапароскопическое грыжесечение с фундопликацией по модифицированной методике. В раннем послеоперационном периоде критериями сравнения основной и контрольной групп являлись продолжительность хирургического вмешательства и послеоперационный койко-день. Во время контрольных визитов через 6 и 12 месяцев после операции оценивалось наличие дисфагии, рецидива клинично-инструментальных проявлений ГЭР и ГПОД. Продолжительность хирургического вмешательства в контрольной группе больных составила 98 ± 8 минут, в основной 68 ± 9 минут (различие достоверно, $p < 0,05$). Рецидив ГПОД зафиксирован при рентгенологическом исследовании у 1 (3,3%) пациента контрольной группы с клинично-инструментальными признаками ГЭРБ и не диагностирован в основной группе пациентов (различие не достоверно, $p > 0,05$). Таким образом, применение модифицированной лапароскопической антирефлюксной операции позволяет улучшить результаты хирургического лечения ГЭРБ в сочетании с ГПОД за счет сокращения продолжительности оперативного вмешательства, уменьшения числа дисфагий в послеоперационном периоде и не приводит к увеличению числа случаев рецидива заболевания.

1551. ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Грошилин В.С., Магомедова З.К., Чернышова Е.В.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО РостГМУ

Актуальность. В последние годы уделяется значительное внимание формированию новых подходов к хирургическому лечению рецидивных



эпителиальных копчиковых ходов. Однако, результаты хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) нельзя назвать полностью удовлетворительными. По данным литературы, частота рецидивов заболевания достигает более 30%. Возникшая проблема побуждает к поиску и разработке новых высокоэффективных способов лечения как первичных, так и рецидивных копчиковых ходов. Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 45 пациентов с ЭКХ. Сроки послеоперационного мониторинга составили от 4 до 12 месяцев. Применены две категории оперативных вмешательств. Обязательным компонентом являлось радикальное иссечение копчиковых ходов и кист. В исследуемой группе 20 пациентам применен новый «Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» (патент РФ №2556617). Способ включает в себя нанесение двух окаймляющих волнообразных разрезов, радикальное иссечение рецидивных эпителиальных копчиковых ходов, нанесение Г-образных послабляющих разрезов вверх и вниз от точек, расположенных в начале правого окаймляющего разреза и в конце левого окаймляющего разреза соответственно, тем самым формируя верхний и нижний кожно-жировой лоскут треугольной формы. Сформированные верхний и нижний треугольные кожно-жировые лоскуты перемещают на раневой дефект и фиксируют их узловыми швами, после чего волнообразные окаймляющие разрезы раны ушивают. В контрольную группу вошли 25 пациентов, которым выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну и ликвидацией остаточной полости. Диагностический алгоритм инструментальных методов исследования включал в себя выполнение фистулографии, направленной на изучение топографии, глубины поражения, распространенности свищевых ходов. Выполнялись рентгенологические исследования крестца и копчика, исключающее вовлечение в патологический процесс костных структур. Также осуществлялась оценка количественного и качественного состава патогенной микрофлоры для коррекции антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Полученные результаты. Анализ результатов применения разработанного способа показал отсутствие послеоперационных рецидивов у пациентов основной группы. В одном наблюдении возникло нагноение раны, которое потребовало снятия 2-3 швов, рана зажила вторичным натяжением без развития рецидива заболевания. Сроки заживления послеоперационной раны больных составили до 15 дней. Среди пациентов контрольной группы (сроки заживления ран составили до 25 дней) зарегистрировано 2 рецидива, возникших через 1-1,5 мес. Обсуждение. Разработанный

«Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» позволяет радикально иссечь копчиковые ходы и кисты за счет широких окаймляющих волнообразных разрезов, что является принципиально важным при разветвленных свищевых ходах рецидивных свищей. Послабляющие разрезы и формирование несвободных кожно-жировых лоскутов с последующим их перемещением на рану и послойным ушиванием волнообразных краев позволяют полностью закрыть раневой дефект без натяжения краев раны, избегая тем самым прорезывания их у дна, формирования остаточных полостей с их дальнейшим нагноением. Также волнообразные разрезы способствуют сохранению оптимального кровоснабжения краев раны, уменьшая образования грубого рубца и деформации раны, что подчеркивает хороший косметический эффект способа. Выводы и рекомендации. Разработанный способ позволяет повысить эффективность хирургического лечения как первичных, так и рецидивных ЭКХ. Радикальное иссечение копчиковых ходов позволяет снизить вероятность рецидивов заболевания. Уменьшение натяжения краев раны при пластическом закрытии раневого дефекта уменьшает вероятность возникновения послеоперационных осложнений. Уменьшение средней продолжительности госпитализации больных за счет сроков заживления и ранней реабилитации делает предложенный способ социально значимым и экономически эффективным.

1552. ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З.,
Гусейнов А-К.Г., Бекемурзаев Ш.Ш.*

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский
университет

Актуальность. В последние годы достигнуты большие успехи в желчной хирургии, тем не менее выполнение хирургического пособия по поводу осложненного острого калькулезного холецистита сопровождается относительно высоким процентом осложнений и летальных исходов, особенно у пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а так же в пожилом и старческом возрасте. Высокий риск операционно-анестезиологического пособия у этих пациентов вынуждает добиваться разреше-



ния воспалительного процесса консервативной терапией, либо малоинвазивными методами лечения. Цель. Анализ эффективности пункционного дренирования желчного пузыря (ЖП) под ультразвуковым (УЗИ) наведением при остром обтурационном холецистите у больных, имеющих противопоказания к радикальной операции. Материалы и методы. Пациентам, отнесенным в группу риска (пожилого и старческого возраста, с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем), выполняли дренирование ЖП под контролем УЗИ. Чрескожное чреспеченочное дренирование выполнялось одноразовыми иглами Chiba 22G. После пункции в просвет ЖП устанавливали дренажную трубку по проводнику, полость отмывали до чистых вод и вводили антибиотики. Такое лечение проведено 45 пациентам в возрасте от 60 до 81 лет. Женщин было 37, мужчин – 8. Пункционное лечение проводили в случаях отсутствия эффекта от консервативной терапии, проводимой в течение 12 часов - сохраняющиеся болевой синдром, большие размеры ЖП, утолщенные стенки, двойной контур стенки без перфорации, - а также при механической желтухе. Результаты. При пункции из ЖП в 35 случаях получена мутная застойная желчь с хлопьями фибрина, в 8 случаях - гнойное содержимое и в 2 случаях - чистая желчь. После дренирования и санации ЖП под контролем УЗИ отмечалось значительное улучшение состояния пациентов: купировался болевой синдром, снижались уровень лейкоцитов крови и температура. На фоне проводимой антибиотикотерапии в большинстве случаев происходило разблокирование пузырного протока. Всем пациентам выполнена фистулография. В 27 (60,0%) случаях отмечали контрастирование ЖП и билиарного дерева, в 13 (29,0%) случаях - только общий желчный, правый и левый печеночные протоки, конкремент в дистальном отделе холедоха и в 5 (11,0%) случаях только ЖП и конкременты в пузырном протоке. Осложнения, связанные с чрескожной чреспеченочной пункционной декомпрессией желчного пузыря, в наших наблюдениях не отмечались. Все пациенты были выписаны из клиники на 8-12 сутки после операции без удаления дренажа. Радикальное вмешательство – лапароскопическая холецистэктомия - выполнялось в плановом порядке через 2-2,5 месяца. У 7 пациентов (17,6%) сохранялся инфильтрат в области желчного пузыря, в связи с чем у 3 (6,7%) была конверсия. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Выводы. Пациентам с острым калькулезным холециститом при наличии сопутствующей патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также в пожилом и старческом возрасте, с высокой степенью операционно-анестезиологического риска целесообразно проводить двухэтапное опе-

ративное лечение. Пункция и дренирование ЖП позволяют раз-решить воспалительный процесс, компенсировать состояние пациента и выполнить радикальное вмешательство в более благоприятных условиях.

1553. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Тимербулатов М.В.(1), Казаков Н.М.(2),
Сендерович Е.И.(1), Зиганшин Т.М.(2),
Сахабутдинов А.М.(2)

Уфа

1)БГМУ, Уфа2)МУ МЗ РБ ГKB №21 г.Уфы

Современная концепция оперативного лечения больных с холедохолитиазом (ХЛ) предполагает проведение 2-этапного лечения, с использованием на первом этапе эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с литоэкстракцией (ЛЭ) с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ). При этом нет необходимости во вскрытии холедоха, что значительно сокращает сроки стационарного лечения. Тем не менее, результаты данной методики во многом зависимы от опыта и технической оснащенности эндоскопической службы клиники. Так же возможным и крайне опасным осложнением после ЭПСТ является острый панкреатит. Поэтому альтернативным миниинвазивным методом является одномоментная ЛХЭ с фиброхоледохоскопией (ФХС) и ЛЭ. Цель исследования: определение рациональной миниинвазивной хирургической тактики у пациентов с холедохолитиазом.

Материалы и методы исследования. В клинике факультетской хирургии БГМУ в многолетнем опыте ведения пациентов с ХЛ можно определить несколько периодов. До 2008 года преимущественно выполняли открытую лапаротомию (холецистэктомию с холедохолитотомией и дренированием холедоха). В этот период выполнялись и ЭПСТ, однако частота их была невелика, а процент удачных вмешательств был крайне низок. Второй период - с 2008 г. в нашей клинике была внедрена ФХС с ЛЭ, которая применялась весьма широко, а затем при невозможности ЭПСТ с ЛЭ. За 4 года (2009-12 гг.) выполнено 126 ЛХЭ с ФХС, 56 ЭПСТ (в т.ч. 24 ЛЭ), 64 открытых операции и 8 пациентов были пролечены консервативно. Третий период – с 2013 года применяется дифференцированная тактика. Всего за 4 года выполнено 48 ФХС. Из них с диагностической целью 8, удаление камней через пузырь-



ный проток - 5 (в т.ч. с дренированием холедоха 2), через холедохотомическое отверстие - 35 (в т.ч. с дренированием холедоха - 29; «глухой» шов холедоха - 6). ЭПСТ - 152 (в т.ч. ЛЭ - 63), открытая одномоментная операция - 38. Кроме того, при значительной желтухе, в качестве первого этапа производили чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчных путей (12 при холедохолитиазе, всего 38), консервативное лечение - у 5 пациентов. Результаты. Величина удаленных конкрементов при ФХС варьировала от 0,5 до 1,8 см. У 2 пациентов ФХС проведена при неоперабельной опухоли Клатскина - проведено бужирование и дренирование общего печеночного протока. В 3-х случаях проводилась конверсия в связи с невозможностью извлечь фиксированный конкремент в терминальном отделе холедоха. В послеоперационном периоде наблюдались 4 случая желчеистечения после удаления дренажа холедоха. Релапароскопия, повторное дренирование холедоха - у 1 больных. Летальных исходов не было. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Обсуждение. Объективное понимание возможностей ЭПСТ и ЛЭ стало возможным при значительном накоплении опыта выполнения данной манипуляции. В начальных этапах (1 и 2 периоде) эффективность ЭПСТ была невысока, отмечено 3 случая отламывания корзины Дормиа в холедохе. Множественный холедохолитиаз и размер конкрементов более 15 мм значительно усложняют эндоскопическую ЛЭ, поэтому в данных ситуациях, более оправданным является ФХС. Кроме того, ФХС считали показанными при неустранимом при ЭПСТ холедохолитиазе; значительной дилатации гепатикохоледоха, установленной во время операции; гнойном холангите; как вариант продолжения операции после интраоперационной холангиографии при сомнении в наличии холедохолитиаза (эпизоды печеночной колики, сопровождающиеся кратковременной желтухой; отсутствие убедительных данных ЭРХПГ и других методов). Противопоказаниями к ФХС являются это абсолютные противопоказания для общей анестезии и выраженные рубцово-воспалительные изменения в области гепатодуоденальной связки.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору метода миниинвазивного оперативного лечения пациентов с холедохолитиазом позволяет добиться хороших ближайших и отдаленных результатов. С накоплением опыта, ЭПСТ с ЛЭ становится наиболее часто используемым методом, которая позволяет с наименьшей травмой разрешить механическую желтуху. Лапароскопическая ФХС также позволяет удалять конкременты из желчных путей, также является объективным методом оценки состояния желчных протоков после удаления камней и может применяться при неудаче ЭПСТ.

1554. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Плаксин К.В.(1), Багин В.А.(1), Нишневич Е.В.(1,2), Астафьева М.Н.(1), Руднов В.А.(1,2)

Екатеринбург

1)МАУ ГКБ №40, Екатеринбург,
2)УГМУ, Екатеринбург

Цель исследования. Изучить клинические исходы у пациентов, оперированных по поводу острого панкреатита. Выявить факторы, влияющие на неблагоприятный прогноз. Материалы и методы. Выполнено ретроспективное когортное исследование, в которое включены 119 пациентов с диагнозом «Острый панкреатит», находившихся на стационарном лечении в МАУ ГКБ №40 в 2014-2016 году. Критериями для включения явились: тяжелая/средняя степени тяжести панкреатита по классификации Atlanta Revision (2013), необходимость в проведении оперативного лечения. Оценку тяжести состояния проводили по шкале APACHE II, а наличия органной дисфункции - по шкале SOFA. Все пациенты получали терапию панкреатита согласно «Российским клиническим рекомендациям по лечению острого панкреатита» (2014). Статистическую обработку проводили при помощи программы EZR (version 1.32). Непрерывные данные представлены в виде Me(Q1;Q3), где Me - медиана, Q1 - нижний квартиль, Q3 - верхний квартиль. Категориальные данные представлены в виде абсолютного количества и %. Для выявления факторов риска смерти рассчитывали отношение шансов и 95% доверительный интервал - ОШ(95%ДИ). Скорректированное отношение шансов считали методом логистической регрессии по методу Stepwise. Тест на нормальное распределение - Shapiro-Wilk's. Для категориальных данных использовался точный тест Fisher, для непрерывных - Mann-Whitney U-test.

Результаты. В исследованной когорте пациентов средний возраст составил 42(33;55) года, из 119 пациентов 73(61.3%) были мужского пола, средняя длительность госпитализации составила 12(9;15) суток, а длительность пребывания в ОРИТ 2(1;6) суток. Тяжесть состояния по шкале APACHE II - 9(7;15) баллов и по шкале SOFA 3(2;5) баллов. По этиологии панкреатита пациенты распределились следующим образом: алкогольной - 68(57.1%) пациентов, билиарной - 48(40.3%), другой - 3(2.5%). По классификации Atlanta Revision (2013) пациенты распределились следующим образом: средне-тяжелый панкреатит - 63(53%), а тяжелый - 56(47%)



пациентов. Персистирование органной дисфункции более 48 часов выявлено у 51.2% пациентов. Средний срок оперативного вмешательства – 1(0.5;1.75) сутки от момента госпитализации. Лапароскопия и дренирование брюшной полости в IA фазу проведено у 114 (95.8%) пациентов, во IB фазу лишь 5(4.2%) пациентов. Гнойные осложнения (панкреатический абсцесс или гнойно-некротический парапанкреатит) развились у 17(14.3%) пациентов. Во вторую фазу острого панкреатита пациенты были прооперированы по поводу гнойных осложнений, в 100 % случаев выполнялись мини-инвазивные вмешательства. Летальный исход зарегистрирован у 31(26.1%) пациентов, из них 15(48%) скончались в IA фазу, 6(20%) в IB фазу, 10(32%) – во II фазу. При анализе отношений шансов, факторами риска смерти явились: наличие гнойных осложнений (ОШ 4.09(1.41-11.80).

1555. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

*Иманалиев М.Р., Нажмуудинов З.З.,
Хандулаев Ш.М.*

Махачкала

Дагестанский государственный
медицинский университет

Актуальность проблемы лечения механической желтухи обусловлена ростом заболеваемости осложненными формами желчнокаменной болезни и не уменьшающимися показателями летальности у больных желтухой, которым было выполнено экстренное хирургическое вмешательство. Малоинвазивные хирургические технологии эндоскопического дренирования желчных протоков, лапароскопические и операции из минилапаротомного доступа снижают риск хирургического лечения. Материалы и методы исследования: Основу настоящей работы составил анализ результатов лечения 387 больных желчнокаменной болезнью, осложненной патологией терминального отдела холедоха и Фатерова сосочка, госпитализированных в нашу клинику в течение последнего года по неотложным показаниям с калькулезным холециститом, из них 193(49,4 %) пациента с клиникой механической желтухи. Преобладали женщины(67,4%). Больные старше 60 лет составили 45%. 75% пациентов доставлены в стационар по направлению скорой медицинской помощи, 18% по направлению из других стационаров и 7 % без сопроводительных документов самостоятельно.

Для диагностики и лечения всем больным строго соблюдались стандарты обследования пациентов с данной нозологией: клиничко-лабораторное обследование, ЭКГ, УЗИ, ЭГДС, ЭДС и по показаниям ЭРПХГ–на 1-3 сутки. Результаты ЭРПХГ служили для окончательной верификации диагноза и выбора дальнейшей лечебной тактики. С целью диагностики нарушения проходимости терминального отдела холедоха всем пациентам с повышенными цифрами билирубина, а так же пациентам, которые ранее подвергались различным манипуляциям на БДС и контроля восстановления пассажа желчи после эндоскопической папиллотомии выполнялась диагностическая дуоденоскопия. Показаниями к ЭРПХГ служили: билирубинемия более 25 мкмоль/л, изменения Фатерова сосочка и околососочковой области при ЭДС, механическая желтуха и желтуха в анамнезе, расширение холедоха более 8-9 мм. у пациентов с не удаленным ЖП, наличие конкрементов в холедохе при УЗИ и холангит. Среди 193 пациентов причинной механической желтухи явилось: холедохолитиаз 178(92%) случаев, заболевания БДС и терминального отдела холедоха 11(5,6%) случаев. Другой причиной нарушения проходимости желчных путей были стеноз БДС 8(4,1%), в сочетании с папиллитом 84% и парафатериальными дивертикулами 16% случаев. Соблюдая стандарты и рекомендации РОХ, все пациенты с диагнозом ЖКБ, калькулезный холецистит подвергались ЭГДС, при сомнении в патологии со стороны БДС, пациенты подвергались к ЭДС. Окончательный диагноз был подтвержден после ЭРПХГ, которое позволяло установить причину и уровень препятствие желчевыводящих путей. Случаев «не удачной» канюляции было у 3 (2%) больных. Точность диагностики стеноза после ЭРПХГ патологии со стороны терминального отдела холедоха и устья БДС составила 99%, холедохолитиаза 99,3%. Результаты высокоинформативных эндоскопических диагностических методов: ЭДС и ЭРПХГ определяли дальнейшую лечебную тактику в этой группе пациентов. Для восстановления проходимости внепеченочных желчных путей широко использовали ряд других методов малоинвазивных вмешательств на БДС. ЭПСТ с литотрипсией, которая выполнена 92(23%) пациентам с холедохолитиазом на почве стеноза терминального отдела холедоха, стеноза БДС, стенозирующего папиллита и парафатериального дивертикула. Атипичная ЭПСТ с литоэкстракцией произведена 42 (10,8%) пациентам, ЭРПХГ с ревизией холедоха 66(17,0%), ЭРПХГ, ревизия холедоха с литоэкстракцией 74 (19,1%), литоэкстракция без ЭПСТ 16 (4,3%), диагностическая дуоденоскопия 196(50,6%), биопсия БДС 16 (4,1%), стентирование холедоха 6 (1,5%) и баллонная дилатация в связи стенозом БДС проведено 5(1,3%) пациентам.



Результаты: Папиллотомия протяженностью 1,3-1,5 см. является адекватной. Протяженность расщепления сфинктера зависит от распространенности стеноза, размеров и количества конкрементов в холедохе. Полное удаление конкрементов достигалось при литоэкстракции корзиной Dormia. Для удаления конкрементов более 1 см. у 32(8,2%) пациентов использовали литоэкстрактор. 8 (2,0%) больным выполнено традиционное оперативное вмешательство, так как эндоскопические методы не позволили удалить крупные конкременты холедоха. С целью декомпрессии и санации желчевыводящих путей после ЭРПХГ и ПСТ мы в-16(4.3%) случаях использовали назобилиарное дренирование (НБД), что нам позволяло проводить длительный лаваж холедоха, особенно при холангитах. Средняя продолжительность НБД составила 5-6 суток. В-96,5% случаев НБД позволило произвести адекватную декомпрессию и купировать симптомы механической желтухи и холангита. Комплексное дифференцированное использование лечебных эндоскопических методов: ЭПСТ, НБД, лаважа желчных протоков, механической литоэкстракции и литотрипсии позволило добиться положительных результатов в 98% случаев и выполнить 379 пациентам лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Наиболее оптимальными сроками операции у больных с механической желтухой считались 3-5 сутки после устранения патологии желчных протоков, а так же показатели билирубина в крови. В среднем предоперационный период составил 8-11 суток с момента госпитализации. Для профилактики желчной гипертензии в послеоперационном периоде, дренаж оставляли в холедохе в течение 7-10 суток. Обязательным является фистулография перед удалением дренажа из холедоха. Противопоказаниями к ЛХЭ явилось не удалимые конкременты из холедоха, стеноз терминального отдела холедоха и опухоли желчных протоков. Выводы: Лечебно-диагностическая тактика с использованием комплексных эндоскопических методов позволила в 97% случаев устранить причину желчной гипертензии, холестаза, сократить предоперационную подготовку и общее время пребывания больного в стационаре, уменьшить число осложнений

1556. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ РЕГИСТРОВ НА ПРИМЕРЕ РЕГИСТРА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Потахин С.Н., Хлопкова А.Г., Пылаев М.В.

Саратов

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского“ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Информационные технологии уже давно используются за рубежом для организации мультицентровых исследований, а специальные программы – Регистры позволяют оценить приверженность к исполнению клинических рекомендаций и осуществлять клинический аудит. В идеале как разработка клинических рекомендаций и протоколов, так и мониторинг проблем, путем организации мультицентровых исследований или с использованием национальных регистров патологии, а также ведение первичной медицинской документации должны осуществляться на единой платформе в едином информационном пространстве. Однако объединение в единое информационное пространство множество баз данных и комплексных медицинских информационных систем (КМИС) является непростой задачей. Для решения этой задачи требуется унификация представления медицинских данных, доработка имеющихся КМИС и разработка нового программного обеспечения для взаимодействия между ними. Одним из способов решения проблемы может стать использование Интегрированной медицинской информационно-аналитической системы (ИМИАС). Система разрабатывается на кафедре общей хирургии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ. Использование системы позволит учесть интересы рядовых врачей, исследователей и организаторов здравоохранения. Возможность интеграции интересов нескольких групп пользователей можно рассмотреть на примере разработки базы данных ИМИАС и шаблона данных для больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ГДК). Цель. Разработка базы данных и шаблона данных для больных язвенными ГДК. Материалы и методы. Проведен анализ Международных клинических рекомендаций по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта 2010 года, Национальных клинических рекомендаций при



язвенных ГДК (2014) и ряда протоколов, разработанных в Российской Федерации. Так же были проанализированы доступные шкалы оценки рисков и тяжести состояния больных, которые можно использовать при данной патологии. Планировалось разработать список признаков для базы данных и перечень вопросов для аналитического модуля системы. Ответ на эти вопросы позволит оценить состояние проблемы ГДК по стране и выполнимость предложенных рекомендаций в лечебных учреждениях. Таким образом, разрабатываемая база данных может использоваться для мультицентровых исследований и выполнять функцию Регистра язвенных ГДК. Результаты. База данных интегрированной медицинской информационно-аналитической системы была организована таким образом, чтобы сведения о пациенте группировались по разделам идентичным стандартной схеме истории болезни. Фактически врач ведет электронную историю болезни, только для отдельных заболеваний используются специальные шаблоны. Для больных язвенными ГДК был создан специальный шаблон данных, включающий в себя все признаки, необходимые для проведения исследований, а также оценки рисков при язвенных ГДК. Набор признаков и шаблоны данных можно изменять благодаря возможности администрирования признаков. Также можно добавлять новые методы оценки рисков и тяжести состояния. Для хирургических пациентов с другой патологией разработан универсальный шаблон данных. С пользовательской частью системы и структурой шаблона данных для больных язвенными ГДК можно ознакомиться по адресу <http://medical.elibs.ru> (логин: test@elibs.ru; пароль: myTxZJBqzmpC). Доступ к административной части системы и аналитическому модулю закрыт. После отладки и тестирования веб-приложения планируется провести обсуждение набора признаков и структуры базы данных между организациями и специалистами, заинтересованными в проведении мультицентровых исследований. Заключение. Таким образом, в ходе исследований разработана база данных с шаблоном данных для больных язвенными ГДК в составе интегрированной медицинской информационно-аналитической системы. Конструирование шаблонов данных в составе ИМИАС открывает новые возможности в организации исследований и клинического аудита на федеральном и региональном уровнях практически при любой патологии.

1557. НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

*Мехтиев Н.М. (1), Сендерович Е.И. (1),
Хафизов Р.М. (2), Мананов Р.А. (1),
Фатхуллин А.С. (2), Грушевская Е.А. (1),
Асадуллин И.Ш.(1) Сенде), Фатхуллин А.С.*

Уфа

1)БГМУ, Уфа; 2)МУ МЗ РБ ГKB №21 г.Уфы

Существующие способы лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей не учитывают состояние клеток раны и их потенциальные возможности к митозу, фагоцитозу, трансформации из одной формы в другую и регенерации, что имеет немаловажное значение в патогенезе раневого процесса. В этой связи у больных с нагноениями послеоперационных ран в день вскрытия брали мазки – «поверхностная биопсия» для проведения цитоморфологических и цитохимических исследований. Определяли парциальное давление кислорода (pO_2), проводили бактериологическое исследование материала из раны в динамике. В день вскрытия у всех больных определялась выраженная гипоксия тканей (pO_2 -7,7±0,23 мм.рт.ст.), наблюдался гнойно-некротический тип цитогамм. Уровень гликогена (ШИК-реакция) в клетках (70,27±0,17 при К 1,3±0,08) был снижен в 1,5 раза, что привело к снижению их фагоцитарной активности. Об этом свидетельствует низкий уровень лизосомально-катионных белков (72,35±0,19; СЦК 0,71±0,23) в клетках раны. У всех больных из ран высевалась патогенная микрофлора с высоким титром обсемененности. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что в первые сутки в патогенезе раневого процесса имеют место: 1. Гипоксия тканей раны; 2. Энергетический дефицит клеток раны; 3. Резкое снижение фагоцитарной активности клеток раны; 4. Высокая микробная обсемененность раны (>105). На основании выявленных факторов патогенеза первых суток раневого процесса нами с учетом существующих, разработаны следующие принципы лечения: 1. Раннее раскрытие нагноившихся послеоперационных ран, удаление некротических тканей и лигатур; 2. Устранение гипоксии тканей раны («Способ лечения гнойных ран» (а.с. СССР на изобретение №1739998). 3. Устранение энергетического дефицита в клетках раны и стимуляция процесса коллагенообразования. Проводили тампонирование полости ран стерильными полосками пенополиуретана, пропитанными 40% глюкозой и 5% аскорбиновой кислоты; 4. С целью исключения лигатурных свищей и снижения ко-



личества послеоперационных вентральных грыж нами предложен «способ ушивания многослойных ран», который позволяет фиксировать одноименные ткани и через 14-21 дней полностью удалить шовный материал. Под нашим наблюдением находились 89 больных с нагноениями послеоперационных ран, из них в основную сравниваемую группу вошли 43, в контрольную сравниваемую группу вошли 45 пациентов. Больным контрольной группы проводилось традиционное лечение с наложением вторичных швов через все слои на 7-9 сутки. Больным основной группы проводили предложенное нами комплексное местное лечение. Критериями эффективности служили сравнительный анализ, результаты физических исследований (рО₂) у краев ран, цитоморфологических, цитохимических, бактериологических исследований, сроки лечения. Сравнительный анализ полученных результатов свидетельствует о том, что местное комплексное лечение, включающее воздействие на раневой процесс газообразного кислорода под повышенным давлением, глюкозы (40%), аскорбиновой кислоты (5%), позволяет значительно сократить сроки лечения с 42,13±0,23 до 27,31±0,52 дня. Изучение отдаленных результатов лечения в течение 1-, 2-, 3-х лет проводилось у 40 больных контрольной группы и у 39 больных основной группы. Среди больных контрольной группы в постгоспитальном периоде у 8 (17,8%) образовались послеоперационные вентральные грыжи. В постгоспитальном периоде среди больных основной группы у 2 (4,5%) образовались послеоперационные вентральные грыжи.

1558. РОЛЬ ТРАВМОЦЕНТРА 1 УРОВНЯ В СНИЖЕНИИ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ДТП

Демидов В.А.

Екатеринбург

ГБУЗ СОКБ№1

Актуальность. На территории Свердловской области за 11 месяцев 2016 г. произошло 2556ДТП, при которых пострадало 3308 и погибло 441 человек. Главная задача травмоцентра 1 уровня - снижения летальности в первые дни после травмы. Для этой цели необходимо приблизить специализированную помощь, четко соблюдать протоколы и алгоритмы оказания помощи. Утверждена маршрутизация пострадавших и распределены зоны ответственности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения на автомобильных дорогах области. В травмоцентр 1 уровня поступа-

ли пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой непосредственно с места происшествия или переводом из травмоцентров 2 и 3 уровней. Мы старались принимать только пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, которым требуется специализированная или высокоспециализированная медицинская помощь в условиях многопрофильного стационара. В максимально ранние сроки перегоспитализировали из лечебных учреждений области пострадавших с изолированной или сочетанной травмой с сомнительным прогнозом травматической болезни. Этим пострадавшим можно спасти только в условиях многопрофильного стационара, которым является ГБУЗ «СОКБ№1». Однако не каждого пострадавшего можно перевести в ранние сроки. Должен быть соблюден принцип безопасной транспортировки. Транспортировка не должна ухудшить состояние больного и привести к тяжелым осложнениям. У пострадавших с переломами таза и конечностей, для профилактики жировой эмболии, должна быть выполнена стабилизация переломов. Стабилизация с помощью гипсовой повязки не спасает от этого грозного осложнения. Наилучший способом стабилизации переломов перед транспортировкой является использование аппарата внешней фиксации. Результаты. За 2011г. - 2016 г. в травматологическое отделение ГБУЗ СОКБ № 1 поступило 474 пострадавших после автодорожных травм. Вертолетом с трассы доставлено 36 пострадавших. Мужчин – 340, женщин – 134. Закрытая травма – 325, открытая – 149, изолированная – 128 (31,4%), сочетанная – 345, комбинированная – 1. При изолированной травме превалировала черепно-мозговая, позвоночная, скелетная травма. Средний ISS составил 31,7. Пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой не переносят большие сложные операции. Для этой группы пострадавших применялась тактика «damage control». Ее суть — предупреждение развития неблагоприятного исхода сокращением объема и травматичности первого оперативного вмешательства со смещением окончательного восстановления поврежденных органов и структур до стабилизации функций организма. При переломах длинных трубчатых костей, костей таза и нестабильных переломах позвоночника выполняли раннюю быструю жесткую временную минимально травматичную фиксацию с окончательным лечением после стабилизации состояния пациентов. Оперировано 387 пострадавших (81,6%), (18,4%) лечили консервативно. На 2 сегментах одновременно оперировано- 45 больных, на 3 сегментах – 37 на 4 сегментах – 10 больных. После автодорожных травм умерли 36 пострадавших. Летальность составила 7,5%. Средний индекс тяжести травмы (ISS) у умерших пострадавших составил 41,2. Выводы: 1. Разработанный порядок оказания



помощи с четкой маршрутизацией позволяет приблизить специализированную помощь пострадавшим при ДТП. 2. Своевременная переселение пострадавших в травмоцентр 1 уровня позволяет избежать ранних осложнений травматической болезни. 3. Оказание помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой в условиях крупной многопрофильной больницы с мощным диагностическим, кадровым, лечебным потенциалом позволило спасти максимальное количество травмированных.

1559. СТРУКТУРА ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*Ачкасов С.И., Кашников В.Н., Сушков О.И.,
Куликов А.Э.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России

Актуальность. Социальную значимость язвенного колита (ЯК) определяет преобладание заболевания среди лиц молодого трудоспособного возраста. Так, пик заболеваемости приходится на 20–30 лет. Хронизация заболевания неизбежно приводит к частым госпитализациям и ухудшению качества жизни больных ЯК. 30% из них подвержены удалению толстой кишки. Формирование тазового тонкокишечного резервуара (ТТР) является альтернативой постоянной илеостомы. Однако, осложнения в области резервуара резко снижает качество жизни и возможность социально-трудовой реабилитации оперированных больных. Частота развития осложнений в области ТТР, по данным разных авторов, диагностируется у 30–60% больных на протяжении всей жизни, в том числе у 5–12% пациентов констатируется неэффективность резервуара. **ЦЕЛЬ.** Изучение частоты и характера осложнений, ассоциированных с ТТР, у пациентов, перенесших удаление толстой кишки по поводу ЯК.

Материалы и методы. В ГНЦК в период с 2011 по 2017 гг 175 больных ЯК перенесли удаление толстой кишки с формированием тазового тонкокишечного резервуара. Отдаленные результаты удалось проследить у 96 пациентов с ТТР. Все они подверглись опросу и клинико-инструментальному обследованию в объеме резервуароскопии, резервуарографии, трансабдоминального и трансректального УЗИ, сфинктерометрии. Мужчин было 47 (49%), женщин - 49 (51%). Все опериро-

ванные пациенты были в возрасте от 18 до 62 лет, а средний возраст составил 30 лет. Медиана наблюдения - 24 месяца.

Результаты. Два (2,1%) пациента умерли по причинам, не связанным с осложнениями тонкокишечного резервуара. У 35 (36,5%) из 96 больных развилось 45 связанных с ТТР осложнений. В отдаленном послеоперационном периоде среди воспалительных осложнений наиболее часто отмечено развитие резервуарита – в 11 (11,5%) случаях. Кроме того, у 4 (4,2%) пациентов были выявлены инструментальные признаки воспаления резервуара без клинических проявлений. Воспаление в оставшейся части прямой кишки развилось у 6 (6,3%) пациентов. Стриктура анастомоза выявлена в 5 (5,2%) случаях; недостаточность анального сфинктера – у 6 (6,3%) больных. Гнойно-септические осложнения, представленные свищами различной локализации, диагностированы у 6 (6,3%) пациентов, среди них 2 из тела резервуара и 4 из зоны резервуаро-ректального анастомоза. Моче-половые расстройства отмечены у 1 (1,1%) больного. У 6 (6,3%) пациентов развилась неэффективность резервуара, из них 2 (2,1%) потребовалось его удаление; остальным 4 сформирована вновь или сохранена наложенная ранее илеостома.

Выводы. При анализе результатов лечения 96 больных с ЯК, перенесших удаление толстой кишки и формирование ТТР, осложнения в отдаленные сроки наблюдения зарегистрированы у 36,5% пациентов. Неэффективность резервуара диагностирована в 6,3%, превентивная стома закрыта у 92% пациентов. Полученные данные сопоставимы с опытом мировых клиник, длительно занимающихся формированием ТТР, тем не менее высокий процент осложнений требует тщательного динамического наблюдения такого рода больных для своевременного их выявления и лечения.

1560. АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З.,
Гусейнов А-К.Г., Магомедов М.А., Абдулаев У.М.*

Махачкала

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) обусловлена ростом заболеваемости, осложненными формами ЖКБ и не уменьшающимися показателями летальности у



больных ЖКБ осложненной желтухой различного генеза, которым было выполнено экстренное хирургическое вмешательство. Среди разнообразных форм и клинических вариантов острого калькулезного холецистита (ОКХ) наибольшую угрозу интраабдоминальных осложнений представляют гнойно-деструктивные формы ЖКБ осложненные механической желтухой. В клинике неотложной хирургии ФПК и ППС расположенной на базе РКБ ЦСЭМП, ежедневно выполняются оперативные вмешательства на желчных путях по поводу ЖКБ с различными осложнениями: ОКХ осложненный холедохолитиазом, механической желтухой, билиарным панкреатитом и т.д. Количество операции на желчном пузыре и протоках по экстренным показаниям превышает более 1 тыс. в год. Материалы исследования: В настоящее исследование включены 895 пациентов с острым калькулезным холециститом госпитализированных в Х/О №2 за 2016 г. С 2010 г. активно выполняются ЛХЭ, количество оперативных вмешательств и качество их неуклонно растет. Среди поступивших больных с ОКХ мужчин было 114(12,7%), женщин 781(87,3%). Возраст больных составлял от 18 до 83 лет, средний возраст пациентов с ОКХ равнялся 56 лет. 403 (45%) пациентов, от всех больных составили люди пожилого и старческого возраста. Большинство больных – 704(78,6%) человека поступило в состоянии средней степени тяжести. По каналам поступления пациенты распределились: СП-495(55,3%), направление ЛПУ-60(6,7%), самотек-340(37,9%). По срокам поступления поздняя госпитализация составило -520(58,2%) пациентов. Сопутствующая патология диагностирована у -304(34%) больных. Все пациенты, поступившие в клинику с диагнозом «Острый холецистит» подвергнуты обследованию в соответствии стандартам и требованиям РОХ (ФЛГ, ЭКГ, общий анализ крови, мочи, биохимические анализы, УЗИ органов брюшной полости). Обязательным явилось экспресс исследование крови на маркеры Гепатита. По результатам исследования лейкоцитоз в крови отмечен у -255(28,5%) больных, увеличение билирубина в крови отмечено в -159(17,8%) случаев. На УЗИ увеличение размеров ЖП отмечено -548(61,2%), удвоение контуров стенки ЖП -359(40,1%), отключенный желчный пузырь - 234(26,1%), Холедохолитиаз -193(21,5%) случаев. Кроме УЗИ, для верификации диагноза нами применялись так же ЭДС и ЭРПХГ, что значительно позволило снизить интра и послеоперационные осложнения. По необходимости проводили КТ и МРТ холангиографию. В ходе предоперационной подготовки обязательным явилось УЗИ в динамике, через 6-12 часов в зависимости от тяжести состояния пациента и эффективности проводимой терапии. Пациентам с повышением уровня билирубина в крови, обяза-

тельно исследование БДС-дуоденоскопия. Из всех поступивших пациентов с «Острым Холециститом», оперативному лечению подвергнуто 737(82,3%) пациентов, из них 438(48,9%) оперировано позже 24 часов с момента госпитализации. В течение первых трех суток оперировано 544(73,8%) пациента. Операции выполнены в подавляющем большинстве 653(88,6%) лапароскопическим доступом. Диапазон оперативного вмешательства: ЛХЭ с дренированием брюшной полости-653(88,9%), ЛХЭ с дренированием холедоха и брюшной полости-19(2,6%), ЛХЭ с герниопластикой-12(1,6%), ЛХЭ с «идеальной» эхинококэктомией -1(0,1%). В 46(6,2%) случаях выполнены операции традиционным доступом. Причиной отказа от ЛХЭ явились: выраженный спаечный процесс, в анамнезе перенесенные оперативные вмешательства (резекция желудка, спленэктомия, эхинококэктомия печени и т.д.)-22(2,9%), конкременты более 2 см в диаметре и множество в холедохе-18(2,4%), пациенты, госпитализированные в тяжелом состоянии с перитонитом- 6(0,9%) случаев. В послеоперационном периоде осложнения не наблюдались. Выводы. Соблюдая выше изложенный стандарт исследования у пациентов с диагнозом «Острый холецистит» с осложненным течением, достигнуто значительное снижение после-операционных осложнений в динамике за три года. Уменьшился средний койко-день до операции от 1,5-1,3 до 1,1, в целом нахождение в стационаре от 11,7-11,4 до 9,1. В связи, с чем мы считаем обоснованным широкое использование в диагностике патологии со стороны желчевыводящих путей малоинвазивных методов исследования, ЭРПХГ и МРТ холангиография до операции.

1561. ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

*Багаудинова С.Г., Газиев Р.М., Омаров И.М.,
Омарова Х.З, Курбанисмаилова М.Г.*

Махачкала

ДагГМУ

На протяжении многих десятилетий в центре колопроктологов всего мира остается проблема недостаточности анального сфинктера, которая имеет не только медицинское, но и социальное значение. Лечение недостаточности анального сфинктера является сложной задачей. Выбор тактики индивидуален для каждого пациента и основывается на полноценном, клиническом и физиологическом обследовании. Хирургическое



лечение применяется в основном при органических формах поражения анального сфинктера при дефекте, составляющим более 1/4 окружности рубцового процесса на мышцы запирающего аппарата прямой кишки, деформацией стенок анального канала и 2-3 степени недержания. Универсальный метод оперативного лечения НАС, который мог бы привести к выздоровлению практически у всех больных, не разработан. Неудовлетворительные результаты отмечены в 40-60%. Исходя из многочисленных форм проявления недостаточности сфинктера прямой кишки, к настоящему времени в литературе описано более 50 методов хирургического лечения этого заболевания. Общеизвестно, что основным функциональным предназначением прямой кишки является накопление и эвакуация кишечного содержимого, осуществляемые при условии координированной работы сфинктерного аппарата. С этой точки зрения, наиболее простым, практически безопасным среди арсенала оперативных методов лечения слабости анального сфинктера являются операции, суживающие задний проход. Целью нашего исследования разработка метода эффективной пластик анального сфинктера при его недостаточности, которая была бы доступна широкому кругу практических хирургов и принципиально не уступала предыдущим способам. Сущность предложенной методики заключается в следующем: из кожи ягодичной области справа выкраивается кожный лоскут размерами 4*6 см с основанием у задней комиссуры. С лоскута тщательно снимают эпидермис. Подкожная клетчатка с кровеносными сосудами и нервами сохраняется и при этом не страдает эластичность и питание лоскута., что препятствует нагноению и некрозу ткани. Полученный лоскут продольно рассекают на две полоски, не доходящие до основания на 1см. затем подкожно с помощью иглы Дешана и шелковой лигатуры оба кожных лоскута проводят с каждой стороны анального отверстия и сшивают у передней комиссуры. Донорское ложе ушивают узловым швом. По предложенной методике в клинике факультетской Хирургии ДГМУ, прооперировано 57 пациентов: из них мужчин -38, женщин-19. Возраст колеблется от 18-77 лет. Непосредственный положительный результат получен у всех больных. Изучение отдаленных результатов через 2-3 года у 20 больных недержания стула и газов практически не наблюдалось. Предложенный метод пластики наружного сфинктера прямой кишки довольно прост в использовании и подручен широкому кругу хирургов. Хорошая результативность говорит о состоятельности метода, что может способствовать улучшению результатов лечения.

1562. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

*Борисов В.А. (1), Красовский В.В. (2),
Акчуринов А.Ф. (2), Албутов А.С. (1),
Федотов И.В. (2), Лукьянова Л.В. (2),
Мазуренко Е.А. (1)*

Саратов

1)СГМУ, 2) ГУЗ ОКБ

Актуальность темы: Атеросклероз ветвей дуги аорты, особенно бифуркации общей сонной артерии, является главной причиной всех ишемических инсультов, летальность от которого колеблется от 25 до 30%.

Цель исследования: оценить методы диагностики, основные приемы хирургического лечения больных с атеросклерозом сонных артерий. Материал и методы: в период с 2014-2015 год в отделении сосудистой хирургии ОКБ был оперирован 51 больной с диагнозом: атеросклероз ветвей дуги аорты, стеноз внутренней сонной артерии (ВСА). Средний возраст составил 60.8 ± 2.5 , большая часть мужчины 38 (76%). Причиной для госпитализации и оперативного лечения были инсульт в анамнезе 30 (60%), транзиторная ишемическая атака (ТИА) 15 (30%), неврологическая симптоматика обусловленная сужением ВСА (внутренняя сонная артерия) 5 (10%). Пациенты, перенесшие инфаркт головного мозга в анамнезе, были разделены по шкале Ренкин (R). Оперативное вмешательство было выполнено больным с неврологическим дефицитом от R1-R3, наиболее часто R2 19(63.3%). Все больные разделены на 2 группы. 1 группа - 47 больных которым была выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомия, а 4 пациента оперированы по классической методике (2 группа наблюдения). В комплекс диагностических мероприятий входили стандартные методы диагностики. Результаты и обсуждение: Всем больным выполнено ДИ (дуплексное исследование) ветвей дуги аорты, по данным которого процент стеноза оперированных больных составил от 60-95%. С целью уточнения выраженности нарушения кровотока в ВСА, выполнялась ангиография ветвей дуги аорты в дополнение к ДИ в 35 (70%) случаев. Следует отметить, что у 15(30%) данные ДИ существенно отличались, в сторону занижения выраженности стеноза, с данными как ангиографии, так и интраоперационными находками. Оперативное вмешательство выполнялось под общим обезболиванием. Среднее время пережатия сонных артерий в первой группе составило 13.9 ± 1.5 мин,



а во второй 19.5 ± 2.6 . Ранние послеоперационные осложнения (инфаркт головного мозга) в первой группе выявлен у 3 (16%), во второй у 1 (25%). У всех пациентов, оперированных по классической методике использовался временный шунт, так как имел место выраженный билатеральный стеноз. Выводы: Учитывая несоответствие данных ДИ и результатов ангиографии (в 30% случаев), мы считаем, что перед оперативным вмешательством всем больным со стенозом ВСА от 60%, показано выполнение ангиографии ветвей дуги аорты. При оперативном лечении в объеме эверсионной каротидной эндартерэктомии, имело место меньшее число ранних послеоперационных осложнений, и сокращалось время пережатия сонных артерий в сравнении с классической методикой. При отсутствии выраженного билатерального стеноза, эверсионная каротидная эндартерэктомия является операцией выбора.

1563. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ IDEF0 ПРИ РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПРОТОКОЛОВ НА ПРИМЕРЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Потахин С.Н., Хлопкова А.Г., Пылаев М.В.

Саратов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского“ Министерства здравоохранения Российской Федерации

Организация помощи больным с различной патологией может рассматриваться сегодня как сложная производственно-технологическая или организационно-экономическая система, включающая в себя совокупность диагностических и лечебных мероприятий, ресурсов лечебного учреждения и руководящих принципов. В рамках такого подхода клинические рекомендации, протоколы и стандарты следует рассматривать как набор документов, описывающих части системы с разных точек зрения. В основе любых рекомендаций, протоколов или стандартов должна лежать организационно-технологическая модель оказания помощи при той или иной патологии, понятная врачам, организаторам здравоохранения и разработчикам медицинских информационных систем. Одним из ме-

тодов моделирования сложных систем является технология IDEF0 (ICAM Definition). Программа интегрированной компьютеризации производства (Integrated Computer Aided Manufacturing – ICAM) активно разрабатывались в США в 70-е годы XX века. Основу методологии IDEF0, составляет графический язык моделирования систем. Основным структурным элементом графического языка является функциональный блок, описывающий действие, происходящее в системе и интерфейсные дуги, описывающие объект или информацию на входе и выходе функционального блока, используемые механизмы и затрачиваемые материальные ресурсы, а также управляющие принципы. В рамках настоящего исследования была построена организационно-технологическая модель оказания помощи больным язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ГДК). Материалы и методы. При построении модели использован собственный опыт лечения 1885 больных с язвенными ГДК в ГУЗ ГKB №6 им. акад. В.Н. Кошелева с 1991 по 2009 год, а также Международные клинические рекомендации 2010 года и Национальные клинические рекомендации (2014). Модель построена с использованием методологии IDEF0. Результаты. Графический язык позволил разложить медицинскую деятельность при язвенных ГДК в виде совокупности процессов, которые, в соответствии с терминологией системного анализа, можно подробно детализировать как операции и действия. Все эти элементы деятельности представлены в виде функциональных блоков, включающих мероприятия, направленные на получение информации о состоянии больного или на изменение состояния больного. На входе каждого функционального блока представлен больной в определенном состоянии или с определенным набором данных, а на выходе тот же больной с новыми данными или в новом статусе. Каждый из элементов деятельности управляется нормативными документами и требует материальных ресурсов. Управляющая функция и требуемые ресурсы обозначаются на диаграммах стрелками соответственно вверху и внизу функционального блока. С графической частью модели можно ознакомиться на сайте <http://medical.elibs.ru> (логин: test@elibs.ru; пароль: myTxZJBqzmpC). Суть модели отражена в первой контекстной диаграмме А-0: при поступлении пациента с язвенным ГДК или подозрением на кровотечение выполняется комплекс диагностических и лечебных мероприятий, позволяющий стабилизировать гемостаз и компенсировать кровопотерю. Все эти мероприятия можно объединить в шесть функциональных блоков, представленных на следующей диаграмме: 1) диагностировать ГДК; 2) оценить тяжесть и стабилизировать состояние больного; 3) выявить



источник кровотечения и оценить состояние гемостаза; 4) выполнить гемостаз или превентивное воздействие; 5) оценить риски и прогнозировать течение заболевания; 6) провести комплексное лечение больного язвенным ГДК. При декомпозиции этих блоков построены остальные девять диаграмм, раскрывающих особенности тактики и лечения с учетом тяжести кровопотери, характера гемостаза, рисков рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода лечения.

Заключение. Представленный уровень детализации модели позволил разработать алгоритм действий практически для любой клинической ситуации при язвенных ГДК. Модель стала основой Интегрированной медицинской информационно-аналитической системы с функцией поддержки принятия врачебных решений и регистром язвенных ГДК.

1564. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

*Мехтиев Н.М. (1), Субхангулов З.М. (1),
Сендерович Е.И. (1), Хафизов Р.М. (2),
Мананов Р.А. (1), Фатхуллин А.С. (2),
Губа О.А. (2), Грушевская Е.А. (1)*

Уфа

1)БГМУ, Уфа; 2)МУ МЗ РБ ГKB №21 г.Уфы

Выделяют 3 формы послеоперационного перитонита по течению: молниеносная, острая, вялотекущая. Внезапно в раннем послеоперационном периоде, чаще после больших операций на органах брюшной полости, появляются сильные боли, доскообразный живот, тошнота, сухость во рту, снижается АД, пульс нитевидный. Казалось бы не было причин для катастрофы в брюшной полости, гладко протекающий наркоз, типично протекающая операция. В этой связи у хирургов и реаниматологов в голову не могут прийти мысли о развитии послеоперационного перитонита. Чаще послеоперационный перитонит ставится после смерти пациента. Необходимо об этом помнить и необходимо еще при жизни ставить показания к релапаротомии. Острое течение послеоперационного перитонита особых сомнений не вызывает. Развивается в более отдаленном периоде после операций: доскообразный живот, сухость во рту, тошнота, вздутие живота, задержка газов и стула. Причинами часто служат несостоятельность швов анастомоза, нагноение гематомы, прорыв абсцесса брюшной полости. Клиника, лабораторные (общий анализ крови, биохимическое исследование

крови) и инструментальные (УЗИ, КТ, МРТ) методы и другие позволяют за короткий срок установить диагноз и поставить показания к оперативному лечению. Некоторые трудности возникают когда имеет место вялотекущее течение послеоперационного перитонита. Несвоевременная диагностика приводит к развитию абдоминального сепсиса, межпетельным, тазовым, подпеченочным, поддиафрагмальным абсцессам. Клиника проявляется незначительно вздутым и мягким животом, вялой перистальтикой, газы то отходят, то не отходят. По УЗИ умеренно раздутые петли кишечника, содержащие жидкость и газ. Необходимо помнить, что это вялотекущий послеоперационный перитонит. Необходимо своевременно провести релапаротомию. Уровень летальности при послеоперационном перитоните составляет от 50% до 86%. Под нашим наблюдением находилось 74 больных с послеоперационным перитонитом. 38 больных составили контрольную группу, которым проводился комплекс лечебных мероприятий: релапаротомия после предоперационной подготовки, устранение причины перитонита, санация, дренирование брюшной полости, интубация кишечника, инфузионно-трансфузионная терапия, антибактериальная терапия, введение протеолитических ферментов, гепатопротекторов, коррекция нарушений водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного состояния, ИВЛ и т.д. Летальность в контрольной группе составила 26,3%. В основную группу вошли 36 больных, которым помимо вышеперечисленного лечения проводили сеансы интраперитонеальной и интраинтестинальной оксигенотерапии. Известно, что кислород бактерицидно как на аэробную так и на анаэробную микрофлору, устраняет гипоксию в тканях, окисляет недоокисленные МСМ. Критериями эффективности предложенного комплекса лечебных мероприятий служила динамика изменений уровня белка и титра обсемененности в отделяемом из брюшной полости, уровень ЛИИ и молекул средней массы в сыворотке крови, сроки восстановления моторики кишечника, исход лечения. Сравнительный анализ полученных данных показал, что у больных основной группы купирование инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости и эндогенной интоксикации происходит в 2 раза быстрее, чем у больных контрольной группы. Восстановление моторики кишечника у больных основной группы происходило на 2-3 сутки, а у больных контрольной группы на 3-5 сутки. Летальность в основной группе составила 13,9%. Предложенный комплекс лечебных мероприятий, включающий интраперитонеальную и интраинтестинальную оксигенотерапию, позволяет в первые сутки послеоперационного периода купировать инфекцию в брюшной полости, энтеральную не-



достаточность, эндогенную интоксикацию, восстановить моторику желудочно-кишечного тракта, значительно снизить летальность.

1565. ОСОБЕННОСТИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ЛОБЭКТОМИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

*П.К. Яблонский (1,2), Г.Г. Кудряшов (1),
И.В. Васильев (1), А.О. Аветисян (1)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ "СПбНИИФ" Минздрава России
- 2) СПбГУ, Медицинский факультет

Актуальность. Несмотря на широкое внедрение миниинвазивных технологий в общей торакальной хирургии, при туберкулезе легких доля видеоторакоскопических операций остается небольшой. Ограничивающими факторами являются: облитерация плевральной полости, наличие инфицированных лимфатических узлов, выраженные сращения в области структур корня легкого (G. Calligaro, 2013). В этом ключе остается актуальным исследование анатомических резекций легких с применением роботизированного хирургического комплекса.

Цель исследования: изучение особенностей робот-ассистированных лобэктомий при туберкулезе легких.

Материалы и методы С мая 2013 года в исследование включено 53 пациента с туберкулезом легких. Средняя длительность заболевания от момента выявления до операции составила 28+14 месяцев. Более чем у половины больных была выявлена лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза. Показаниями к операции у 89% больных были сохраняющиеся полости распада на фоне длительной противотуберкулезной химиотерапии, у 36% - в сочетании с бактериовыделением. Средний возраст пациентов составил 38+14 лет, средний стаж курения – 18+15 пачка/лет. Средний индекс коморбидности Charlson составил 1,3+1,9 балла. Результаты Всем пациентам были выполнены робот-ассистированные лобэктомии с использованием хирургической системы Da Vinci Si. Наиболее частой локализацией туберкулезного поражения была верхняя доля правого легкого (39 пациентов/73%), другие локализации встречались реже (нижняя доля правого легкого – 5, верхняя доля слева – 5, нижняя доля слева – 4 случая). В 48 случаях (90%) интраоперационно были выявлены плеврорегочные сращения, в 7 (13%) из которых потребовалось выполнение частичной экс-

траплевральной мобилизации легкого. Конверсия доступа в боковую торакотомию потребовалась в двух случаях (4%): 1) из-за плотных плевральных сращений, 2) из-за тракционного надрыва устья артерии А2 (при этом временный гемостаз был достигнут с помощью роботического диссектора, после торакотомии потребовалось наложение швов на междолевой ствол легочной артерии в месте отхождения А2, суммарная кровопотеря составила 150 мл). Средняя продолжительность операций составила 175+64 мин. Средняя интраоперационная кровопотеря – 82+95 мл (10-500 мл). Послеоперационные осложнения были зарегистрированы в соответствии с Ottawa Thoracic Morbidity & Mortality Classification System: 7 малых и 6 больших осложнений. Малые осложнения были представлены верхушечным пневмотораксом после удаления дренажа, продленным поступлением воздуха по дренажам, нарушением сердечного ритма, плевритом. Большие осложнения осложнения включали кровотечение из острой язвы желудка, гематому правой доли печени, обострение хронической обструктивной болезни легких, замедленное расправление оперированного легкого и плеврит. Около 70% всех осложнений были во время кривой обучения. При статистическом анализе выполненных операций выявлено, что частота плевральных сращений (23 против 50%) и плотность сращений (9% против 21% случаев с экстраплевральной мобилизацией легкого) были выше в группе больных с лекарственно устойчивым по сравнению с лекарственно чувствительным туберкулезом.

1566. ПОКАЗАНИЯ К РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА ЖИВОТА НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Зуев В.К.(1), Фокин Ю.Н.(2)

Москва, 2)Красногорск

- 1) Филиал ВМедА им.С.М.Кирова,
- 2) 3 ЦВКГ им.А.А.Вишневского

Проанализировано лечение 87(24)* раненых с огнестрельными ранениями живота на этапе специализированной медицинской помощи. Из них у 10 не было повреждений ОБП, у 39(8)- повреждение полых, у 7-паренхиматозных, 8(2)- полых и паренхиматозных органов, у 9(6)-торакоабдоминальные ранения, у 14(8)- ранение мочевого пузыря, мочеточников, брюшинного пространства(ЗП). Умерло 24 раненых(27,6%). Среди раненых без повреж-



дения органов ОБП летальных исходов не было. Наибольшая летальность была при торакоабдоминальных ранениях(66,7%) и при повреждении ЗП(57,1%). Произведено 24 релапаротомии. Наиболее частыми причинами релапаротомий были: прогрессирование огнестрельного перитонита, несостоятельность швов полых органов. Проведенные исследования позволили аргументировать показания к запрограммированным релапаротомиям у раненых не только на этапах медицинской эвакуации во время вооруженных конфликтов, но и в условиях мирного времени. Проведение их целесообразно в следующих ситуациях: - у раненых с множественными и сочетанными ранениями полых органов, оперируемых на фоне токсической стадии разлитого перитонита, который может прогрессировать и вызывать развитие скрыто текущих осложнений. Чаще всего - это несостоятельность ушитых ран полых органов, формирование межпечельных абсцессов; - при повреждении забрюшинной части двенадцатиперстной кишки, осложняющимся при неадекватно выполняемой первичной операции развитием флегмоны забрюшинного пространства; - у раненых с повреждениями поджелудочной железы, при которых проведение одномоментной операции в большинстве случаев оказывается недостаточно радикальным и требует последующих коррекций; - у раненых со значительным разрушением паренхимы печени, при котором возможны повторные кровотечения и желчеистечение. Несвоевременное устранение их приводит, как правило, к развитию тяжелых осложнений. *-в скобках- умершие.

1567. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕПАРАЦИИ КОМПОНЕНТОВ ПРИ БОЛЬШИХ ИНЦИЗИОННЫХ ГРЫЖАХ

*Трухалев В.А. (1), Панюшкин А.В. (2),
Дунаева Е.С. (2), Сафронова Е.В. (2),
Чебуркова Е.А. (1), Колчина О.С. (1),
Кукош М.В. (1)*

Нижний Новгород

- 1) ФГБОУ ВО НижГМА МЗ РФ
- 2) ГБУЗ НО ГKB № 7 им. Е.Л. Берёзова

Актуальность: Грыжи передней брюшной стенки остаются одной из самых распространенных хирургических патологий. Доля оперативных вмешательств с использованием традиционного лапаротомного доступа остается высоким, после которых в 2 – 15% случаев развиваются послеоперационные вентральные грыжи. При этом на долю боль-

ших послеоперационных вентральных грыж приходится от 3 до 15%. Революционные изменения в лечении данной группы больных произошли после 1990 года. Связано это с работой Ramirez O.M., который показал возможность разделения мышечно-фасциальных компонентов для увеличения объема брюшной полости. К настоящему времени разработаны различные модификации данной методики, позволяющие выполнить сепарацию компонентов с применением как открытого, так и эндоскопического доступа.

Цель исследования: Демонстрация результатов хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров с применением эндоскопической передней сепарации компонентов.

Материалы и методы: В клинике факультетской хирургии ФГБОУ ВО НижГМА МЗ РФ в 2016 году оперировано 3 пациента по поводу послеоперационных вентральных грыж больших размеров срединной локализации, которым была выполнена ретромускулярная пластика брюшной стенки сетчатым эндопротезом с эндоскопической передней сепарацией компонентов. Возраст пациентов от 53 до 76 лет, мужчина – 1, женщин – 2. Средняя площадь дефекта составила $432,5 \pm 49,3$ см². У всех больных в ходе предоперационного обследования выявлена сопутствующая патология: ХОБЛ, ХИБС, артериальная гипертензия. С целью уменьшения операционной травмы, было решено выполнить данным пациентам переднюю сепарацию компонентов эндоскопическим доступом. На первом этапе оперативного вмешательства производилось рассечение апоневроза наружной косой мышцы и фасции Скарпы на 2 см латеральнее Спигеллевой линии после формирования баллонным диссектором рабочего пространства между косыми мышцами. Рассечение апоневроза и фасции проводилось вниз до лонной кости и вверх на 5 см выше рёберной дуги. После выполнения двусторонней сепарации компонентов пациентам выполнялась ретромускулярная пластика передней брюшной стенки сетчатым эндопротезом. Результаты: Медиана длительности операций составила 3 часа 10 минут. Медиана длительности эндоскопического этапа операции составила – 1 час 15 минут. Интраоперационных осложнений не отмечено. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента отмечена гематома срединной раны, рана была частично разведена. Медиана длительности послеоперационного пребывания в стационаре составила 12 дней.

Выводы: Эндоскопическая сепарация компонентов является эффективной методикой хирургического лечения больших послеоперационных вентральных грыж.



1568. СВЕТОДИОДНАЯ ФОТОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

*Шимко В.В.(1), Нагиев М.Г.(1), Крячек В.В.(2),
Капустина Н.Б.(2), Иванова Н.Р.(3)*

Благовещенск

- 1) ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России.
- 2) Благовещенская городская клиническая больница.
- 3) Городская поликлиника №2.

Хирургическая инфекция мягких тканей является ведущей патологией в структуре первичной обращаемости хирургических больных в амбулаторно-поликлиническом звене. Лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки – одна из наиболее сложных и древних проблем медицины. Несмотря на значительные достижения в хирургии и иммунологии процент больных данного профиля остается высоким. Как правило, это люди трудоспособного возраста. Схемы и методики лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки весьма разнообразны. Однако результаты лечения этих пациентов в условиях амбулаторно-поликлинического звена не имеют тенденции к улучшению. Неудовлетворительные результаты лечения этих заболеваний связаны с высокой вирулентностью возбудителей и растущей их резистентностью ко многим антибиотикам часто со снижением иммунитета, сопровождающим этот процесс. В связи с актуальностью этой проблемы нами впервые в поликлинических условиях применен метод световой терапии. В основе биологического эффекта при воздействии света на организм лежит взаимодействие фотона с тканями организма на молекулярном уровне. Световое облучение может вызвать три различные фотохимические реакции: фотоокисление липидов в клеточных мембранах, фотореактивацию фермента супероксиддисмутазы, фотолиз комплексов окиси азота. При этом выявлено, что фотохимическая терапия положительно влияет на течение раневого процесса гнойных ран. Это проявляется в более быстром купировании гнойного процесса, предупреждении генерализации его, противомикробном действии. Кроме этого следует отметить иммуностимулирующее, анальгезирующее и противовоспалительное действие. В лечении гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки нами весьма эффективно были применены аппараты: фототерапевтический светодиодный (АФС), Мини-Магик. Мето-

дика включает следующие моменты: обработка и отграничение раны, промывание растворами антисептиков (перекись водорода, водный раствор хлоргексидина), после чего дистанционно с расстояния 2 см облучаем пораженные участки кожи. Длительность воздействия на одно поле 1,5- 2 минуты. Время процедуры до 10 минут. Антибиотики назначаем по показаниям. Лечение гнойных ран проведено у 60 больных, из которых 22 (36,7%) с фурункулом и фурункулезом, 18 (30%) с гидраденитом, 6 (10%) с карбункулом, 6 (10%) с гнойным лимфаденитом, 4 (6,6%) с гнойным бурситом, 4 (6,6%) с трофическими язвами венозной этиологии. При лечении использовали протеолитические ферменты, водный раствор хлоргексидина, водорастворимые мази. Группу сравнения составили 50 пациентов. Эффективность лечения оценивали по клинической картине с учетом сроков некролиза, появления грануляций, начало эпителизации. В основной группе, где использовали световую терапию, процесс очищения, грануляции и эпителизации раны происходил на 3-5 дней быстрее, чем в контрольной группе, в результате чего сократились сроки пребывания больных на лечении в поликлинике. Таким образом, использование световой терапии позволяет ускорить процесс заживления раны при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки и, соответственно, сократить сроки нетрудоспособности пациентов.

1569. РАНЕНИЯ СЕРДЦА ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

*Устинов Д.Н. (1), Цеймах Е.А. (1,2),
Дорохина С.А. (1)*

Барнаул

- 1) КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»
- 2) ФГБОУ ВО АГМУ

Актуальность. В мирное время ранения сердца при проникающих травмах грудной клетки составляют 10–19,2% с летальностью 9-17%. Основные причины летальных исходов: массивная кровопотеря, тампонада перикарда, обширные разрушения внутрисердечных структур. На летальность также влияет организация медицинской помощи на всех ее этапах.

Цель исследования: Ретроспективный анализ результатов лечения больных с ранениями сердца для создания наиболее оптимального алгоритма оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В ККБСМП г.Барнаула за по-



следние 26 лет прооперировано 268 человек с ранениями сердца. Сроки доставки от 15 минут до 4-х часов с момента ранения. В 67% информация о доставке пострадавшего сообщалась бригадами СП заранее. В 96,6%(259) раны нанесены колото-режущим, в 3,4%(9) огнестрельным оружием. Изолированное ранение сердца было в 66,8%, сочетанное в 33,2%. У 14(5,2%) пострадавших ранения сердца были множественными. Чаще повреждались желудочки сердца. Проникающее ранение в полости сердца обнаружено в 56,7%, сквозное в 18,7%, непроникающее в 24,6%, в 7,8% двух камер сердца. Больные с подозрением на ранение сердца «на проход» поступали в операционную, для диагностических, реанимационных и лечебных мероприятий. Признаки ранения сердца мы подразделили на достоверные и вероятные. Достоверные: рана грудной клетки в «опасной зоне» в сочетании с геморагическим шоком, признаки тампонады перикарда, повреждение по ЭКГ или ЭХОКГ, признаки гемоперикарда по результатам рентгенографии - являются показаниями к экстренной торакотомии. Вероятные: наличие раны в анатомической проекции сердца без выраженного кровотечения и клиники тампонады, признаки гемоторакса, отсутствие повреждения по ЭКГ, ЭХОКГ - позволяют провести ряд диагностических мероприятий в кратчайшие сроки. У пациентов с сомнительным диагнозом и стабильным состоянием диагностировать повреждение сердца помогли МСКТ и торакоскопия. У 259(96,6%) поступивших ранение сердца диагностировано своевременно, 228(88%) оперированы через 15-30 минут от момента поступления в стационар. Диагностические ошибки допущены у 18(6,7%), они были оперированы через 1-4ч. У них при стабильных показаниях гемодинамики имелась рана на грудной клетке, дренированный гемоторакс, умеренные изменения по ЭКГ. Выполненные торакотомии были обоснованы. Во всех случаях обнаружено ранение сердца, в 5 не проникающее, в 13 проникающее в полости сердца. Результаты: Экстренная операция – единственно правильный метод лечения. Для обработки раны сердца мы применили в 209(78%) случаях узловые, в 59(22%) П-образные швы. Швы накладывали атравматической иглой без захвата эндокарда. Опыт нашей клиники не дает оснований придерживаться выжидательной тактики при отсутствии явных признаков ранения сердца. Считаем обоснованным у таких больных производить торакоскопию с ревизией плевральной полости и перикарда, что позволяет своевременно распознать повреждение сердца. Отступление от этого правила может привести к развитию тампонады перикарда (в 6 наших наблюдениях) или профузного внутривидеоплеврального кровотечения (5 наблюдений). В удовлетворительном состоянии выпи-

саны 212(74,1%) пациента, в кардиологическое отделение переведено 11(4,1%) больных. Умерло 17 пострадавших, летальность 6,3%. Из них «на столе» и в раннем послеоперационном периоде умерло 14(5,2%) человек в связи с повреждениями не совместимыми с жизнью и кровопотерей. Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 до 10 лет у 37 больных. У всех наступило клиническое выздоровление, 19 выполняют тяжелую физическую нагрузку, по ЭКГ у 28 изменений нет, у 9 имеются признаки рубцовых изменений. Организационные мероприятия: 100% оповещение бригадами скорой медицинской помощи о транспортировке пострадавших с ранением грудной клетки, открытие в стационаре отделения скорой медицинской помощи, готовность операционной, хирургов и реаниматологов к моменту поступления пострадавшего позволили за последние 5 лет сократить время от поступления до выполнения хирургического вмешательства с 20 до 8 минут. Заключение: 1. Приобретенный опыт, применение ЭХОКГ, МСКТ, УЗИ, торакоскопии позволили минимизировать время диагностики повреждения миокарда в сомнительной ситуации. 2. Согласованное действие на всех этапах оказания медицинской помощи (оповещение о транспортировке больного, готовность операционной бригады и реаниматолога) позволяет оказывать хирургическую помощь в кратчайшие сроки.

1570. ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С «ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОПУХОЛЬЮ» ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алубаев С.А., Кательницкий И.И., Бликян К.М.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность: Наиболее частым показанием к операции на щитовидной железе (ЩЖ) является цитологическое заключение «фолликулярная опухоль» (ФО), не исключающее возможность злокачественного характера новообразования и требующее его удаления в пределах здоровых тканей (расширенной биопсии). Существующие руководства по диагностике и лечению новообразований ЩЖ рекомендуют при дооперационном диагнозе ФО выполнение гемитиреоидэктомии (ГТЭ), которая не является оптимальной операцией в большинстве случаев рака ЩЖ, а при доброкачественной ФО часто является избыточной по объему, напрасно уносящей чрезмерно много непо-



раженной тиреоидной ткани. В настоящее время, когда большинство новообразований выявляются на доклинических стадиях, возникает правомерный вопрос о более широком применении в лечении ФО органосберегающих операций (резекций доли (РД) ЩЖ). Цель данного исследования - улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ФО ЩЖ посредством дифференцированного подхода к выбору объема хирургического вмешательства. Материалы и методы. Оценены результаты лечения 400 пациентов (354 женщины и 46 мужчин) в возрасте от 18 до 76 лет, оперированных в 2012-2016 годах в клинике РостГМУ по поводу одиночной ФО ЩЖ. При УЗИ определяли размеры ФО и ЩЖ, после чего рассчитывали процентное отношение объема опухоли к объему пораженной доли и объему всей ЩЖ, а также объем непораженной паренхимы ЩЖ. На основании полученных результатов планировали объем вмешательства на ЩЖ (ГТЭ или РД), но окончательный объем операции определяли по результатам срочного интраоперационного исследования. В зависимости от объема (и процента от исходного объема) сохраненной тиреоидной ткани определялась необходимость назначения заместительной терапии после операции. Результаты. Жалобы, обусловленные наличием ФО, имелись лишь у 16.7% пациентов, а в 83.3% наблюдений пациенты узнали о наличии ФО только в результате УЗИ ЩЖ. Средний наибольший размер опухолевого узла в 2012 году составлял 24,5 мм, а в 2016 -17,2 мм, т.е. на протяжении последних лет отмечается тенденция к уменьшению размеров ФО на момент операции. Резекции ЩЖ выполнялись в случаях: ФО перешейка ЩЖ; ФО, расположенной у полюса доли и занимающей менее 30% ее объема при нормальной функции ЩЖ и отсутствии признаков фонового аутоиммунного тиреоидита (АИТ). РД выполнялась по запатентованной оригинальной методике, позволяющей: гарантированно полностью удалить ФО с максимальным сохранением непораженной тиреоидной паренхимы; избежать повреждения возвратного гортанного нерва; при необходимости без осложнений провести завершающую тиреоидэктомию (ТЭ) с центральной лимфаденэктомией (ЛАЭ). Без осложнений выполнены 113 резекций ЩЖ (81 резекция нижнего полюса, 22 резекция верхнего полюса и 10 резекций перешейка). Если в 2012 году РД выполнена у 8% больных с одиночной ФО, то в 2016 году резекция применена у 37% пациентов с ФО. В 3 наблюдениях (2,6%), когда после РД диагностирован рак, без осложнений проведена завершающая ТЭ с ЛАЭ. Никто из пациентов, перенесших РД, не нуждается в заместительной терапии. В случаях, когда ФО располагалась в центральной части доли или занимала более 30% ее объема, а также при

сниженной функции ЩЖ и признаках сопутствующего АИТ, выполнялась ГТЭ (269 операций). Заместительная терапия левотироксином назначалась пациентам с объемом тиреоидного остатка менее 70% исходного объема непораженной тиреоидной ткани. После ГТЭ рак ЩЖ выявлен у 26 пациентов (9,6%), завершающая ТЭ с ЛАЭ выполнена у 5 больных (1,8%). В 19 случаях интраоперационного выявления рака объем операции сразу был расширен до тиреоидэктомии с центральной лимфаденэктомией.

Выводы. При выборе объема операции по поводу одиночной ФО необходимо учитывать ее размер и локализацию, а также функциональное состояние ЩЖ и присутствие фонового АИТ. При небольших ФО и нормальной функции ЩЖ возможно выполнять РД ЩЖ, что снижает риск и травматичность операции, позволяет избежать заместительной терапии.

1571. НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ IPOM ПЛАСТИКИ НОВЫМ КОМБИНИРОВАННЫМ СЕТЧАТЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ

*Трухалев В.А. (1), Чебуркова Е.А. (1),
Дунаева Е.С. (2), Сафронова Е.В. (2),
Мурадов М.Н. (1), Кукош М.В. (1)*

Нижний Новгород

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

Актуальность: Лапароскопическая IPOM пластика передней брюшной стенки широко применяется во всем мире в хирургическом лечении вентральных грыж. Однако в отдалённом послеоперационном периоде высок риск формирования спаечного процесса между сетчатым эндопротезом и внутренними органами, который может становиться причиной тяжелых осложнений. Поэтому актуальным остаётся вопрос выбора сетчатого эндопротеза, позволяющего минимизировать формирование спаечного процесса в брюшной полости.

Цель исследования: Оценить результаты лечения вентральных грыж методом лапароскопической IPOM пластики с помощью нового комбинированного сетчатого эндопротеза.

Материалы и методы: В клинике факультетской хирургии ФГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ с 2016 года для лапароскопической IPOM пластики применяется новый двуслойный композитный сетчатый эндопротез. Parietalная сторона данного эндопротеза выполнена из макропористого лёгкого поли-



пропилена, висцеральная сторона представлена пластиной на основе гидрофобного полиакрилата. За период 2016 – 2017 гг лапароскопическая IPOM пластика передней брюшной стенки с применением данного эндопротеза была выполнена 5 пациентам. Мужчин – 1, Женщин – 4. Медиана возраста составила 61 год. Все грыжи срединной локализации, ширина дефекта апоневроза не превышала 5 см. Пластика брюшной стенки выполнялась сетчатым эндопротезом размером 20 x 15 см овальной формы. Фиксация осуществлялась двумя транспоневротическими швами и герниостеплером со спиральными фиксаторами по методике «двойной короны».

Результаты: Медиана продолжительности операции составила 103 минуты. Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Медиана длительности послеоперационного пребывания в стационаре составила 3 дня. Отдалённые результаты в срок от 6 месяцев до 1 года прослежены у 3 пациентов. Рецидива нет. При оценке результатов по шкале MOS SF-36 установлено, что результаты сопоставимы с данными практически здоровых людей. Средний показатель физического здоровья составляет 40,86% (52,2% у здоровых испытуемых), а психологического здоровья равен 46,2% (46,9% у здоровых людей).

Заключение: Лапароскопическая IPOM пластика композитным сетчатым эндопротезом на основе гидрофобного полиакрилата является эффективным методом лечения вентральных грыж.

1572. МИНИЖЕЛУДОЧНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (MGB-OAGB) - ШАГ К ОПТИМАЛЬНОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ. ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ТЕХНИКИ КАК ЗАЩИТА ОТ ДИСКРИМИНАЦИИ МЕТОДИКИ

Стрижелецкий В.В., Самойлов В.С.

Санкт-Петербург

Городская больница Святого
Великомученика Георгия

Согласно консенсусу по минижелудочному шунтированию или шунтированию желудка с одним анастомозом (MGB-OAGB), состоявшемуся в августе 2016 г. в Лондоне, данная процедура в настоящее время является третьей по частоте выполнения среди всех бариатрических операций в мире и наиболее интенсивно развивающейся как первичное и повторное вмешательство. Техника операции минижелудочного шунтирования (MGB-тех-

ника) была разработана д-ром R. Rutledge в 1997 г., а в 2002 г. испанскими хирургами Carbajo и Garciasaballero предложен европейский вариант - желудочное шунтирование с одним анастомозом (OAGB-техника). Основными предметами дискуссии до последнего времени оставались вопросы развития билиарного эзофагеального рефлюкса, необходимая длина билиопанкреатической петли для максимально контролируемой мальабсорбции, правильное формирование малого желудка, необходимость дополнительной мобилизации и обработки зоны пищеводно-желудочного перехода, диаметр гастроэнтероанастомоза, закрытие брыжеечных пространств. Тщательное соблюдение и понимание анатомии, физиологии и важных технических аспектов этой операции приводит к отличным результатам и помогает избежать проблем и осложнений.

Материал и методы: Собственный опыт выполнения минижелудочного шунтирования - 46 операций. Первичные вмешательства - 38 (82,6%), в 8 (17,4%) случаях MGB выполнялось как повторное вмешательство после ранее проведенного регулируемого бандажирования желудка или рукавной резекции желудка при их неэффективности или развитии осложнений. Соотношение мужчины/женщины - 1/4. Средний возраст пациентов - 36,4 лет. Нарушения углеводного обмена и сахарный диабет 2 типа до операции имелись у 25 (54,3%) пациентов. Полученные результаты и обсуждение: Всем пациентам выполнено минижелудочное шунтирование. Основные принципиальные технические аспекты вмешательства, предопределяющие хорошие результаты и позволяющие избежать серьезных осложнений следующие. Малый желудок формируется в виде длинного свободного рукава. Начало формирования малого желудка - на уровне или ниже «Вороньей лапки». Нет необходимости дополнительной мобилизации и обработки хиатуса и угла Гиса. Длина билиопанкреатической петли составляет 150-200 см и не превышает 250 см при отсутствии необходимости тотального измерения длины тонкой кишки. Формирование линейного аппаратного анастомоза шириной не менее 3 см с закрытием дефекта анастомоза непрерывным однорядным или двухрядным швом. Отсутствие необходимости закрытия брыжеечных пространств. Отсутствие доказанных преимуществ выполнения дополнительных антирефлюксных манипуляций - формирования шпоры приводящего отдела или фиксации отводящего отдела кишечника. Мы наблюдали одно осложнение - кровотечение из степлерной линии, потребовавшее проведения релапароскопии и гемостаза с благоприятным исходом. Несостоятельностью степлерной линии и анастомоза не было. Стойкая ремиссия сахарного диабета 2 типа - в 92% случа-



ев. Клинически и эндоскопически значимый эзофагеальный рефлюкс отмечен у одного (2,2%) пациента.

Заключение: Частота выполнения MGB-OAGB сейчас стремительно растет во всем мире. По самым смелым прогнозам данная техника в ближайшем будущем заменит рукавную резекцию желудка как «mainstream-операцию». Имеется достаточная доказательная база сравнительной безопасности техники с минимальным количеством ранних и отдаленных осложнений. Операция легко конвертируема, а так же оптимальна как повторное бариатрическое вмешательство. Ранее высказываемый скепсис и ссылки на большое количество осложнений были обусловлены принципиальными ошибками техники при выполнении вмешательств, дискриминирующих методику и лишь отдаленно схожих с MGB-OAGB.

**1573. РЕАЛИЗАЦИЯ ТРЕБОВАНИЙ
К ОБРАБОТКЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
АППАРАТУРЫ САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ
3.1.3263-15:ОСНОВНЫЕ ТРУДНОСТИ И ПУТИ
ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

*Иванцова М.А.(1), Чистякова А.Ю.(2),
Базите И.И. (2)*

Екатеринбург

- 1) Многопрофильный медицинский центр "ЦК и ПХ им. С.В. Нудельмана",
- 2) Министерство здравоохранения Свердловской области, эпидемиологический отдел

Действующими санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах» определены стандарты и алгоритмы обработки эндоскопической техники, строгое соблюдение которых, наряду с эффективной системой контроля в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), позволяет снизить возможность передачи инфекционных агентов до минимального уровня. При реализации СП 3.1.3263-15 медицинский персонал эндоскопических отделений сталкивается с рядом объективных и субъективных трудностей, что требует коллегиального обсуждения и поиска путей решения. 1. Объективные трудности: - недостаточное материально-техническое оснащение; - несоответствие требований к площадям и организации рабочих пространств и проектных решений отделений ЛПУ; - несовершенство приточно-вытяжной вентиляции; - плохое качество

водопроводной воды; - отсутствие возможности контроля качества при выборе средств для обработки эндоскопической аппаратуры. - организация непрерывного обучения персонала вопросам обработки; 2. Субъективные трудности: - временные затраты среднего медицинского персонала на обработку аппаратуры; - отсутствие специализированных ставок для среднего медицинского персонала, занятого обработкой эндоскопической аппаратуры; - рост случаев аллергических реакций на дезинфицирующее средства у занятого обработкой эндоскопической аппаратуры персонала при отсутствии полномочий непосредственно влиять на выбор средств для обработки в сторону щадящих и экологических безопасных препаратов; 3. Прочие трудности: - выбор дезинфицирующих средств без учета их агрессивных свойств при отсутствии полномочий персонала эндоскопических отделений влиять на данный выбор часто приводит к преждевременному износу и выходу из строя эндоскопического оборудования; - высокая ответственность персонала за сохранность и качество обработки эндоскопического оборудования, регламентируемая СП 3.1.3263-15, не может быть обеспечена при выборе неадекватного дезинфицирующего средства;

Выводы и предложения. 1. Реализация СП 3.1.3263-15 - первостепенная комплексная задача, в решении которой принимают участие непосредственно медицинский персонал эндоскопических подразделений, администрация и врачи-эпидемиологи ЛПУ. 2. Для решения вопросов материально-технического оснащения эндоскопических подразделений в соответствии с требованиями СП 3.1.3263-15 нужны специальные местные, региональные и отраслевые программы, в составлении которых, наряду с уполномоченными лицами, должны участвовать руководители эндоскопических подразделений. 3. При выборе средств для обработки эндоскопической аппаратуры нужно учитывать доказанные качественные характеристики препаратов. Выбор дезинфицирующих препаратов всегда должен осуществляться в пользу доказано безопасных как для персонала и окружающей среды, так и для эндоскопической техники высокоэффективных средств.



1574. ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Рыбасов П.И., С.П. Мизин, А.А. Шипова

Москва

ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия" УД Президента РФ, кафедра хирургии

Цель исследования. Изучить особенности течения раневого процесса и оптимизировать лечение пациентов в раннем послеоперационном периоде после закрытия мышечно-апоневротических дефектов передней брюшной стенки различными способами.

Материалы и методы. В зависимости от способа пластического закрытия грыжевых ворот больные были разделены на две группы: в контрольной группе у 50 больных применяли натяжную пластику местными тканями с созданием дубликатуры; в основной группе у 113 пациентов применяли ненатяжную пластику с использованием синтетических аллотрансплантатов. Третью группу составили пациенты с неповрежденной брюшной стенкой. Результаты. Для определения эффективности хирургического лечения и особенностей послеоперационного периода оценивали следующие местные признаки воспалительного процесса: интенсивность и длительность отека, цвет и консистенция рубца, наличие боли, состояние послеоперационного рубца в течение всего времени пребывания больных в стационаре. Для получения объективных данных изучали особенности заживления операционных ран с помощью компьютеризированного метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), используя достоверные математические и статистические показатели. Больным с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) пластику местными тканями мы использовали при размерах грыжевых ворот не более 5 см. При размерах грыжевых ворот больше 5 см больным выполняли ненатяжную аллопластику мио-фасциальных дефектов. Клинический анализ течения послеоперационного периода показал, что больные легче переносят грыжесечение и ненатяжное закрытие мио-фасциальных дефектов брюшной стенки синтетическими аллотрансплантатами, чем собственными тканями. Выводы. По данным компьютеризированного метода ЛДФ, наиболее близкими к значениям в тканях брюшной стенки у здоровых добровольцев с неповрежденной кожей по уровню микроциркуляции и

соотношению амплитуд основных ритмов колебаний тканевого кровотока становятся показатели, полученные у пациентов, которым выполняли пластику мышечно-апоневротических дефектов передней брюшной стенки без натяжения с применением полипропиленового эндопротеза. Показатели микроциркуляции, полученные методом ЛДФ свидетельствуют о лучшей местной микроциркуляции крови в тканях области послеоперационной раны после грыжесечения и ненатяжной пластики мышечно-фасциальных дефектов с использованием аллотрансплантатов.

Выводы. По данным компьютеризированного метода ЛДФ установлено, что при ненатяжной пластики миофасциального дефекта брюшной стенки с применением синтетических аллотрансплантатов отмечено улучшение микроциркуляции крови в тканях послеоперационного рубца и восстановление активных механизмов модуляции кровотока более выраженное, чем при использовании натяжной аутопластики. При небольших по объему размерах грыжевых выпячиваний и грыжевых ворот у пациентов с хорошо развитым апоневрозом, преимущественно у молодых, возможно закрытие мышечно-фасциальных дефектов передней брюшной стенки местными тканями. При активном образе жизни пациентов и трудовой деятельности, сопровождающихся выраженными физическими нагрузками, а также у пожилых пациентов со слабо выраженным апоневрозом следует предпочесть закрытие мышечно-апоневротических дефектов передней брюшной стенки с применением синтетических имплантатов.

1575. ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЁННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ЛПУ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Бирюков А.Ю., Синеокая М.С., Стецюк О.А.

Химки

ХЦКБ

Пациенты с дивертикулярной болезнью ободочной кишки поступают в муниципальные лечебные учреждения, как правило, в экстренном порядке в связи с развитием осложнений. Тактика лечения пациентов с учетом особенностей течения заболевания явилось темой нашего исследования.

Материалы и методы: С 2014 по 2016гг. в Химкинскую центральную клиническую больницу в экстренном порядке госпитализировано 72 пациента с диагнозом: дивертикулярная болезнь ободочной



кишки, 65 женщин, 7 мужчин в возрасте от 32 до 74 лет. 9 пациентов госпитализированы с явлениями толстокишечного кровотечения, 17 - с явлениями перитонита в результате перфорации дивертикула, 2 пациента - с явлениями острой кишечной непроходимости, обусловленной инфильтратом в зоне воспалённого дивертикула, у 18 пациентов выявлен инфильтрат без значимого сдвигания просвета кишки, 26 пациентов обратились с выраженным болевым синдромом (среди них было 8 повторных обращений). В экстренном порядке оперировано 19 пациентов с явлениями кишечной непроходимости и перфорации дивертикула. У 4 пациентов выполнена обструктивная резекция кишки, у 13 выше поражённого участка выведена 2х ствольная колостома (в 3х случаях лапароскопически). Толстокишечное кровотечение во всех случаях удалось остановить консервативно, на фоне комплексной терапии достигнуто выздоровление, повторных обращений для хирургического лечения в этой группе пациентов не отмечено. Пациенты с инфильтратом в брюшной полости, обусловленным микроперфорацией дивертикула без распространённого перитонита и пациенты с болевым синдромом пролечены консервативно. Пациенты из этой группы находились под амбулаторным наблюдением в течение 4-6 месяцев, и после стихания воспалительного процесса госпитализированы для планового оперативного лечения. В обязательном порядке выполнялось дообследование: МСКТ, колоноскопия, при необходимости, биопсия с целью верификации диагноза и выявления противопоказаний к плановому оперативному лечению, коррекция сопутствующей патологии. Комплексная консервативная терапия дала удовлетворительный эффект у 18 пациентов, у которых приступы не повторялись и показаний к плановому оперативному лечению не выявлено. Показанием к плановому вмешательству являлось наличие колостомы после экстренного оперативного вмешательства, рецидивирующий характер заболевания, наличие микроперфорации кишки в анамнезе. Всего в плановом порядке выполнено 38 резекционных вмешательств: у 31 пациента лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, у 7 – лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия, 4 реконструктивные операции.

Результаты и обсуждение: среди пациентов оперированных в экстренном порядке по поводу перитонита отмечено 2 летальных исхода (10,5%), которые были связаны с поздним обращением пациентов, пожилым возрастом и тяжелой сопутствующей патологией, а в одном случае - с расширением объёма вмешательства у пациента с распространённым перитонитом. Осложнения после экстренных оперативных вмешательств отмечены у 3 (15,8%) пациентов. Среди пациентов, опериро-

ванных лапароскопически в плановом порядке, летальных исходов не было, осложнения отмечены у 2 (4,4%) пациентов. Таким образом, исходя из нашего опыта, при выполнении операций по поводу осложнений дивертикулярной болезни в экстренном порядке, особенно у пожилых соматически отягощенных пациентов, объём вмешательства должен быть минимальным: выведение двухствольной колостомы выше зоны повреждения. После стабилизации состояния пациентов, проведения комплексной терапии, дообследования, выполнение радикальных лапароскопических операций является надежным и безопасным способом лечения осложнённой дивертикулярной болезни ободочной кишки.

1576. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*Тимербулатов М.В.(1,2), Сендерович Е.И. (1,2),
Зиганшин Т.М. (2), Визгалова А.Е.(1,2)*

Уфа

- 1) ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
- 2) ГБУЗ РБ ГКБ №21

Несмотря на большое количество предложенных способов пластики ПОВГ, поиск оптимального и индивидуализированного метода лечения остается весьма актуальным.

Цель исследования: определение оптимального способа пластики срединных вентральных грыж, в зависимости от индивидуальных особенностей больного, а также разработка модифицированных способов герниопластики при этом.

Материалы и методы: В клинике факультетской хирургии БГМУ на базе ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфы за период с 2013 год по 2016 год было прооперировано 117 больных с ПОВГ срединной локализации W3 (10 – 15 см) и W4 (более 15 см). В исследуемой работе использовано 3 способа комбинированной пластики: два натяжных – по технологиям onlay (12 пациентов) и sublay (90 пациентов), и один ненапряжной модифицированный способ по Белоконову (15 пациентов). Все пациенты были прооперированы в плановом порядке. Возраст пациентов варьировал от 28 до 63 лет, средний возраст 42±3 года. У 75 пациентов было проведено активное дренирование по Редону, из них прооперированных по технологии onlay – 8, и sublay – 35. Паци-



ентам, прооперированным по способу Белоконева, дренирование не проводилось. Результаты: в послеоперационном периоде осложнения развились у 9 пациентов, из них пациенты прооперированные по технологии: onlay – 6 (66,7%), sublay – 3 (33,3%). У пациентов прооперированных по способу Белоконева осложнения не развились. Все осложнения были местными (серома, гематома, инфильтраты, нагноение, краевой некроз кожи). Средняя длительность оперативного вмешательства составила 93 ± 15 минуты с колебаниями от 55 минут до 3 часов 10 минут. Продолжительность госпитализации составила в среднем $12,3 \pm 1,1$ суток. Обсуждение: Таким образом, нами применялось различное расположение синтетического протеза: «onlay», «inlay», «sublay», «IPOM». Inlay является хорошим методом, используемый для герниопластики ПОВГ, однако не всегда удается расположить протез в предбрюшинном пространстве. Также нами применяется метод IPOM, не включенный в наше исследование, используемый при небольших грыжах без кожных дефектов. Из известных нами модифицирован способ пластики профессора В.И. Белоконева, при котором выделяют грыжевой мешок до грыжевых ворот: апоневроза белой линии живота и стенок влагалищ прямых мышц живота. Для закрытия дефекта передней брюшной стенки на расстоянии 1,5 см от грыжевых ворот и белой линии живота производили продольное рассечение передних стенок влагалищ прямых мышц живота, отступя несколько сантиметров выше и ниже грыжевого дефекта. Прямые мышцы живота отделяли от медиальных листков апоневроза, последние сшивали между собой, разворачивая на 180 градусов. Далее на всем протяжении дефекта отсепаровывали прямую мышцу живота от латерального листка апоневроза. Синтетическую полипропиленовую сетку, соответствующую размерам дефекта, укладывали на прямые мышцы живота, под апоневроз наружной косой мышцы живота и фиксировали свободный край сетчатого эндопротеза П-образными узловыми швами к наружному лоскуту передних листков влагалищ прямых мышц живота, отступя от края разреза на 3 см. После чего подшивали свободный край апоневроза к имплантату на всем протяжении без натяжения тканей. По нашему мнению, преимущество предлагаемого расположения протеза является возможность отказаться от длительного дренирования подкожной клетчатки, значительно сократить число послеоперационных осложнений (образование сером, инфицирование, миграцию и отторжение эксплантата) и процент рецидивов грыж, длительность госпитализации и сроки реабилитации пациентов. Выводы: В настоящее время существуют различные методы герниопластики ПОВГ. Задача хирурга сводится к выбору оптимального

метода расположения протеза в каждом конкретном случае. Предложенная модификация способа Белоконева является перспективным способом герниопластики ПОВГ, который должен быть использован в практике более широко, особенно в случаях рецидивных грыж больших размеров.

1577. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ершов Е.Г., Матюшин В.С., Скоробогатов М.М.

Ханты-Мансийск

БУ ХМАО-ЮГРЫ Окружная клиническая больница
город Ханты-Мансийск

По данным всемирной организации здравоохранения ожирение одно из самых распространенных патологических состояний организма человека, не посредственно и косвенно влияющих на течение различных патологий органов и систем и опосредованно входящая в течение и развитие метаболического синдрома (МС) (Ю.И. Седлецкий, 2014; Rosenthal, 2011). С 2008 года в Окружной клинической больнице города Ханты Мансийск (ОКБ) применяются технологии по снижению веса человека, но они носили не обобщенный комплексный характер превалировали консервативные и физиотерапевтические методы коррекции лишнего веса пациентов. Так по данным проведенного в 2010 году в ОКБ анонимного анкетирования больных различной хирургической патологией и с ожирением ($n=89$) выявлена заинтересованность в хирургической коррекции ожирения у 89% респондентов. На сайте ОКБ также неоднократно высказывались пациенты заинтересованные внедрение в клинику услуг по коррекции излишнего веса и лечению сопутствующей патологий. Учитывая наличие в ОКБ всего необходимого оборудования для лечения контингента больных с ожирением и МС, растущую заинтересованность населения данным видом услуг, в 2014-2015 году были про специализированы специалисты в ведущих центрах РФ по бариатрии. С 2014 года на базе центра «Здоровья» ОКБ больные с выявленным ожирением и МС консультируются диетологом, психологом и бариатрологом, совместно вырабатывается концепция комплексной коррекции ожирения, выявляется заинтересованность больного в данном виде лечения. Так в центре в 2014-2015 году консультировано 218 пациентов с различной степенью ожирения и МС, 106 пациентов выявили желание продолжить комплексный курс лечения.



В хирургическом отделении №2 ОКБ основываясь на принципы разработанные Российским обществом бариатрических хирургов в 2014-2016 год внедрено и выполнено: 26 пациентам эндоскопическая установка желудочных баллонов на срок от 4 до 6 месяцев получены результаты по снижению от 20 до 35% исходной массы тела. У 11 пациентов с индексом массы тела от 35 до 50 выполнена продольная (рукавная) резекция желудка (Sleeve Gastrectomy) у 10 лапароскопически, 1 пациентке открыто. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений у данных пациентов не отмечалось, при клиническом контроле на сроке более 6 месяцев выраженных клинически значимых жалоб со стороны операции у данных пациентов не возникло, при этом снижение массы тела от исходной составило 37 - 46%, у всех пациентов отмечалась удовлетворенность полученных результатов. Полученные первичные позитивные результаты способствуют дальнейшему развитию в ОКБ данного вида медицинской деятельности.

1578. ОПЫТ СОСУДИСТЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Кательницкая О.В.(1), Кит О.И.(1),
Маслов А.А(1), Кательницкий И.И.(2),
Колесников Е.Н.(1), Трифанов В.С.(1)*

Ростов-на-Дону

ФГБУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт МЗ РФ (1),
ФГБУ ВО Ростовский государственный медицинский университет МЗ РФ (2)

В последнее время рядом автором предлагаются расширенные оперативные вмешательства при местнораспространенных опухолях панкреатодуоденальной зоны, что позволяет уменьшить частоту локальных рецидивов и возможно увеличить продолжительность жизни онкологических больных. Однако спорным остаётся вопрос о хирургическом этапе лечения данной категории пациентов при опухолевой инвазии в магистральные сосуды. Материалы и методы. В 2015-2016гг. в РНИОИ выполнено 12 панкреатодуоденальных резекций с реконструкцией венозного сегмента: 6 краевых резекций верхней брыжеечной (ВБВ) и/или воротной вен (ВВ), 4 протезирования ВБВ, 1 протезирование ВБВ и ВВ с наложением спленоренального анастомоза, 1 протезирование инфраренального сегмента нижней полой вены. Средний возраст больных составил 62,8+6,6 года. По гендерному

признаку отмечено преобладание мужского пола - 10 человек (83,3%), женский пол - 2 (16,7%). Период наблюдения - 12 месяцев. При патоморфологическом исследовании препаратов диагностирована протоковая аденокарцинома различной степени дифференцировки: высокодифференцированная - 1 (8,3%), умереннодифференцированная - 8 (66,7%), низкодифференцированная - 2 (16,7%); гастроинтестинальная стромальная опухоль двенадцатиперстной кишки, веретеночлещный вариант -1 (8,3%).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде умер один пациент в результате развития ДВС-синдрома, летальностью составила 8,3%. В первые 3 месяца у 2 больных (16,7%) диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей, несмотря на проводимую антикоагулянтную терапию. 6-месячная выживаемостью составила 66,7%. Выводы. Таким образом, при реконструкции венозного сегмента при инвазии опухолей панкреатодуоденальной зоны отмечены сопоставимые со стандартной панкреатодуоденальной резекцией показатели послеоперационной летальности и осложнений, 6-месячной выживаемости, что позволяет выполнить данное оперативное вмешательство и увеличить продолжительность жизни больных при местнораспространенной форме опухолевого процесса.

1579. НОВЫЙ ПОДХОД К УШИВАНИЮ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ

*Жаныгулов А.Д., Федосеев А.В., Инютин А.С.,
Муравьев С.Ю., Хабибулин В.В.*

Рязань

РязГМУ

Актуальность. Проблема развития послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) на сегодняшний день весьма актуальна. По нашим данным ПОВГ образуются в течении первого года у 17% больных. Направлением профилактики ПОВГ является выбор техники ушивания белой линии живота после лапаротомии.

Материалы и методы. Проведён эксперимент с использованием 48 крыс. Производилась срединная лапаротомия, с последующим ушиванием раны. По способу ушивания крысы разделены на 4 группы, по 12 животных в каждой. В первой группе апоневроз ушивался отдельными узловыми швами, во второй применялся непрерывный шов, в третьей непрерывный шов с расположением стежков в шахматном порядке, в четвёртой группе



апоневроз ушивался разработанными укрепляющими швами. На 7, 14 и 60 сутки в каждой группе участки апоневроза с мышечной тканью и исследуемыми швами были иссечены. Полученный материал подвергнули тензиометрическому исследованию. По результатам исследования разработан и апробирован в условиях ургентной хирургии способ ушивания апоневроза после лапаротомии (заявка на изобретение № 2016141693), позволяющий создать оптимальные условия для заживления срединных лапаротомных ран, предотвратить развитие эвентраций и ПОВГ. Предлагаемый способ применен у 30 пациентов, оперированных в экстренном порядке 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. Обсуждение. Наименьшая прочность была у отдельного узлового шва во все сроки наблюдения. Непрерывный шов с расположением стежков в шахматном порядке превосходил по прочности классический непрерывный шов при их анализе на 7 и 14 сутки. Наиболее прочным на 7 и 14 сутки был укрепляющий шов. К 60 суткам прочностные характеристики непрерывного и непрерывного шва с расположением стежков в шахматном порядке были практически одинаковыми. Прочность укрепляющего шва была значительно больше обвивного шва, но не превосходила непрерывные швы. Разработанный способ ушивания апоневроза положительно зарекомендовал себя на практике.

Выводы. 1. Послеоперационный рубец, образованный после ушивания апоневроза отдельными узловыми швами, уступает непрерывным способам ушивания по прочности от 20% до 27%. 2. Непрерывный шов с расположением стежков в шахматном порядке, в отличие от классического непрерывного способствует более равномерному распределению нагрузки на края апоневроза, повышая его прочность до 67,3Н. 3. Укрепляющий шов за счёт своих высоких прочностных характеристик в первые 2 недели послеоперационного периода позволяет уменьшить нагрузку на непрерывный шов. 4. Применение предложенного способа ушивания белой линии живота в ургентной хирургии служит методом профилактики эвентраций и ПОВГ.

1580. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АПИКАЛЬНОЙ ПЛЕВРЭКТОМИИ И ХИМИЧЕСКОГО ПЛЕВРОДЕЗА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ПЕРВИЧНОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Мальцев А.А., Аблицов Ю.А., Василяшко В.И., Аблицов А.Ю., Орлов С.С.

Москва

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

Оперативное вмешательство при первичном спонтанном пневмотораксе (ПСП) заключается в резекции измененного участка легкого и индукции плевродеза. Для плевродеза применяют плеврэктомию, химический плевродез, абразию париетальной плевры, аргоноплазменную коагуляцию париетальной плевры и другие методы. Однако до настоящего времени не существует единого мнения об оптимальном методе плевродеза. Изучены результаты 144 видеоторакоскопических вмешательств (ВТС) у пациентов с ПСП: мужчин – 76%, женщин – 24%, средний возраст – 30,5+10,4 лет. У 39% больных показания к операции возникли после первого эпизода пневмоторакса, у 61% - после рецидива заболевания или двухстороннего пневмоторакса. У 122 больных операция заключалась в резекции буллезноизмененного участка легкого, апикальной плеврэктомии и плевродезе йодопирином. 15 больным для индукции плевродеза применен тальк. 7 больным выполнена резекция измененного участка легкого, аргоноплазменная обработка париетальной плевры и индукция плевродеза йодопирином без апикальной плеврэктомии. Длительность оперативных вмешательств составила 63,2+21,1 минуты; удаление дренажей производили через 6,1+3,4 дня; длительность нахождения в стационаре составила 9,2+4,1 день. Осложнения: в 8 случаях продленный сброс воздуха, 1 плеврит, 2 послеоперационных кровотечения. Рецидив пневмоторакса после ВТС и индукции плевродеза йодопирином отмечен у 9 больных (7,4%). Трех из них потребовалась повторная видеоторакоскопическая операция с дополнительной плеврэктомией, остальным 6 пациентам пневмоторакс ликвидирован дренированием плевральной полости и повторной индукцией плевродеза йодопирином. Рецидива после индукции плевродеза тальком или аргоноплазменной обработки париетальной плевры не наблюдали.



1581. МОНИТОРИНГ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ РОСТГМУ

Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Кушнарева О.Э., Федорова К.Ю.

Ростов-на-Дону
ФГБОУ ВО Ростовский государственный
медицинский университет Минздрава России

Актуальность: нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта (НЭО ЖКТ), являясь достаточно редкой группой злокачественных новообразований, вызывают значительные трудности в их диагностике. Несвоевременное и не всегда возможное выявление НЭО ЖКТ приводит к тому, что цифры распространенности данной патологии остаются не объективными.

Цель: выявить структуру и распространенность опухолей ЖКТ с нейроэндокринным компонентом за 10 лет в хирургическом отделении клиники РостГМУ.

Материалы и методы: на основании данных историй болезней хирургического отделения клиники РостГМУ за период с 2005 по 2014 год был проведен анализ опухолей ЖКТ: из 431 больного 16% (69 пациентов) имели нейроэндокринную структуру. Половая и возрастная структура пациентов: мужчины – 30 (43,5%), женщины – 39 (56,5%), средний возраст – 61±11,5 года (от 26 до 83 лет), наибольшая доля опухолей пришлась на возраст 71 год (7,2%). Результаты: При анализе данных выявлено, что чаще всего нейроэндокринные опухоли обнаруживались в ободочной (45%) и прямой (35%) кишках. В пределах ободочной кишки большее количество опухолей локализовалось в сигмовидной кишке – в 35% случаев. Сочетанное поражение ободочной кишки наблюдалось в 22% случаев. Также нейроэндокринные опухоли локализовались в поперечно-ободочной кишке (17%), в восходящей ободочной кишке (13%), в селезеночном углу (9%) и в области печеночного изгиба ободочной кишки (4%). Анализ распределения по TNM выявил: 4% - pT3N1M0, 6% - pT4N1M1, 18% - pT3N0M0, 47% - pT4N0M0. Распределение заболеваемости по годам имело следующую закономерность: 2005 год – 5 человек, 2006 год – 4 человека, 2007 и 2008 год – по 7 человек, 2009 и 2010 год – по 6 человек, 2011 год – 8 человек, 2012 и 2013 год – по 7 человек, 2014 год – 12 человек. Обсуждение: ретроспективный анализ показал, что нейроэндокринные опухоли кишечника встречаются довольно часто (16%). Из них большее число (17%) пришлось на 2014 год, по сравнению с предыду-

щими годами. Нейроэндокринные опухоли часто обнаруживаются уже на поздних стадиях (47% - pT4N0M0) у людей пожилого возраста (61±11,5 года).

Выводы и рекомендации: высокие показатели встречаемости НЭО ЖКТ в 2014 году, по сравнению с прошлыми, могут быть объяснены совершенствованием методов диагностики, что позволяет выявлять больший процент нейроэндокринных опухолей.

1582. РОЛЬ ПАПИЛЛИТА В РАЗВИТИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Гостищев В.К., Воротынцев А.С., Меграбян Р.А., Каменцева С.В., Курманбаев А.К.

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность: Заболевания большого дуоденального сосочка играют большое значение в развитии желчной гипертензии. Ведущую роль в патогенезе нарушений проходимости большого дуоденального сосочка (БДС) играют именно воспалительные и гиперпластические изменения.

Материал и методы: За период 2007-2016 г проведено хирургическое лечение 840 больных желчнокаменной болезнью, осложненной патологией терминального отдела общего желчного протока и внепеченочным холестазом. Папиллит был выявлен у 381 (45,3%). При холецистите папиллит диагностирован у 46,6% больных, при ПХЭС-у 39,7%. В 85% папиллит сочетался с острым холециститом. Как основная причина холестаза папиллит встречался у 17,2% больных (у 18,2% при холецистите и у 13,2% при ПХЭС). Наиболее часто отмечалось сочетание папиллита с холедохолитиазом, которое выявлено у 39,6% больных (у 44,1% при холецистите, у 20% при ПХЭС) с холедохолитиазом, осложненным заболеваниями терминального отдела общего желчного протока. Среди заболеваний терминального отдела общего желчного протока папиллит по частоте занимал ведущее место-39% (42,4 при холецистите, 26,5% при ПХЭС). Отмечено сочетание со стенозом БДС в 15% (13,6 при холецистите, 20,5 при ПХЭС) и дивертикулами 12-перстной кишки –9,4% (10,4 при холецистите, 5,9-при ПХЭС). У 40% больных папиллитом выявлен гнойный холангит. Пациенты пожилого и старческого возраста составили-72%. Комплексное обследование включало эхографию, ЭРПХГ, ЧЧХГ, сцинтиграфию, лабораторное обследование, ци-



тологическое исследование мазков-отпечатков БДС, гистологическое исследование, микробиологическое исследование желчи. Основными методами диагностики являются релаксационная дуоденоскопия и ЭРПХГ, выполненные 98% больных с папиллитом. Использована этапная эндохирургическая тактика устранения холестаза и лечения холецистита. Эндоскопическая папиллотомия, назобилиарное дренирование, литоэкстракция выполнены 95% пациентов (в экстренном порядке - 42,3%, в срочном – 57,7%) с последующей лапароскопической или минилапаротомной холецистэктомией.

Результаты: Комплексное обследование позволяет в ранние сроки установить диагноз и причину внепеченочного холестаза, даже в дожелтушном периоде. Основными методами диагностики являются релаксационная дуоденоскопия и ЭРПХГ, выполненные 98% больных с папиллитом. позволившие установить степень воспаления БДС, степень и уровень обтурации терминального отдела общего желчного протока, сопутствующую патологию. Лабораторное обследование позволило установить степень эндогенной интоксикации. Цитологическое исследование мазков-отпечатков БДС, гистологическое исследование, микробиологическое исследование желчи, позволяло более четко оценить выраженность и динамику воспалительного процесса. Выявлялись десквамация, апоптоз и некроз эпителия, разрушение собственной пластинки, некроз нейтрофилов, наличие волокон фибрина, сетчатых структур, фибринозно-эпителиальных образований, большое количество микроорганизмов в виде скоплений, формирующиеся пигментные и холестериновые микролиты, признаки серозно-фибринозного и фибринозно-гнояного воспаления. При гистологическом исследовании острое и выраженное хроническое воспаление в Фатеровом сосочке выявлено у 65%, обострение хронического – у 35% пациентов. Эндоскопическими признаками папиллита являлись :увеличение Большого дуоденального сосочка более 5 мм в диаметре, напряжение, отек, гиперемия слизистой, повышенная кровоточивость, налет фибрина, изъязвления, папиллярные разрастания. При папиллите осложненной механической желтухой, объём Фатерова соска составил $2,56 \pm 0,5 \text{ см}^3$, в сочетании с холедохолитиазом $2,18 \pm 0,32 \text{ см}^3$. Увеличение БДС коррелировало со степенью желчной гипертензии и холестаза. Внутрипросветные эндоскопические операции были эффективными у (93,1%). 14 пациентам с протяженным стенозом терминального отдела холедоха, крупными конкрементами проводилось эндопротезирование. С целью декомпрессии и санации желчных протоков наиболее тяжелым больным при продолжительной механической желтухе и холангите с уровнем

билирубина выше 200 мг/л, при неэффективности ретроградных методов контрастирования и декомпрессии 39(14,9%) больным выполнили первым этапом чрескожную чреспеченочную холангиографию, холангиостомию под ультразвуковым контролем. У больных, леченных этапным методом, отмечались более раннее купирование эндотоксикоза (4-5 сут), уменьшалось количество осложнений. Умерло 5 больных с тяжелой сопутствующей патологией.

Заключение: Таким образом, по нашей концепции папиллит – локальное воспаление стенки терминального отдела общего желчного протока, вызванное транслокацией микроорганизмов из желчного пузыря преимущественно лимфогенным путем. Это заболевание протекает с периодами обострения и ремиссии, в конечном итоге, приводит к стенозу БДС, может считаться одним из ключевых заболеваний терминального отдела общего желчного протока. Разработанная дифференцированная хирургическая тактика при лечении больных папиллитом позволила значительно сократить число осложнений в 4 раза, снизить послеоперационную летальность до 1,2%, ускорить выздоровление.

1583. ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ МИКРОЛИТИАЗА

*Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П.,
Елисеев А.В., Бояринов Д.Ю.*

Санкт-Петербург

ВМедА им С.М. Кирова
(кафедра общей хирургии)

По данным литературы, часть пациентов с диагнозом острого и хронического панкреатита остаётся без установленного этиологического фактора возникновения и рецидива приступов панкреатита. Микролиты ОЖП у пациентов с идиопатическим панкреатитом выявляются в 30 - 75% случаев. При билиарном панкреатите желчный микролитиаз диагностируется с частотой до 90%.

Цель исследования – верификация билиарной этиологии патогенеза хронического панкреатита. Критериями включения пациентов в исследование явились: наличие вторичных воспалительных изменений поджелудочной железы с внешнесекреторной или эндокринной недостаточностью, признаками панкреатобилиарной гипертензии на фоне ЖКБ. Хронический панкреатит на фоне холедохолитиаза без признаков холедохолитиаза,



стриктур дистальных отделов общего желчного протока (ОЖП) выявлен у 46 пациентов. Клиническая симптоматика панкреатита характеризовалась наличием болевого синдрома ($n=46;100\%$), проявлениями внешнесекреторной недостаточности ($n=16;34,8\%$), диспептическими расстройствами ($n=10;21,7\%$), проявлениями внутрисекреторной недостаточности ($n=4;8,7\%$). Лабораторные проявления синдрома билиарной гипертензии отмечены у 7 (15,2%) пациентов и протекали без явлений механической желтухи в виде субклинического повышения общего ($27,3\pm 5,2$ мкмоль/л) и прямого ($15,8\pm 4,5$ мкмоль/л) билирубина. Трансабдоминальная ультрасонография выполнена 46 (100%) пациентам. Сладж в ОЖП выявлен в 21 (45,6%) случае на фоне его расширения ($n=31;67,4\%$). В 29 (63,0%) наблюдениях выполнена МРХПГ. Признаки билиарной гипертензии диагностированы у 29 (63,0%) больных, панкреатической у 8 (17,3%) больных. Микролиты в ОЖП размерами 3 мм и меньше выявлены в 20 (43,5%) случаях. При эндоскопической ультрасонографии, выполненной 24 (52,2%) пациентам, микролиты в ОЖП диагностированы в 22 (47,8%) случаях на фоне его расширения ($n=24;52,2\%$). Точность метода в выявлении микрохоледохолитиаза составила 91,6%. Всем 46 (100%) пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием ОЖП. При визуальной оценке желчи определялся осадок. С целью морфологической верификации диагноза у 46 (100%) пациентов выполнено микроскопическое исследование желчи. Применяли методы световой и электронной микроскопии. Желчь для исследования получали из желчных протоков через наружный дренаж. Количественную оценку производили по схеме, предложенной Juniper и Burson (1957). В 46 (100%) наблюдениях кристаллы выявлены в количестве, соответствовавшем 3–4-й стадиям микролитиаза. Сочетание кристаллов различного строения выявлено в 32 (69,5%) случаях. Билирубинат кальция в изолированном виде выявлен в 7 (15%) наблюдениях. Моногидраты холестерина визуализированы в 4 (8,7%) пробах. Кристаллические структуры карбоната кальция определены в 3 (6,5%) случаях. По числу кристаллов в препарате преобладали гранулы билирубината кальция. В последующем результаты световой микроскопии подтверждены данными электронной сканирующей микроскопии, которые предоставили широкий диапазон увеличений, возможность трёхмерного моделирования полученных изображений, исследования рельефных поверхностей. Всем пациентам проведена терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты в течение 4 недель в суточной дозе 500 мг. В среднем через 1 месяц, перед удалением дренажей проводили контрольное обследование.

Микроскопия желчи выполнена у всех 46 больных. Отмечена положительная динамика в виде уменьшения количества микролитов. На фоне лечения количество кристаллов соответствовало 1–2-й стадиям микролитиаза. Коррекция сужений дистального отдела ОЖП не выполнялась в связи с полной регрессией явлений панкреатобилиарной гипертензии на фоне консервативной терапии. Лечение препаратами урсодезоксихолевой кислоты было пролонгировано до 3 месяцев. Таким образом, микролитиаз является значимым фактором патогенеза хронического билиарного панкреатита на ранних стадиях развития желчекаменной болезни.

1584. НОВАЯ МЕТОДИКА МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ГРЫЗУНОВ

*Панов В.В. (1), Парамонов Б.А. (2),
Дмитриев Н.В. (2), Шилович В.А. (2),
Ищенко А.М. (3)*

Ростов-на-Дону, 2) Санкт-Петербург

- 1) ФГКУ 1602 ВКГ МО РФ
- 2) СЗГМУ им. И.И. Мечникова
- 2) ГосНИИ Особо Чистых Биопрепаратов

Для совершенствования схем медикаментозного лечения панкреатита необходимо иметь воспроизводимую экспериментальную модель, позволяющую моделировать заболевание различной степени тяжести. Исходя из экономических соображений, желательнее использовать для этого мелких грызунов. Для моделирования панкреатита у наркотизированных животных (мышей, крыс, морских свинок) выполняли разрез длиной 0,6 – 1,0 см вдоль паравертебральной линии слева ниже реберной дуги. После этого поджелудочная железа становилась видна через полупрозрачную фасцию. Осуществляют вкол в ее паренхиму и медленно вводят раствор препарата «Беталейкин» в растворе 0,9% NaCl в объеме 0,2 мл. Для мышей доза необходимая доза составляет 0,1 нг вещества (рекомбинантного интерлейкина - 1 β) на животное. Для крыс и морских свинок, в зависимости от поставленных задач, доза цитокина составляет 0,1 – 0,2 нг. Эта доза, с одной стороны, вызывает развитие достаточно тяжелой формы панкреатита, а с другой – не вызывает быстрой гибели животных. После этого рана ушивается наглухо монофиламентной атравматичной нитью. Дозированное использование провоспалительного цитокина интерлейкин - 1 β позволяет добиваться воспроизводимого развития панкреатита у живот-



ных и проводить исследования по медикаментозному лечению.

1585. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ ФЛЕБОСКЛЕРОБЛИТЕРАЦИИ, КАК МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бибиков В.Ю., Морозов В.П.,

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский
Государственный Медицинский Университет
им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. К недостаткам традиционной флебэктомии относят высокую травматичность и не отвечающие современным требованиям эстетические результаты операции. Кроме того, по данным различных авторов частота рецидивов после хирургического лечения колеблется от 4,5 до 70%. Перечисленные недостатки лечения служат основанием для дальнейшего совершенствования хирургических операций. В последние годы в клиническую флебологию активно внедряются различные способы склероблитерирующих методов лечения. Отмечается их малая травматичность и хорошие косметические результаты. Однако, показания для применения флебоблитерирующего лечения и принципы выбора метода до настоящего времени не разработаны. Видимо, поэтому многие авторы, ограничивают применение флебосклероблитерации лишь начальными формами варикозной болезни. Целью настоящего исследования явились разработка показаний и совершенствование технологи склерохирургического лечения варикозной болезни. Материалы и методы. Обследовано 126 больных с различными формами варикозной болезни. Основную группу составили 26 пациентов, у которых произведена 31 операция – хирургическая флебосклероблитерация подкожных вен в различных модификациях. Контрольные группы составили: первую – больные, которым была проведена компрессионная склеротерапия (50 человек), вторую – 50 пациентов, им выполнена традиционная комбинированная флебэктомия. Максимальный срок наблюдения 5 лет. При определении показаний и выборе метода лечения оценивали патогенетические особенности конкретной формы варикозной болезни. Принадлежность к той или иной форме варикозного расширения подкожных вен определяли исходя из современной классификации варикозной болезни, принятой Совещанием экспертов в 2002 г.

Характер патологических изменений в глубоких и подкожных венах нижних конечностей оценивали на основании данных анамнеза, физикальных и инструментальных методов обследования. Всем больным производилось дуплексное сканирование вен нижних конечностей. В дополнение к этому исследованию разработали и применили телефлебосканирование подкожных вен. В основе метода лежит принцип воспроизведения на телеэкране поверхностных вен в отраженном инфракрасном свете. Этот метод отличается от ультразвуковой методики регистрацией на телеэкране прямого изображения подкожных вен, располагающихся на глубине до 5 мм. Его разрешающие способности для визуализации морфологических и функциональных нарушений в ретикулярных и перфорантных венах оказались выше.

Выводы. Выбор метода лечения и определение показаний по патогенетическому принципу позволили активнее применять хирургическую склероблитерацию и ее модификации в клинической работе. При этом снизилась травматичность и уменьшилась продолжительность оперативных вмешательств, по сравнению с контрольной группой, в среднем в 1,7 раз, снизился объем кровопотери до 3 мл, уменьшился послеоперационный койко-день более чем в 2 раза. Качество жизни больных, перенесших хирургическую флебосклероблитерацию, при оценке по пятибалльной системе, оказалось достоверно выше, чем в контрольной группе. При этом отмечено снижение частоты осложнений и рецидивов заболевания после хирургического лечения.

1586. КЛАПАНСОХРАНЯЮЩАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИСКУССТВЕННЫХ ХОРД

*Мухарямов М.Н. (1,2), Джорджикия Р.К. (1,2),
Вагизов И.И., (2), Хайруллин Р.Н. (2)*

Казань

ГБОУ ВПО Казанский государственный
медицинский университет МЗ РФГАУЗ
Межрегиональный клинико-диагностический
центр МЗ РТ

Цель – анализ результатов хирургического лечения пациентов с первичной (дегенеративной) митральной недостаточностью.

Методы. В ретроспективное исследование включены данные о 131 пациенте, перенесших пластику митрального клапана по поводу дегенератив-



ного порока в ГАУЗ МКДЦ г. Казань с 2008 по 2016 гг. Мужчин - 64 (48%). Средний возраст в когорте пациентов составил 54 ± 14 лет. Все пациенты имели митральную регургитацию более III степени и симптомы сердечной недостаточности от I до IV функционального класса. Большинство операций проводилось посредством срединной стернотомии, искусственного кровообращения и кардиopleгии раствором Бертшнайдера («Кустодиол»). 14 (10,7%) операций выполнено из правосторонней мини торакотомии с периферическим подключением ИК (бедренные сосуды). Доступ к митральному клапану через межпредсердную борозду. После экспозиции и прецизионного анализа патологических изменений, ведущих к регургитации, в фиброзные головки папиллярных мышц имплантировались искусственные хорды (средней количество - 2.4 ± 1) из нитей политетрафторэтилена (GoreTex CV5 или CV4). Всем пациентам с целью ремоделирования фиброзной основы клапана было имплантировано опорное кольцо диаметром от 28 до 36 мм (средний размер 32.2 ± 2). После имплантации в пролабирующие сегменты задней и/или передней створок имплантировались нео-хорды и определялась их искомая длина. Во всех случаях проводился интраоперационный трансэзофагеальный эхокардиографический контроль. В 73 (56%) случаев реконструкция включала дополнительные приемы (резекция, слайдинг-пластика, складное ремоделирование, погружная и комиссуральная пликация, шов Альфиери). В 43 (32%) выполнена пластика трикуспидального клапана. В 15 (11%) коронарное шунтирование, в 27 (20%) радиочастотная абляция левого±правого предсердия (варианты операции лабиринт Какса). Результаты. Причиной развития дегенеративного порока по данным макроскопического анализа в 63 (48%) случаев служил синдром фиброэластического дефицита, в 42 (32%) переходная форма «forma fruste» синдрома Барлоу, в 26 (20%) синдром Барлоу с выраженными миксоматозными изменениями створок. Длительность пережатия аорты составила 74 ± 18 минут, искусственного кровообращения 90 ± 16 минут. При интраоперационном контроле после восстановления сердечной деятельности и стабилизации гемодинамики в 52% случаев митральная регургитация отсутствовала или была незначительной степени, в 29% митральная регургитация была оценена как I-II степень, в 9% случаев регургитация была расценена как II степени. В 10% случаев (у 13 пациентов) регургитация превышала II степень и потребовалась повторная кардиopleгия и ревизия клапана (в 6 случаях - протезирование, в 7 случаях дополнительные реконструктивные приемы). Госпитальная летальность зарегистрирована в 2 случаях (1,5%) и была связана с интраоперационным инфарктом

миокарда. Значимых осложнений в исследуемой группе не было. Общая доля успешных клапано-сохраняющих операций среди всей группы пациентов с дегенеративными митральными пороками составила 84%. Отдаленный результат оценен у 72% пациентов со средним сроком наблюдения 37 месяцев. 86% исследуемой когорты свободны от возвратной регургитации выраженной степени. Реоперировано на отдаленных сроках 4 (3%) пациентов. Выводы. Универсализированная методика реконструктивных вмешательств, в основу которых положена имплантация искусственных хорд и жесткого опорного кольца, позволяет выполнить успешную коррекцию порока со стабильными результатами при широком спектре дегенеративных пороков, ведущих к выраженной и тяжелой митральной недостаточности и избежать нежелательной имплантации искусственного клапана.

1587. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В СОЧЕТАНИИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Киршина О.В.(1), Токарев А.В.(2),
Новикова А.В.(2), Киргизбаев М.А.(2)*

Екатеринбург

- 1)ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет
- 2)МАУ Городская клиническая больница № 14 - г. Екатеринбург, Россия.

Актуальность. В настоящее время, в связи с мировой "эпидемией" сахарного диабета и его осложнений, проблема лечения пациентов синдромом диабетической стопы (СДС) с тяжелыми гнойно-некротическими и сосудистыми поражениями приобретает все большую актуальность. В хирургические стационары пациенты с СДС поступают, как правило, с его осложнениями - флегмоны, остеомиелиты, трофические инфицированные язвы, гангрены сегментов конечностей. Клинический вариант течения с атеросклеротическим поражением магистральных артерий в значительной степени усугубляет его течение и прогноз.

Цель исследования. Оценка результатов лечения пациентов с синдромом диабетической стопы и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. В основе работы - анализ лечения 36 пациентов с СДС и его гнойно-некротическими осложнениями. Распре-



деление по полу: женщины - 61,2%, мужчины - 38,8%. Возраст пациентов колебался от 36 до 79 лет, средний возраст составил $62,4 \pm 9,75$ года. Все пациенты проходили обследование в объеме УЗДС артерий нижних конечностей для выявления облитерирующего атеросклероза, по показаниям КТ-ангиография. Для оценки степени поражения использовали классификацию Техасского университета (Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB.), в 85 % случаев пациенты поступили с III (III B и III D степени) стадией поражения. Все больные были разделены на две группы — без атеросклеротического поражения магистральных артерий и с наличием такового. Группы больных по критериям возраста, пола, сопутствующих заболеваний совпадали. Результаты и их обсуждение В группе пациентов с высоким атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей (атеросклеротическая окклюзия бедренно-подколенного сегмента)-16 больных (44,4%) средний возраст составил $67,43 \pm 7,6$ лет, диабетический анамнез $16,9 \pm 4,7$ лет. Из них высокая ампутация на уровне бедра выполнена 6 пациентам, малая ампутация (ампутация пальцев) - у 10 пациентов. В 3 (18,75%) случаях «малые» ампутации у пациентов данной группы удалось осуществить после предшествующих операций по восстановлению магистрального кровотока (баллонная ангиопластика, выполненная в условиях отделения сосудистой хирургии). Летальность в данной группе составила 18,75%. Средний койко-день в группе- $22,12 \pm 6,45$. У больных, перенесших ранее ангиохирургическое вмешательство- $4,6 \pm 1,69$. Пациенты с СДС и гнойно-некротическими поражениями без сопутствующего облитерирующего атеросклероза - 20 (56,6%), средний возраст $58,45 \pm 9,12$, диабетический анамнез $13,41 \pm 4,3$ года, перенесли следующие оперативные вмешательства: некрэктомии мягких тканей - 8, ампутации пальцев стоп в сочетании с некрэктомией мягких тканей -12. Летальных исходов в этой группе не было. Средний койко-день составил $16,75 \pm 3,75$. Все пациенты в послеоперационном периоде получали комплексную терапию, включая ангиопротекторы, антикоагулянты, дезагреганты, препараты тиоктовой кислоты, коррекцию сопутствующей патологии, местное лечение с применением различных раневых покрытий в соответствии с фазой раневого процесса. В 2014-2015 гг. у 5 пациентов для лечения гнойных ран после некрэктомии, вскрытия флегмон на фоне СДС использовали аппарат Suprasorb PNB фирмы "Longman & Rausher" (для лечения ран переменным отрицательным давлением). Наш небольшой опыт использования этой технологии при СДС (III стадия по Армстронгу, флегмона стоп и голеней), показал определенную его эффективность, заключающуюся в более быстром очищении гнойных ран, появле-

нии грануляций и купировании признаков ССВО. Ишемическую форму поражения СДС, связанную с атеросклеротическим поражением магистральных артерий, расцениваем как противопоказание к этому методу лечения.

Заключение. Принимая во внимание большой процент сочетания диабетической микроангиопатии с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей, мы считаем обязательным условием более раннее обследование магистрального кровотока (УЗДС, УЗДГ, по показаниям, КТ-ангиография) у больных с СДС (желательно на амбулаторном этапе) с последующей консультацией ангиохирурга для решения вопроса о возможности хирургической реваскуляризации, так как раннее выявление поражений артериального русла у пациентов с СДС улучшает прогноз, уменьшает количество «высоких» ампутаций, приводящих к инвалидизации и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

1588. ОПЕРАЦИИ ТРОМБЭНДАРТЕРАКТОМИИ ИЗ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ: НА ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Мершин К.В., Табакьян Е.А., Газизов В.В.,
Бойков Н.В., Власова Э.Е., Цыренов Д.Д.,
Акчурун Р.С.*

Москва

Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ

Цель: оценить профиль осложнений и эффект операций тромбэндартерэктомии из легочных артерий у больных хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ) Материал и методы: Методом выбора в лечении больных ХТЭЛГ остается операция тромбэндартерэктомии из легочных артерий (ТЭЭ). С 2013 года операции ТЭЭ в РКНПК МЗ РФ проводятся по методике, предложенной S.Jamieson, в модификации клиники Kerckhoff (рук. проф. Э. Майер), и включают применение срединного стернотомного доступа, искусственного кровообращения (ИК), глубокой гипотермии и циркуляторного ареста. Проанализированы результаты 27 последовательно выполненных операций ТЭЭ, проведенных в период с марта 2013 по февраль 2017 года. Средний возраст больных составил $51,2 \pm 13$ лет (26 лет – 74 года). Мужчин -15, Женщин -12. Большинство больных находились в 3-4 ФК по NYHA (в среднем – 3,3). Предоперационно всем больным проводили катетеризацию и ангиопульмонографию.



Среднее давление в легочной артерии (срДЛА) составило – 49 мм.рт.ст., легочно-сосудистое сопротивление (ЛСС) – 988 дин.см.с-5, индексированное легочно-сосудистое сопротивление (ИЛСС) – 1917 дин.м2.см.с-5. Решение о проведении вмешательства принималось междисциплинарным консилиумом. Принципиальным в принятии такого решения считали хирургическую доступность поражения легочных артерий не менее чем в 9-10 сегментах. Операции проводились с мониторингом гемодинамики плавающим катетером. Во время операции для обескровливания операционного поля применяли циркуляторный арест при основной температуре не выше 20°C. Суммарное среднее время циркуляторного ареста составило – 36 мин/пац. Среднее число арестов составило – 2,5 на пациента. Средняя продолжительность пребывания больных в отделении реанимации составила – 4 суток, в стационаре – 17 сут.

Результаты: На госпитальном этапе погиб 1 больной (госпитальная летальность - 3,7%). Причиной летального исхода был легочный гипертензивный криз на 3 сутки послеоперационного периода после безуспешных попыток получения плоскости эндартерэктомии и проведения операции. Еще один летальный исход отмечен на 34 сутки, после выписки пациента из стационара вследствие недиагностированной эмпиемы плевры. Таким образом, ранняя летальность составила 7,4%. Длительная ИВЛ (более 3 суток) потребовалась у трех больных. Причины продленной ИВЛ рецидивирующее бронхиальное кровотечение (1), стойкая реперфузионная гипоксемия (1), полиорганная недостаточность (1). Из других специфических осложнений следует отметить: нелетальный тромбоз легочных артерий (2), пневмоторакс (3), транзиторные расстройства со стороны ЦНС (3). У всех больных покинувших стационар (26 пациентов) отмечалось улучшение показателей легочной гемодинамики. СрДЛА снизилось до 24,4 мм рт.ст. ЛСС к моменту прекращения мониторинга гемодинамических показателей (2-5 сутки) упало до 274±92 дин.с-5, ИЛСС – до 521±166 дин.м2.см.с-5, что более чем в 3,6 раза ниже предоперационных показателей. Среднее время пребывания в клинике составило – 17 суток. У 7 пациентов в отдаленные сроки была проведена повторная катетеризация и ангиопульмография, подтвердившие как гемодинамическую, так и анатомическую эффективность операции. Выводы: Операция ТЭЭ из легочных артерий позволяет у большинства больных добиться значительного улучшения кровотока через легочную ткань. Однако, по-прежнему, существенная частота периоперационных осложнений и довольно длительный восстановительный период препятствуют более широкому использованию метода. Междисциплинарный подход, а

также профилактика и агрессивное упреждающее лечение осложнений позволят достичь хороших результатов, сравнимых с другими операциями на сердце и магистральных сосудах.

1589. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П.,
Елисеев А.В., Бояринов Д.Ю.*

Санкт-Петербург

ВМедА им С.М. Кирова
(кафедра общей хирургии)

Целью исследования явилось изучение качества жизни (КЖ) пациентов с хроническим билиарным панкреатитом (ХБП) после хирургического лечения. Критериями включения пациентов в исследование явились: наличие вторичных воспалительных изменений поджелудочной железы (кисты, стриктуры интрапанкреатической части общего желчного протока (ОЖП), индуративный панкреатит) с внешнесекреторной или эндокринной недостаточностью на фоне панкреатобилиарной гипертензии, обусловленной ЖКБ, доброкачественными изменениями терминального отдела ОЖП. Оценены результаты лечения 359 пациентов. В группе больных из 314 (87,4%) человек выполнены эндоскопические вмешательства (n=107; 29,8%), лапароскопические операции (n=97; 27,0%) или их сочетание (n=110; 30,6%). Открытые оперативные вмешательства, в частности диссоциация ОЖП и главного панкреатического протоков выполнены в 25 (7,0%) случаях, формирование холедоходуоденоанастомоза (ХДА) в 20 (5,6%) наблюдениях. Для оценки КЖ больных ХБП использованы общий опросник EQ-5D и специализированный опросник ВХП, разработанный С.Ф. Багненко. (1994г.). По данным опросника EQ-5D до хирургического лечения, наиболее выраженные изменения средних показателей КЖ больных отмечались по шкалам «боль/дискомфорт» (2,11±0,35), «тревога/депрессия» (1,56±0,41) и «повседневная деятельность» (1,7±0,52). Отдаленные сроки наблюдения составили от 2 до 10 лет. Результаты лечения через 2-5 лет оценены у 27,6% больных. Значительная доля пациентов (72,3%) опрошена через 6-10 лет. Средний срок контрольного исследования КЖ в отдаленном периоде 7±2 лет. По данным опросника EQ-5D наибольшие изменения качества жизни больных наблюдались по шкалам «боль/диском-



форт», «тревога/депрессия» и «повседневная деятельность». Наихудшие показатели качества жизни по данным опросника EQ-5D наблюдались у пациентов, которым было выполнено открытое оперативное вмешательство – наложение ХДА, на что указывают результаты по шкалам «боль/дискомфорт», «тревога/депрессия» и «повседневная деятельность», которые были достоверно ниже, чем у больных после других вариантов лечения и составили $1,50 \pm 0,27$, $1,43 \pm 0,34$, и $1,52 \pm 0,32$ соответственно. При оценке качества жизни с помощью специализированного опросника ВХП до оперативного лечения, интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ) составил $150 \pm 22,7$ баллов. В отдалённом периоде после операции уровень ИПКЖ снизился до нормальных значений в группах пациентов, которым выполнена операция диссоциации и миниинвазивное лечение. Снижение уровня ИПКЖ и улучшение КЖ произошло преимущественно за счёт снижения болевого синдрома, что подтверждается достоверно более высокими показателями КЖ, зарегистрированными в сравнении с дооперационными показателями по шкалам: «болевого синдрома» – $105,0 \pm 19,7$ против $15,0 \pm 5,7$ и $105,0 \pm 19,7$ против $5,0 \pm 4,3$ соответственно, а также за счёт шкал «физическая работоспособность» – $33,0 \pm 16,7$ против $14,0 \pm 4,4$ и $33,0 \pm 16,7$ против $17,0 \pm 8,2$, «уровень диспепсии» – $55,0 \pm 21,2$ против $25,0 \pm 11,4$ и $55,0 \pm 21,2$ против $12 \pm 12,4$ соответственно. При анализе составляющих ИПКЖ по таким шкалам ВХП, как «социальная адаптация», «эмоционально-психологический статус», отмечено снижение показателей более чем в два раза, что совпало с восстановлением трудоспособности и физической активности после операции. В группе пациентов, которым наложен ХДА, ИПКЖ остался высоким ($108,6 \pm 25,7$) преимущественно за счёт болевого синдрома ($35 \pm 9,1$ баллов) и уровня диспепсии ($36 \pm 8,3$ баллов). Результаты исследования показали, что снижение КЖ больных ХБП до оперативного лечения главным образом обусловлено болевым синдромом. В отдалённом периоде наибольшее влияние на КЖ пациентов оказывают диспептические расстройства и снижение физической работоспособности, при этом болевой синдром имеет меньшее значение. Результаты применения миниинвазивных методик и операции - диссоциации ОЖП и панкреатического протока не имеют достоверных различий и приближены к показателям нормы. Наихудшие показатели КЖ отмечены у пациентов, перенёвших наложение ХДА.

1590. СТРАНИЦЫ ПОЛУВЕКОВОГО НАУЧНОГО ТВОРЧЕСТВА АКАДЕМИКА П.А. КУПРИЯНОВА

Сизенко В.В. (1), Хубулава Г.Г. (1), Глянцев С.П. (2)

1) Санкт-Петербург, 2) Москва

1) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России,

2) ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева»

Минздрава России

Выдающийся отечественный хирург, академик П.А. Куприянов, внес большой вклад в развитие таких направлений отечественной хирургии как оперативная хирургия и топографическая анатомия, военно-полевая хирургия, абдоминальная хирургия, хирургия органов грудной полости, анестезиология, сердечно-сосудистая хирургия и др. Вместе с тем, детальный анализ его научных трудов до настоящего времени не проведен. Мы попытались приоткрыть некоторые страницы творчества выдающегося хирурга. Свою первую научную работу П.А. Куприянов написал зауряд-врачом в 1-ю Мировую войну, в которой на основании собственного опыта показал, что раненые в живот выживают чаще, если их вовремя прооперировать, нежели те, к которым применялся «выжидательный» подход. После окончания ВМА (1918) под руководством В.Н. Шевкуненко в возрасте 28 лет П.А. Куприянов защитил докторскую диссертацию по хирургической анатомии основания черепа и пределах оперативного вмешательства на нем (1921). Одновременно с работой на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, Петр Андреевич осваивал хирургию в клиниках С.П. Федорова и В.А. Оппея. С 1924 г. П.А. Куприянов одновременно совмещает работу в нескольких местах: продолжает работать у В.Н. Шевкуненко, назначается ординатором хирургического отделения ЛКВГ, а также, по рекомендации самого В.Н. Шевкуненко, назначается старшим ассистентом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии 1 ЛМИ. С 1926 по 1936 гг. П.А. Куприянов принимает участие в составлении 1-го издания БМЭ, написав в общей сложности 18 статей по различным разделам хирургической анатомии. В 1936 г. П.А. Куприянов с соавторами выступил на XXIII Всесоюзном съезде хирургов с докладом «Характер и объем помощи на этапах эвакуации», в котором вскрыл порочность наложения первичного глухого шва полостных огнестрельных ран. В 1938 г. он назначается на должность главного хирурга Ленинградского ВО. Во времена советско-финляндской войны он был главным хирургом фронта, в период Великой Отечественной войны 1941-



1945 г. был главным хирургом Северо-Западного направления, а затем главным хирургом Ленинградского фронта. В этот тяжелейший период времени он много оперирует, занимается вопросами организации хирургической помощи раненым, продолжает преподавательскую работу в стенах ВМедА и ЛЛМИ. В сентябре 1942 г. ему присваивается звание заслуженного деятеля науки РСФСР. По его инициативе была создана новая кафедра факультетской хирургии №2 ВМедА с клиникой, которая занялась лечением раненых в грудь. В 1943 – 1945 гг. в этой клинике было выполнено несколько сотен операций на легких и около 60 операций по поводу осколочных и пулевых ранений перикарда и миокарда. В течение 1948 – 1955 гг. (совм. с И.С. Колесниковым) П.А. Куприянов издал 10-томный труд «Атлас огнестрельных ранений» и принял участие в написании и редактировании 9 и 10 томов многотомного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.». Понимая, что дальнейшее развитие грудной хирургии невозможно без защиты организма больного от хирургической агрессии, вскоре после окончания войны П.А. Куприянов с сотрудниками один из первых в стране начал разрабатывать проблемы общей анестезии и гипотермии. В 1947 г. он направил своего ученика М.Н. Аничкова в Швецию для изучения интратрахеального наркоза. Уже в 1948 г. из стен клиники вышел труд М.С. Григорьева и М.Н. Аничкова «Интратрахеальный наркоз в грудной хирургии». Другим направлением, впервые в нашей стране начатым под руководством П.А. Куприянова в его клинике, стала общая бесперфузионная гипотермия, под которой в 1953 г. П.А. Куприянов с сотрудниками впервые в нашей стране выполнил серию операций на сердце по закрытым методикам. К 1955 г. клиника располагала опытом хирургического лечения 95 пациентов с пороками сердца. В 1958 г. на базе клиники усовершенствования врачей (б. клиника факультетской хирургии №2) была создана первая в стране кафедра анестезиологии. В 1960 г. из стен клиники вышло руководство «Операции на органах груди», в котором были описаны все применяемые в то время операции на органах грудной полости. В том же году этот материал вошел в 5-й том «Многотомного руководства по хирургии», редактором которого стал П.А. Куприянов. До своей кончины П.А. Куприянов издал еще две монографии («Пороки сердца и их хирургическое лечение», 1961; «Искусственное кровообращение в хирургии сердца и магистральных сосудов, 1962), стал лауреатом Ленинской премии (1960) и Героем Социалистического труда (1963), по праву войдя в число пионеров и основоположников отечественной сердечно-сосудистой хирургии. Таким образом, хирургическая и научная деятельность

академика П.А. Куприянова, начатая в 1914 году, не прекращалась на протяжении почти полувека, став образцом творческого долголетия и новаторства в отечественной хирургии.

1591. МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Григорьев С. Н., Охотников О.И.

Курск

Курская областная клиническая больница

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 182 больных с абсцессами печени за период с 1999 г. Правая доля печени поражалась в 79,1% случаев с наибольшим поражением 6-7 сегментов 73,4%, билобарный характер поражения отмечен в 10,2% случаев. Размеры гнойников варьировали от 0,9 до 13 см.

Результаты. В лечении больных использовались 3 направления: пункционная санация, перкутанное дренирование и открытый лапаротомный метод вскрытия, санации и дренирования. Пункционные вмешательства составили 5,2% использовались при небольших размерах очагов деструкции, предпочтение отдавали методикам перкутанного дренирования по Сельдингеру, открытые вмешательства выполнены у 3 (1,6%) пациентов. Всего у 182 больных выполнено 484 дренирующих вмешательств, из них крупнокалиберные у 19 пациентов. Всем больным проводили антибактериальную и комплексную медикаментозную терапию по схемам принятым для лечения абсцессов печени и абдоминального сепсиса. В санации бактериальных, криптогенных, посттравматических абсцессов, нагноившихся кист использовали рутинную методику чрескожного чреспеченочного дренирования по Сельдингеру с использованием стилет-катетерной техники. Эффективность метода как окончательного способа лечения в сочетании с консервативной терапией составила 98,4%, после дренирования оперированы 2 больных с абсцессами подкапсульной локализации. В лечении контактных и холангиогенных абсцессов печени санация подразумевала два момента: 1. Типичная санация и наружное дренирование гнойной полости 2. Устранение причинного фактора хирургическим, предпочтительно малоинвазивным методом. Методика чрескожной холецистолитолапаксии применена у 19 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами, и заключалась в дренировании абсцесса печени и дополнительном крупнокалиберном дренировании



желчного пузыря. После санации полости абсцесса и отграничения холецистостомического дренажного канала от брюшной полости, выполняли чресфистульную видеоревизию полости желчного пузыря с литоэкстракцией. При холангиогенных абсцессах печени на фоне механической желтухи, обусловленной трудными конкрементами холедоха нами разработана и используется методика чрескожных холедохо-холангиолитолапоскопий. Мы являемся сторонниками приоритетного использования чрескожного дренирования желчного дерева при холангиогенных абсцессах при любой степени гипертензии, вне зависимости от уровня обструкции, его длительности и причины, при этом удается с минимальным риском добиться контролируемой билиарной декомпрессии, а созданный доступ использовать для внутрисветных вмешательств. После купирования гнойного холангита и санации полостей деструкции созданный малокалиберный доступ трансформировали в доступ большого диаметра с последующей холедохо-холангиолитоэкстракцией. Полноту санации билиарного дерева контролировали визуально и рентгенологически, методика успешно использована у 24 пациентов. Нарушения проходимости дистального отдела холедоха при невозможности эндоскопического вмешательства устраняли антеградной баллонной папиллопластикой. Осложнений связанных с созданием антеградного крупнокалиберного доступа мы не встретили. Перкутанно ассистированные эндоскопические пособия выполнены у 18 больных. Витальных осложнений связанных с диапневтическим вмешательством не отмечалось. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 27 + 3,9 дней и колебалась от 8 до 67 дней.

1592. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРГЕНТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖИВОТА

*Деговцов Е.Н. (1), Возлюбленный С.И. (1),
Чалков Д.А. (2), Завьялов А.А. (3)*

1) Омск, 2) Муравленко

1) Омский государственный
медицинский университет

2) ГБУЗ ЯНАО «Муравленковская
Городская Больница»

3) БУЗОО «Медико-санитарная часть №4», Омск

Введение. Лечение больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости остается в центре внимания хирургов. Проблемы лечения

этих больных широко обсуждается на различных конференциях и съездах. Последние годы привнесли в хирургию значительные изменения, которые связаны с внедрением в практическую работу новые высокотехнологические методики. В настоящее время минимально инвазивные хирургические методы являются операциями выбора для лечения больных с различными заболеваниями органов брюшной полости. Эндовидеохирургические и минилапаротомные хирургические вмешательства уже достаточно отработаны: существуют показания и противопоказания для каждого из них. Но использование этих минимально инвазивных методов не только в отдельности, но и в комбинации, требует дальнейшего изучения результатов хирургического лечения больных с острой патологией органов брюшной полости. Поэтому поиск совершенствования результатов лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости привел к разработке и внедрению комбинированного минимально инвазивного хирургического лечения. Комбинированный минимально инвазивный хирургический способ позволяет расширить показания к применению нескольких миниинвазивных методов и значительно снизить частоту открытых хирургических вмешательств, осложнений, уменьшить среднее пребывание больного в стационаре и летальность. Цель. Улучшение результатов и повышения эффективности хирургического лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости путем комбинированного использования эндоскопических, эндовидео-лапароскопических и минилапаротомных вмешательств.

Материал и методы. На протяжении 10 лет с применением комбинированного минимально инвазивного хирургического лечения было прооперировано 217 пациентов, которые были разделены на три группы: 91 пациент с острым осложненным панкреатитом; 70 пациентов с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом; 22 пациента с перфоративной пилородуоденальной язвой; 34 пациента с острым аппендицитом.

Результаты. Проведенная сравнительная оценка результатов лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости выявила явные преимущества комбинированного минимально инвазивного хирургического лечения по сравнению с открытыми методами. Применение комбинированного минимально инвазивного лечения приводит не только к уменьшению количества осложнений и пребыванию пациента, как в отделении реанимации, так и в стационаре, но и к снижению летальности. Заключение. Таким образом, применение комбинированного минимально инвазивного хирургического спосо-



ба, включающего в себя сочетание высокотехнологичных вмешательств в неотложной хирургии органов брюшной полости, имеет несомненное преимущество перед открытыми хирургическими вмешательствами. Рациональная последовательность применения эндовидео-лапароскопических и минилапаротомных хирургических вмешательств позволяет обеспечить адекватный объем хирургического вмешательства и тем самым избежать открытого традиционного лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органами брюшной полости. Невысокий процент осложнений и летальности после срочных хирургических операций с использованием минимально инвазивных технологий демонстрирует целесообразность данной тактики лечения. Новые технологии и рациональная хирургическая тактика в лечении пациентов с острыми хирургическими заболеваниями улучшают сроки лечения и сокращают сроки пребывания больного в хирургическом стационаре. Можно констатировать их высокую эффективность, малую травматичность и экономическую выгоду. Представленный материал свидетельствует о перспективности предложенного способа хирургического лечения, которая требует последующего исследования в данном направлении.

1593. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОЛИТИАЗОМ

*Деговцов Е.Н.(1), Возлюбленный С.И.(1),
Завьялов А.А.(2), Чалков Д.А.(3)*

Омск, Муравленко

- 1) Омский государственный медицинский университет
- 2) БУЗОО «Медико-санитарная часть №4»
- 3) ГБУЗ ЯНАО «Муравленковская Городская Больница»

Введение. Наиболее актуальной проблемой в диагностике и лечении из всех осложнений ЖКБ является сочетание острого холецистита и холангиолитиаза. Острый холецистит возникает у 24 – 26 % больных хроническим калькулезным холециститом, а холангиолитиаз наблюдается у 18 – 25 % пациентов с калькулезным холециститом. В отдаленном послеоперационном периоде у 12,3 – 24 % пациентов с холецистохолангиолитиазом после выполнения двухэтапного хирургического лечения нарушение замыкательной функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки приводит

к дуоденобилиарному рефлюксу, бактериальной контаминации и хроническому воспалению желчных путей, что негативно сказывается на отдаленных результатах хирургического лечения. Цель. Изучение отдаленных результатов одноэтапного минимально инвазивного хирургического лечения у больных холецистохолангиолитиазом.

Материалы и методы. Для изучения отдаленных результатов лечения у больных холецистохолангиолитиазом, которые подвергались хирургическому лечению, было проведено исследование методами анкетирования (анкета SF-36) и обследования, включающего клинические (жалобы, осмотр), лабораторные (анализ крови и мочи, уровень билирубина, АлАТ, АсАт, ЩФ) и инструментальные (ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) методы исследования. В исследовании проведено сравнение двух групп больных: группа больных (31 пациент), оперированных одноэтапным миниинвазивным хирургическим способом и группа больных (28 пациентов), которые были оперированы двухэтапным хирургическим способом.

Результаты. В зависимости от результатов анкетирования и обследования, пациенты были разделены на следующие группы: хорошие результаты (группа А – 27 пациентов, что составило 87,1 %; группа В – 19 пациентов, что составило 67,8 %), удовлетворительные результаты (группа А – 4 пациента, что составило 12,9 %; группа В – 6 пациентов, что составило 21,5 %), неудовлетворительные результаты (группа А – неудовлетворительных результатов не наблюдали; группа В – 3 пациента, что составило 10,7 %). Таким образом, проведенный сравнительный анализ эффективности одноэтапного минимально инвазивного и двухэтапного хирургического лечения больных холецистохолангиолитиазом выявил очевидную диспропорцию уровня качества жизни между этими группами: хорошие показатели в обеих группах нивелированы удовлетворительными показателями в группе В. Неудовлетворительные показатели в группе В окончательно усугубили диспропорцию уровня качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение. Таким образом, проведенный сравнительный анализ эффективности одноэтапного минимально инвазивного и двухэтапного хирургического лечения больных с холецистохолангиолитиазом выявил очевидную диспропорцию уровня качества жизни между этими группами: хорошие показатели в обеих группах нивелированы удовлетворительными показателями в группе В. Неудовлетворительные показатели в группе В окончательно усугубили диспропорцию уровня качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде. Полученные результаты проведен-



ного исследования свидетельствуют о несомненном преимуществе одноэтапного минимально инвазивного хирургического лечения больных с холецистохолангиолитиазом.

1594. ОПЫТ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПАНКРЕАТИЧЕСКОМ ПРОТОКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Григорьев С.Н., Охотников О.И.

Курск

Курская областная клиническая больница

Цель работы. Изучить возможность и эффективность лечения осложненных форм обструктивного панкреатита с использованием методик вирсунгодуденального стентирования из транскутанного доступа.

Материалы и методы. В 2006-2016гг. наблюдалось 105 пациентов с осложнениями обструктивного панкреатита, у которых нельзя было купировать панкреатическую гипертензию традиционными оперативными или эндоскопическими вмешательствами в связи развитием парапанкреатического воспалительного процесса, наличием очаговых деструктивных осложнений, либо грубой деформации панкреатического протока. Возраст пациентов составил 38+4,4г, мужчин было 89,5%. Каждый пациент был обследован с использованием сонографии, эндоскопии, КТ. Всем пациентам выполнялось пункционное контрастирование панкреатического протока. При пункционной вирсунгографии оценивали причину и характер панкреатической обструкции, протяженность и уровень стриктур, наличие деструкции паренхимы и ее степень. У всех пациентов хронический панкреатит носил тяжелое, часто рецидивирующее течение и по эндоскопической классификации панкреатограмм в 84 случаях относился к тяжелой форме хронического панкреатита. Эндоскопическое исследование при протоковой патологии панкреатобилиарной зоны мы, априори, привыкли считать информативным и безопасным, и это действительно так. Однако при тяжелых формах хронического панкреатита, в случаях протяженных тубулярных стенозов, грубой деформации панкреатического протока, при наличии многоуровневых стриктур, при инфицировании содержимого протоковой системы ситуация может быть прямо противоположной. Тем более, что в ряде случаев наблюдается абсолютная окклюзия панкреатического протока. Хирургическое вмеша-

тельство начинали с дренирования парапанкреатических экссудативных осложнений. Первичное купирование панкреатической гипертензии всегда начинали с наружного дренирования панкреатического протока дренажом pig tail. Использовали два вида доступов. Прямое внеорганный дренирование панкреатического протока с последующим внутренним стентированием зоны стеноза или каркасным наружно-внутренним дренированием с этапными баллонными пластиками измененных участков протока. В случаях протяженного стеноза с грубой деформацией панкреатического протока дренирование выполняли доступом через просвет ДПК, с целью создания нового вирсунгодуденального соустья. Затем производили обходное стентирование панкреатического протока, путем погружения дренажа в просвет ДПК с использованием эндоскопической поддержки. Результаты. Вмешательства были успешны у всех пациентов. Прямое стентирование панкреатического протока выполнено у 57 пациентов: у 6 с использованием металлического каркасного стента, у 15 с наружно-внутренним каркасным дренированием и этапными баллонными пластиками зоны стеноза, у 11 с применением пластиковых стентов, у остальных дренирование носило временный характер перед радикальным оперативным вмешательством. Обходное стентирование панкреатического протока из трансгастрального доступа выполнено у 13 пациентов, из трансдуденального доступа у 35 больных. Предпочтение имеет трансдуденальный доступ, как более физиологичный. Комбинирование методик в устранении панкреатической гипертензии применено в 8 случаях (8,5%). У 3-х пациентов выполнена вирсунголитозэкстракция из антеградного чрескожного доступа с последующим стентированием панкреатического протока. Осложнения встретились у 5 пациентов. У одного кровотечение из панкреатического протока, купированное консервативно и у 4 больных миграции дренажей. Летальных случаев и осложнений потребовавших хирургической коррекции не наблюдалось.

Заключение. Чрескожное стентирование панкреатического протока эффективно купирует воспаление и устраняет интрапанкреатическую гипертензию.



1595. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Гаербекоев А.Ш., Хамченков А.Г., Демин К. А., Лебедев М.А.

Батайск, Ростовской области

МБУЗ ЦГБ г. Батайска РО

Значительные успехи, достигнутые в последнее время в хирургическом лечении заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, не снижает актуальность проблемы диагностики и лечения желчнокаменной обтурационной кишечной непроходимости. Это связано с ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью и увеличением таких ее серьезных осложнений, как внутренние билиодигестивные свищи и желчнокаменная кишечная непроходимость (билиарный илеус (БИ) - gallstone ileus). Целью настоящего исследования явился анализ результатов лечения и оптимизация лечебно-диагностического процесса и метода оперативного лечения при билиарном илеусе. Материалы и методы. За период с 2005 по 2016 год в условиях МБУЗ ЦГБ на лечении находились 32 больных с БИ. Все больные поступили в порядке оказания экстренной помощи спустя 24 часа после начала заболевания. В основном, это лица пожилого и старческого возраста. Признаки острой кишечной непроходимости при поступлении были выявлены только у 4 больных. У остальных больных в процессе дообследования и консервативного лечения нарастали явления кишечной непроходимости. При диагностике заболевания учитывался анамнез заболевания (нарастающие признаки кишечной непроходимости, ЖКБ и приступы острого калькулезного холецистита анамнезе); рентгенологические признаки БИ (тени крупного желчного камня вне проекции желчного пузыря, выявление симптома аэрохолии, выявление обтурирующей кишки каменистой плотности округлого образования, наличие заброса контраста через билиодигестивный свищ в желчный пузырь); выявление с помощью фиброгастродуоденоскопии внутренних билиодигестивных свищей или крупных камней в желудке или двенадцатиперстной кишке; выявление крупных желчных камней — с помощью сонографии. В данной категории больных благоприятного консервативного исхода не выявлено и все больные были оперированы с диагнозом острая кишечная непроходимость в течении от 12 часов до 36 часов с момента поступления. Консервативное лечение имеет теоретический аспект, а также

как терапия, коррегирующая имеющиеся водно-электролитные нарушения в плане предоперационной подготовки. При диагностировании БИ обязательно выполнение ревизия гепатодуоденальной зоны. Этапность разобщения выявленного билиодигестивного свища (одно- или двухмоментно) определяется оператором индивидуально по результатам интраоперационной ситуации и фонового состояния больного (учитывая возрастной характер патологии – оценка преморбидного фона, компенсированность имеющихся кардиореспираторных заболеваний, комбинированный характер поражения желудочно - кишечного тракта и желчевыводящей системы, а так же оценка стадийности выявленной ОКН и перитонеальных явлений). Нами разработан алгоритм лечебно-оперативной тактики. Варианты оперативного лечения: лапаротомия, (причина обтурационной кишечной непроходимости в условиях экстренной хирургической помощи не установлена), ревизия ОБП (определение уровня и источника непроходимости, исключение множественного поражения безоарами ЖКТ), оценка подвижности обтурирующего безоара, жизнеспособности кишки в зоне обтурации, принятие решения о характере вмешательства, энтеротомия вне зоны обтурации (с целью профилактики несостоятельности швов в зоне энтеротомии), удаление обтурирующего камня, энтерорафия (после визуальной оценки зоны вклинения), при наличии сомнительной жизнеспособности и признаках некроза с явлениями перитонита, резекция кишки, несущей обтурирующий безоар в пределах жизнеспособных тканей с наложением анастомоза или формированием концевой энтеростомы (разлитой перитонит, резекция терминального отдела подвздошной кишки в непосредственной близости от илеоцекального угла). Оперативное вмешательство проводили под общим обезболиванием из срединного лапаротомного доступа. У трех больных выполнено видеоассистированное устранение обтурационной кишечной непроходимости. Применена методика лапароскопической хирургии с ручной ассистенцией (в англоязычной литературе HALS – hand-assisted laparoscopic surgery).

Результаты: Очевидные преимущества миниинвазивных технологий, полученные в плановой хирургии, пока не могут быть реализованы в полной мере при лечении больных, нуждающихся в экстренной помощи, в частности при данной патологии.

Выводы: строгое соблюдение лечебно-диагностического алгоритма при билиарном илеусе позволит минимализировать неблагоприятный исход лечебно-диагностического процесса и оперативной тактики.



1596. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*Палехова Л.С.(1), Старчиков С.В.(2),
Ахметов Р.Ф.(2), Капустин Б.Б.(2)*

Ижевск

1)БУЗ УР "ГКБ №2 МЗ УР"2)ФГБОУ ВО ИГМА

Актуальность проблемы. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК)- наиболее частая причина экстренной госпитализации в хирургические стационары. Летальность составляет около 15%, а послеоперационная приближается к 35%. Цель исследования: оценить результаты лечения больных желудочно-кишечным кровотечением в условиях реанимационного отделения и раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: анализировались результаты лечения 111 больных желудочно-кишечным кровотечением за период с 2014-2016 г.г. находившихся в реанимационном отделении БУЗ УР «ГКБ №2 МЗ УР» (г. Ижевск). В 2014 году пациентов было 24. Преобладали мужчины 18 (75%) , женщин 6 (25%). По нозологии это 5 (20%) пациентов желудочно-кишечным кровотечением невыясненной причины. Источником являлась язвенная болезнь желудка 9 (37,5 %). Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки 6 (25 %) пациентов. Синдром Меллори-Вейса 2 (8,3 %). Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода 2 (8,3 %). Возрастной состав 25—44 года 8 (33,3 %) пациентов, 44-60 лет 5 (20,8 %) пациентов, 60-75 лет 8 (33,3%), 75-90 лет 3 (12,5 %) больных. В 2015 году пациентов было 44. Преобладали мужчины 33 (75%) , женщин 11(25%). По нозологии это 7 (15,9 %) пациентов желудочно-кишечным кровотечением невыясненной причины. Источником являлась язвенная болезнь желудка 14 (31,8 %). Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки 10 (22,7 %) пациентов. Синдром Меллори_Вейса 3 (6,8 %). Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода 8 (18,1 %). Эрозивный гастрит 2 (4,5 %). Возрастной состав 25—44 года 12 (27,2 %) пациентов, 44-60 лет 13 (11,3 %) пациентов, 60-75 лет 9 (20,4%), 75-90 лет 10 (22,7 %) больных. В 2016 году пациентов было 46. Преобладали мужчины 29 (67,4%) , женщин 14(23,6 %). По нозологии это 6 (13,9 %) пациентов желудочно-кишечным кровотечением невыясненной причины. Источником являлась язвенная болезнь желудка 21 (45,6 %). Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки 3 (6,9 %) пациентов. Синдром Меллори_Вейса 4 (9,3 %). Кровотече-

ние из варикозно расширенных вен пищевода 12 (27,9 %). Возрастной состав 25—44 года 13 (30,2 %) пациентов, 44-60 лет 14 (32,5%) пациентов, 60-75 лет 8 (18,6%), 75-90 лет 8 (18,6 %) больных. Все больные обладали отягощенным анамнезом: ИБС, ХОБЛ, ХПН. Диагностическая программа включала осмотр в приемном отделении, консультация врача-реаниматолога, так как все больные доставлялись с высокой волновой скоростью желудочно-кишечного кровотечения. При эндоскопическом исследовании определяли Forrest. В некоторых случаях применялась эндоскопическая остановка кровотечения. Дальнейшая хирургическая тактика зависела от эффективности применяемой терапии. В большинстве случаев удавалось добиться стойкого гемостаза медикаментозным путем. Показанием к операции была эндоскопическая картина F I A, F II B. Оперативному вмешательству подверглись в 2014 году 5(20,8%) пациентов. Виды операций ушивание кровоточащего сосуда в язве 2 пациентам. 3 пациентам иссечение язвы, резекция желудка. Тактическое решение в 2015 году оперативному лечению подверглись 20 (45,5 %) пациентов выполнено ушивание кровоточащего сосуда в язве 15 , иссечение, резекция желудка 3 пациентам, перевязка левой желудочной артерии 2 пациентам. В 2016 году оперировано 16 (37,2 %). Операции это ушивание кровоточащего сосуда у 15 пациентов, перевязка левой желудочной артерии у 1 пациента. Результаты лечения: летальность зафиксирована в 2014 году впервые сутки 3 (12,5 %) пациентов, общая летальность составила 8 (33,3 %) пациентов. В 2015 году летальный исход впервые сутки 5(11,3 %) пациентов, общая летальность составила 11 (25 %) пациентов. В 2016 году летальный исход впервые сутки 2(4,6 %) пациентов, общая летальность составила 11 (23,9 %) пациентов.

Вывод: анализируя, больных желудочно-кишечным кровотечением 3 года выявили, что в абсолютных числах количество больных увеличивается, но в процентном отношении находится на одном уровне. Летальность в процентном отношении имеет тенденцию к снижению. Отягощенный анамнез (ИБС, ХОБЛ), пожилой возраст увеличивает риск смертельных осложнений.



1597. ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ИНСТИЛЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Терсков Д.В.(1), Черданцев Д.В(1,2),
Дятлов В.Ю.(1), Пирова А.Ш.(2)*

Красноярск

1)КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
2)ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный
медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Минздрава России

Синдром диабетической стопы в настоящее время рассматривается, как наиболее тяжелое из всех поздних осложнений сахарного диабета. По данным Государственного регистра больных СД в 2014г. синдром диабетической стопы (СДС) регистрировался у 5,6% пациентов с СД 1 типа и 2,4% пациентов с СД 2 типа. Особой тяжестью отличаются гнойно-некротические проявления синдрома диабетической стопы, проявления которых варьируются от поверхностных язвенных дефектов до развития гангрены стопы. Одним из инновационных методов локального воздействия на раневой процесс при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы, является применение прологированного местного отрицательного давления. Для совершенствования данной методики применяют вакуумно-приточная терапия. Технология предусматривает кроме использования локального отрицательного давления в области раны, периодическое орошение раневой поверхности раствором антисептика через определенные промежутки времени. Цель: Изучить лечебные возможности комбинированного воздействия отрицательного давления и локальной инстилляцией раствора диоксида на течение раневого процесса. Материал и методы: Нами исследованы результаты лечения 83 пациентов находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии Красноярского краевого гнойно-септического центра. Больные 1 группы (n=27) в комплексном лечении получали местную вакуумно-инстилляционную терапию (ВАКИ). Пациенты 2 группы (n=27), у которых в комплексном лечении применялась традиционная вакуумная терапия (ВАК). Больные 3 группы (n=27) получали стандартные перевязки с использованием растворов антисептиков и мазей на водорастворимой основе (Левомеколь, Левосин). Оценка состояния раны проводилась с применением программы цифровой визуализации WHAT (Lohmann & Rauscher). Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы SPSS, версии 20.0. Для оцен-

ки значимости статистических различий использовали непараметрический ранговый критерий Краскела-Уолиса, с последующим попарным сравнением групп по критерию Манна-Уитни. Сравнения зависимых выборок производилось при помощи рангового критерия Вилкоксона. Значимость различий качественных и порядковых признаков в группах наблюдения оценивали при помощи о критерия χ^2 Пирсона. Традиционная вакуум-ассистированная повязка и вакуумно-приточная система накладывались после санации гнойно-некротического очага. У больных 1 группы (ВАКИ) использовался циклический прерывистый режим, повязка подключалась к аппарату вакуумной терапии VivanoTec (Hartmann, Германия) и находилась на ране в течение 48 часов с отрицательным давлением. В течение 2 минут вакуумирование не проводилось, с последующим вакуумированием с отрицательным давлением 120 мм рт. ст. в течении 10 минут. При этом к дну по приточному катетеру, инфузионным двухканальным насосом "SYRINGEPUMPSEP-21Splus", производилась подача 1% раствора диоксида со скоростью 2-4 мл в час. У больных 2 группы (ВАК) использовался стандартный непрерывный режим вакуумирования. Анализ хирургических вмешательств, выполненных у больных 1-3 групп, показывает большее число «малых» ампутаций у пациентов 1 группы- 22 (81%), которые позволили сохранить опорную функцию, в сравнении с результатами, полученными у больных 2- 21(78%) и 3 - 18 (62%) групп. Важным показателем, определяющим экономические затраты на лечение, является средняя продолжительность стационарного лечения, которая у больных 1 группы составила 17,1±1,5 суток, 2 группы 20,2±0,7 суток, 3 группы – 22,5±1,4. У больных 1 группы была меньше продолжительность 1 фазы раневого процесса, а так же достоверно реже требовались повторные санлирующие операции, в основной группе больных за счет более быстрого купирования местного отека удалось закрыть раневой дефект наложением вторичных швов у 17 пациентов (62,9%), тогда как у пациентов 2 и 3 групп местными тканями закрыто 15 (55,5%) и 13 (44,8%). Для закрытия раневых дефектов у пациентов групп сравнения потребовалось произвести большее количество аутодермопластик. Выводы. Таким образом, метод вакуумно-приточной терапии способствует очищению и закрытию раневых дефектов стоп быстрее, чем при стандартном местном лечении и использовании классической методики лечения ран отрицательным давлением. Циклическое орошение раневого ложа раствором антисептика 1% диоксида приводит к более быстрой деконтаминации раны, позволяет эффективно удалять воспалительный экссудат и поддерживать в ране влажную среду.



1598. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Деговцов Е.Н.(1), Низовой К.А.(1), Павлов С.С.(1),
Прохоренко А.В.(2), Коцовский А.М.(2),
Бублейник О.А.(2)*

Омск

- 1) Омский государственный медицинский университет
- 2) Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1

Актуальность проблемы. Актуальными остаются проблемы острой кишечной непроходимости (ОКН) опухолевого генеза, связанные с поздней обращаемостью, сложностью ее ранней диагностики, выбора рациональной тактики, а также неудовлетворительными результатами лечения.

Цель исследования: Определение рациональной тактики лечения и оптимального объема хирургического вмешательства при ОКН опухолевого генеза.

Материал исследования. За последние 5 лет в БУ-300 ГК БСМП №1 города Омска был оперирован 431 пациент с ОКН, из них рак ободочной кишки был у 366 (85%) больных, рак прямой кишки у 65 (15%) пациентов. Опухоль локализовалась в правой половине толстой кишки у 56 (12,9%) пациентов. В левой половине ободочной кишки опухоль локализовалась у 278 (64,5%) больных (в селезеночном углу у 40 (9,2%), в нисходящем отделе у 22 (5,1%), в сигмовидной кишке у 181 (41,9%), в ректосигмоидном отделе у 35 (8,1%)). Поперечная ободочная кишка была поражена у 32 (7,4%) больных, прямая кишка у 65 (15,0%). Все больные поступили в порядке неотложной помощи, с клиникой острой кишечной непроходимости. У 52 пациентов имел место перитонит вследствие распада опухоли, и у 9 - перитонит явился следствием диастатической перфорации кишки. Длительность непроходимости колебалась от 2 до 12 суток и составляла в среднем для рака ободочной кишки - 4,8 суток, для прямой кишки - 5,2 суток. Пациенты пожилого и старческого возраста составляли 75,9%. Средний возраст больных составил 65,2 года. Женщины составили 68,9%, мужчины - 31,1%. Из 366 больных раком ободочной кишки радикально оперированы 176. У 36 с III стадией заболевания из-за тяжести состояния, выполнены паллиативные хирургические вмешательства (наложение илеотрансверзоанастомоза или колостомы). У больных раком прямой кишки выполнена одна радикальная операция (перед-

няя резекция прямой кишки) и 64 паллиативных (наложение колостомы). Результаты: Послеоперационная летальность при составила 26,9%: при радикальных операциях - 23,4%, при паллиативных в III стадии заболевания - 8,3%. Из 155 больных раком ободочной кишки в IV стадии, оперированных паллиативно погибло 56 (36,1%), из 64 паллиативно оперированных больных при раке прямой кишки погибло 16 (25,0%) пациентов. Причинами летальности у 12 (2,8%) пациентов явилась ТЭЛА, у 22 (5,1%) – тяжелая двухсторонняя пневмония, у 11 (2,5%) – острая сердечно-сосудистая недостаточность; несостоятельности культи аборальной конца толстой кишки были у 6 (1,4%); у одного пациента имела место несостоятельность толсто-толстокишечного анастомоза, наложенного конец в конец; у 2 больных старческого возраста возникла несостоятельность илеотрансверзоанастомоза; в 8 наблюдениях некроз *anus praeternaturalis*; нагноение подкожно-жировой клетчатки срединной раны у 26 и эвентерация у 10 больных. Средний койко-день после радикальных операций составил 15,8, и 11,2 в группе паллиативно оперированных больных. Наиболее частой формой опухоли была умеренно-дифференцированная аденокарцинома - 54,9%, низкодифференцированная - 18,3%, высокодифференцированная – в 6,8% случаев, муцинозная аденокарцинома - 2,5%, перстневидно-клеточный рак - 0,7%. Выводы: Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники, методов анестезиологического и реанимационного обеспечения непосредственные результаты остаются у этих больных неудовлетворительными, особенно у больных раком толстой кишки, осложненных прободением опухоли и перитонитом. При сравнении показателей летальности радикально и паллиативно оперированных больных в III стадии заболевания (23,4% и 8,3% соответственно) очевидным является то, что методом выбора должен быть паллиативный характер хирургических вмешательств в условиях оказания неотложной помощи больным с ОКН опухолевого генеза. При выборе объема хирургического вмешательства при IV стадии заболевания, по нашим данным, предпочтение также должно отдаваться минимальному объему вмешательства (наложению илеотрансверзоанастомоза или колостомы). Именно при этих вмешательствах летальность наиболее низкая.



1599. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Чарчян Э.Р., Белов Ю.В., Скворцов А.А., Чакал Д.А.

Москва

ФГБНУ "РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского"

Введение: Хирургия торакоабдоминального отдела аорты сопряжена с высоким риском оперативного лечения, ввиду вовлечения в патологический процесс большого количества жизненно важных органов и объема оперативного вмешательства. Развитие хирургической техники, анестезиологического и перфузиологического пособий позволили снизить летальность при протезировании торакоабдоминального отдела аорты с 25% - 28,6% до 8% - 11,4%. Несмотря на удовлетворительные отдаленные результаты оперативного лечения, остается определенный процент больных, которым требуется выполнение повторной операции после реконструкции того или иного отдела аорты. По данным различных авторов, количество данных пациентов может достигать 27%.

Цель: представить результаты повторных операций у пациентов с аневризмой торакоабдоминального отдела аорты, различные варианты хирургической коррекции данной патологии. **Методы:** с 2010 по 2016 год в отделении хирургии аорты и ее ветвей «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» выполнено 34 повторных операций на торакоабдоминальном отделе аорты. Средний диаметр аорты составил $7,3 \pm 1,5$ см. В 42% аневризма сочеталась с расслоением аорты III типа по DeBakey, разрыв ложной аневризмы диагностирован в 12% случаев. В спектр выполненных операций вошли: 1) традиционные открытые методы: протезирование торакоабдоминального отдела аорты - 30 (88%) операций, из них по методике Coselli – 7, по методике Crawford – 23; 2) «Гибридные» методики: два висцеральных дебринга – 6%, с последующим стентированием расширенных отделов аорты; 3) двум пациентам выполнена процедура Frozen Elephant Trunk. Контрольная МСКТ аорты выполнялась при выписке и через год после госпитализации.

Результаты: Не было ни одного случая интраоперационной летальности. Среднее время пережатия аорты составило – $64,2 \pm 7,5$ мин, продолжительности ИК- $106,3 \pm 36,5$ мин, ЛПБО – $73,7 \pm 19,7$ мин. 30- ти дневная и госпитальная летальность составила 8,8 % (n-3). Однолетняя выживаемость составила - 91%, 3-х летняя – 88%. Проходимость всех протезированных ветвей через один год после

вмешательства 97%. **Выводы:** ввиду разнообразия поражения торакоабдоминального отдела аорты, необходим индивидуальный подход при определении тактики лечения у пациентов с данной патологией. В группе пациентов низкого и среднего риска выполнение первичной радикальной операции позволяет снизить вероятность повторных вмешательств в будущем. В группе пациентов высокого хирургического риска «гибридные» методики позволяют выполнить максимально радикальное вмешательство с более низкой частотой послеоперационных осложнений.

1600. ВНЕДРЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ПРАКТИКУ

Цкаев А.Ю., Гаджибакаров Ш.М., Брынцев М.В

Калуга

ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи» им. Шевченко К.Н.

Цель работы: показать возможность внедрения в повседневную практику эндовидеохирургических вмешательств в условиях больницы скорой помощи.

Материалы: БСМП г Калуги – многопрофильное медицинское учреждение, специализирующееся на оказании в основном экстренной хирургической помощи жителям г. Калуга и близлежащих районов Калужской области. Учитывая urgentное направление деятельности, до конца 2013 года в БСМП с применением лапароскопических технологий выполнялась в основном лапароскопическая холецистэктомия, диагностическая лапароскопия, единичные плановые гинекологические операции. В ноябре 2013 году произошла смена руководства БСМП. Осуществлена смена вектора развития хирургической помощи. Учитывая большую настороженность коллектива к внедрению новых технологий, для демонстрации современных возможностей эндохирургии вмешательств, в декабре 2013 состоялся 1-ый мастер класс по эндовидеохирургии. Определена стратегия развития эндохирургии. С 2014 года, в соответствии с программой модернизации здравоохранения калужской области, началось активное внедрение малоинвазивных технологий в практику БСМП. Освоение лапароскопических операций производилось от простого к сложному. Развитие коснулось плановой и экстренной помощи в хирургии, урологии, гинекологии. Внедрение новых



операций, как правило, было сопряжено с очередными тематическими мастер-классами. Проведен анализ эффективности внедрения лапароскопических методик в практику БСМП за 2015-2016 г. Количество оперированных хирургических больных составило: 2015 г – 2429 (из них плановые – 416), в 2016 г 2671 (из них плановые 643) пациента. Доля плановых операций составила 25.7 %. Полученные результаты: 79 % аппендэктомий лапароскопическим доступом. 37 % ушивания прободных язв, 64% лапароскопических холецистэктомий при остром холецистите, 96 % при хроническом холецистите, 16.5 % лапароскопический адгезиолизис при спаечной непроходимости. Внедрено в повседневную практику лапароскопическое дренирование брюшной полости, ревизия сальниковой сумки при панкреонекрозе – что составило 66 % от всех операций выполняемых при панкреонекрозе. Внедрена лапароскопическая герниопластика – 21% операций выполняются лапароскопическим доступом. 93 % гинекологических операций в БСМП выполняются лапароскопически. 26.02.2016 в БСМП открыт Центр эндохирургии, что явилось логичным продолжением стратегии развития. Открыта интегрированная операционная. В отделении центра помощь оказывается по профилям: хирургия, урология, гинекология в плановом порядке и ургентная помощь. Приоритет – симультанные вмешательства. За 10 месяцев работы в 2016 г выполнено 427 операций. Из структуры оперативных вмешательств основную массу составила лапароскопическая холецистэктомия – 152 операции (35.6%), лапароскопическая герниопластика 79 операций (18.5%), лапароскопическая аппендэктомия – 43 операции (10.3 %) Лапароскопическая уретеролитотомия – 34 операции (8%). Резекция кист почек - 8 операций. Из общего количества 32 пациентам выполнены симультанные вмешательства (54 операции) (14 % от общего количества операций), на этапе внедрения лапароскопическая фундопликация - 7 операций, лапароскопическая нефрэктомия – 3 операции, резекция почки 3 операции, пластика ЛМС 4 операции. Средние сроки лечения хирургических больных в БСМП составили: 6.22, при остром аппендиците 5.5, остром холецистите – 5.2, хроническом холецистите 4.3. Выводы: внедрение видеоскопических технологий в повседневную хирургическую практику ургентной клиники выполнимо и может быть осуществлено при поддержке руководства клиники и заинтересованности в развитии коллектива.

1601. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Самсалиев А.Дж., Молдоисаев К.Б.

Бишкек

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина

Актуальность. По данным разных мировых неонатальных центров, частота врожденной ДГ у новорожденных составляет от 1:2500 до 1:5000 случаев. Около 90% случаев происходит перемещение органов из брюшной полости в грудную клетку через задний щелевидный дефект слева. Легочная гипоплазия и гипертензия становятся основными причинами смерти больных с ДГ. Около 36% детей с врожденной ДГ умирают после рождения от дыхательной недостаточности, несмотря на реанимационные мероприятия. Таким образом, хирургическое лечение ДГ, особенно у новорожденных остается сложной проблемой в детской хирургии. Материалы и методы: изучены 59 оперированных детей с ДГ в ГКБ СМП г.Бишкек за 2006-2016 годы. Проводились общеклинические анализы, обзорная и рентгеноконтрастные исследования, УЗИ, по необходимости КТ, МРТ. Результаты. В возрасте до 1 месяца выявлено – 29 (49,1%), до 1 года 12 (20,3%), до 3-х лет 12 (20,3%), 4-6 – 4 (6,8%), старше 7 лет 2 больных (3,4%). Мальчики составили 33 (55,9%), девочки 26 (44,1%) случаев. Средний возраст матерей были 27,4±6,5 лет. Сельских жителей 23 (38,9%), городских 36 (61,1%). Обсуждение. По локализации: грыжи собственного купола диафрагмы – у 43 (72,9%), из них левого купола диафрагмы – 40 (67,8%), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – у 15 (25,4%), грыжи переднего отдела диафрагмы – у 1 (1,7%). Антенатальная диагностика ДГ поступивших в периоде новорожденности осуществлена у всех, и все поступали из родильных домов. Доношенные дети 72,4%, недоношенные 27,6%. Сопутствующие врожденные патологии у 28,8%. Больные с синдромом «асфиктического ущемления» у 30 (50,8%) случаях. Из них в периоде новорожденности – 16 (55,2%) из числа новорожденных, до 1 года у 11 (18,6%), до 3-х лет у 3-х (5,1%) из всех больных. В периоде новорожденности причиной ущемления были грыжи левого купола диафрагмы малых и средних размеров дефекта диафрагмы. В возрасте до 1 года ущемленные грыжи отмечено у 11, из них грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у 9, и у 2-х ложная грыжа левого купола диафрагмы. При грыжах пищеводного отверстия 10 больных направлены из отделения соматического профиля и гематологии, куда поступали с диагнозом



«Анемия». Обзорная и контрастное исследования грудной клетки помогли установить диагноз. КТ и МРТ органов грудной клетки применены в 5 случаях. Операционные доступы: минилапаротомия у 41, миниторакотомия у 18 больных. 59 больным с ДГ проведено 64 оперативных вмешательств. Из них в 1 случае после устранения ложной ДГ слева, через три дня на обзорной рентгенограмме в левом легком обнаружено кистозное образование. При релапаротомии швы на месте дефекта стойкие, после распухания швов через дефект диафрагмы обнаружена релаксация купола. Таким образом, обнаружен редкий порок диафрагмы, в виде сочетания ложной и истинной грыжи. Одному больному 3 раза произведена операция из-за эвентрации кишечника и несостоятельности пластики пищеводного отверстия диафрагмы и рецидива. В 1 случае релапаротомия из-за рецидива в ближайшем периоде после операции. При истинных грыжах собственного купола диафрагмы у 21 больных пластику проводили «сбаривающими узловыми швами», начиная с края грыжи к центру, у остальных дубликатурой с рассечением диафрагмы. При ложных грыжах в одном случае применена аллопластика, в остальных закрытие дефекта П-образными швами. Послеоперационная летальность у новорожденных составила 9 (31,0%) из числа оперированных в периоде новорожденности, или среди всех оперированных с диафрагмальными грыжами 15,2%. Причиной летальности были наличие сопутствующих патологий на фоне гипоплазии легкого.

Выводы и рекомендации: 1. Частота ущемленных ДГ у новорожденных 31,7%, при грыжах пищеводного отверстия в возрасте до 1 года 60%. 2. Послеоперационная летальность у новорожденных 31,8%. 3. В одном случае наблюдался сочетание ложной и истинной грыжи левого купола диафрагмы. 4. При безпричинной анемии у детей необходимо начинать обследования с обзорной рентгенограммой органов грудной клетки.

1602. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРОЛЯ ПО ФЛУОРЕСЦЕНТНОМУ ICG-ИЗОБРАЖЕНИЮ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Булдаков П.Н., Гонтарев И.Н., Бердинских А.Ю., Устинов Д.Н., Аверкина А.А., Дорохина С.А.

Барнаул

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»

Введение. С внедрением в клиническую практи-

ку лапароскопической холецистэктомии частота повреждений внепеченочных желчевыводящих путей повысилась с 0,1-0,2% до 0,4-2%. Повреждение желчевыводящих протоков — наиболее серьезное осложнение холецистэктомии, которое может существенно влиять на качество и продолжительность жизни пациентов. В настоящее время остаются актуальными интраоперационные методы идентификации желчных протоков: холангиография с контрастом, световая холангиография, флуоресцентная холангиография в ближнем инфракрасном диапазоне. В последние годы началось применение ICG (индоцианин зеленый) - флуоресценции в лапароскопической хирургии для улучшения визуализации и получения детальной анатомической информации в ходе операции. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных путем уменьшения риска интраоперационных осложнений при использовании лапароскопической холецистэктомии с контролем по флуоресцентному ICG-изображению.

Материалы и методы. В хирургических отделениях КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Барнаул в рамках клинической апробации комплекса для лапароскопии с контролем по ICG-флуоресцентному изображению выполнено 14 лапароскопических холецистэктомий (9 холецистэктомий при остром холецистите и 5 - при хроническом). Всем пациентам вводилась стандартная рекомендуемая доза препарата 0,1-0,2 мг/кг. При плановой холецистэктомии вводили 6 мл (15 мг) раствора индоцианина зеленого внутривенно от 40 минут до 8 часов перед операцией. В случаи экстренного вмешательства при остром холецистите пациентам вводился раствор индоцианина зеленого в объеме 6-8 мл ($\mu=7$ мл) средняя доза красителя составила около 17,5 мг от 15 до 30 минут перед операцией. Среднее время лапароскопической холецистэктомии с флуоресценцией при хроническом холецистите составило 22,5 минуты. При ретроспективном анализе 178 холецистэктомий в плановом порядке за год, средняя длительность операции составила 28 минут. Длительность холецистэктомии при остром холецистите с использованием флуоресценции составила в среднем 42,0 минуты. Среднее время операции, по анализу предыдущих вмешательств в экстренном порядке за год (610 холецистэктомий) - 62 минуты. Нами получена визуализация внепеченочных желчных протоков во время плановой лапароскопической холецистэктомии с флуоресценцией до выделения элементов: пузырный проток в 85%, общий желчный проток в 95%, общий печеночный проток в 75%; а после рассечения брюшины и выделения из жировой клетчатки элементов треугольника Кало: пузырный проток - 100%, общий желчный проток - 100%, общий пе-



ченочный 92%. При анализе результатов визуализации внепеченочных желчных протоков во время экстренной лапароскопической холецистэктомии с использованием контроля по флуоресценции до выделения элементов получено: пузырный проток в 75%, общий желчный проток в 85%, общий печеночный проток в 55%; а после рассечения брюшины и разделения рыхлого инфильтрата элементов треугольника Кало: пузырный проток - 100%, общий желчный проток - 100%, общий печеночный 85%. У одной пациентки с гангренозным холециститом после выделения желчного пузыря из ложе был выявлен дополнительный желчный ход (ход Люшка), что было отмечено подтеканием красителя в инфракрасном спектре, который был в последующем клипирован. Результаты. В результате использования интраоперационного контроля по флуоресцентному ICG-изображению при лапароскопической холецистэктомии в плановом порядке получено статистически незначимое сокращение времени операции на 5,5 минуты по сравнению с холецистэктомией без флуоресцентного контроля. Статистически значимое сокращение длительности холецистэктомии при остром холецистите с использованием контроля по флуоресцентному ICG-изображению составило на 20,0 минут меньше по сравнению с затраченным временем без флуоресцентного контроля. Визуализация анатомии внепеченочных желчных протоков с использованием контроля по флуоресцентному ICG-изображению составила: 91,2% при хроническом холецистите и 83,3% при остром. Нами отмечено отсутствие визуализации тканей при толщине жировой клетчатки, либо рубцово-спаечном процессе над внепеченочными желчными протоками около 3-4 мм, но при этом флуоресценция сохранена в инфильтрированных тканях при остром холецистите. В одном случае (7,1%) при лапароскопической холецистэктомии с контролем по флуоресцентному ICG-изображению удалось выявить дополнительный желчный ход в ложе.

Выводы. Применение ICG-изображения при холецистэктомии позволяет визуализировать анатомию желчевыводящих путей практически во всех случаях, вне зависимости от того, воспалена ли визуализируемая ткань. Использование интраоперационного контроля по ICG-изображению минимизирует риск повреждения внепеченочных желчных протоков и снижает послеоперационные осложнения. ICG-визуализация при лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите позволяет сократить время операции на 32,3%.

1603. НЕКОТОРЫЕ НЮАНСЫ КТ-ДИАГНОСТИКА ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Вакулин Г.В. (1), Розин А.А. (1), Ледин А.О. (1), Колотушкина Е.С. (2)

Тверь

Тверской ГМУ (1), ГБУЗ ГКБ №6 (2)

Сохраняется высокая доля пациентов с острым деструктивным панкреатитом, среди всех пациентов общехирургической клиники (4-5%), их доля ежегодно увеличивается. Послеоперационная летальность составила 13,3%. Важным является изучение как прямых, так и косвенных признаков развития и тяжести течения осложнений панкреонекроза для выбора адекватной и своевременной программы хирургического вмешательства. Материалы и методы: В клинике факультетской хирургии Тверского ГМУ за последние 8 лет было 500 случаев обращений с диагнозом острый панкреатит, 53 случая (10,6%) с тяжелой степенью течения и развитием токсических и гнойных осложнений. В 30 случаях (60%) потребовалось оперативное вмешательство. Среди этих пациентов в возрасте от 27 до 73 лет мужчин было 21 (70%), женщин 9 (30%). Для изучения распространения гнойно-некротического процесса использовалась КТ, с пероральным контрастированием в лучевой нагрузке 2,5 мЗв, толщина срезов 1,2 мм. Нами выделено 3 группы пациентов по типу распространения гнойно-некротического процесса: задний тип, с пропитыванием экссудатом забрюшинного пространства у 9 человек (30%); передний тип распространения, с наличием жидкостных скоплений в брюшной полости или парапанкреатической зоне - 17 (56,7%), и смешанный тип, с распространением экссудата и по брюшной полости, и забрюшинно у 4 (13,3%) пациентов. При КТ-измерении исследована толщина фасции Герота, толщина и плотность собственно забрюшинной клетчатки и паранефрона на разных уровнях сечения. Результаты: утолщение фасции Герота отмечено слева во всех группах пациентов, в смешанной группе это утолщение было максимальным (1,68-1,97 мм слева, и 1,33-1,85 мм справа). Забрюшинная клетчатка у всех оказалась толще и плотнее справа на уровне L3-L5 (11,9-20,6 мм). Эти данные совпадают и с результатами морфологических исследований (Золотко Ю.Л., 1967, Копчак В.М., Усенко, А.Ю., 2011). Определение плотности тканей производилось в программе RadiAnt DICOM и выражалось в единицах Хаунсфилда (HU). Гидрофильность левых отделов забрюшинного пространства была значительно



больше (-62,7 HU в краниальных отделах, -59,7 HU на уровне L3-L4). У мыса крестца толщина и плотность клетчатки оставалась выше, причем справа эти показатели были больше (-51,4; -56,0 HU). Логичным выглядит и утолщение паранефрона у пациентов с задним типом распространения экссудата, но утолщение паранефрона справа была выше в среднем на 10-15 ед HU. У больных с перитонеальными осложнениями и отсутствием жидкостных скоплений в самой железе, средние показатели толщины паранефрона приближались к норме (-100 HU справа и -98,48 HU слева). При наличии отчетливых очагов деструкции в парапанкреатической зоне плотность паранефрона увеличивалась и была максимальной у всех больных с забрюшинной флегмоной (-76,97 HU), что указывало на выраженную инфильтрацию и отек паранефральной клетчатки. Высота забрюшинной клетчатки у пациентов первой группы была меньше слева, за счет расплавления и дефицита ее на уровне L1-L2. Толщина забрюшинной клетчатки слева при заднем типе увеличивалась в 1,5-2 раза и составила от 8,3 до 15,2 мм, максимальная толщина у пациентов первой и третьей групп отмечена на уровне L4-L5, а на уровне L1-L2, толщина клетчатки уменьшалась, по сравнению с пациентами второй группы. Создавалось впечатление, что некротизированная ткань опускалась вниз к мысу крестца. Таким образом, использование КТ измерений у больных с тяжелым панкреатитом позволяет в ранние сроки прогнозировать распространение гнойных осложнений и определять вектор течения экссудативного процесса. Течение пациентов с задним типом распространения более тяжелое и объясняется высокой гидродинамической гипертензией тканей и ухудшением их трофики, что усиливает некротические процессы в забрюшинном пространстве. Максимальное скопление патологического экссудата в ретроперитонеальной зоне приближается к области малого таза, что позволяет при КТ проводить топическую диагностику и выбирать правильный хирургический доступ.

1604. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ-ЛАБХАРТА

Семенов Д.Ю., Василевский Д.И., Анисимова К.А., Лапшин А.С., Баландов С.Г., Фадеева И.И.

Санкт-Петербург

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Синдром Прадера-Вилли-Лабхарта (Prader-Willi-Labhart syndrome, PWS) – мультипси-

стемное наследственное заболевание, впервые описанное в 1956 году, причиной которого является отсутствие отцовской копии участка хромосомы 15q11-13. Синдром Прадера-Вилли-Лабхарта – самая частая генетическая причина ожирения у детей. Уже в детском возрасте развивается тяжелая гиперфагия, обусловленная гиперпродукцией грелина (гормона голода), вырабатываемого P/D1-клетками слизистой оболочки желудка, прогрессивно развивается ожирение, сопровождающееся рядом метаболических нарушений. Все это приводит к ранней инвалидизации и смертности людей трудоспособного возраста. Смерть таких больных преимущественно связана с осложнениями ожирения: сахарным диабетом 2-го типа, дыхательной недостаточностью и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. В ноябре 2016 года в центр хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений ПСПБГМУ им. И.П. Павлова поступила пациентка 23 лет (1993 года рождения), страдающая ожирением III степени на фоне PWS. Индекс массы тела составлял 70,7 кг/м², при росте 150 см, вес 159 кг. Были выявлены характерные фенотипические особенности: низкий рост, узкая височная часть черепа, долихоцефалия, акромикрия, а так же задержка психомоторного развития, гипогонадизм. Известно, что избыточная масса тела отмечалась с 1996 г. (с трех лет пациентки) с постепенным прогрессированием ожирения. С этого же времени осуществлялся постоянный контроль пищевого поведения родителями, симптоматическая медикаментозная терапия, многочисленные попытки снижения веса без желаемого результата. С 2014 года пациентка не работает в связи с невозможностью переносить минимальные физические нагрузки из-за возникающей выраженной одышки. С 2015 года отмечается прогрессирование дыхательной недостаточности. В ходе обследования в клинике был диагностирован метаболический синдром: выраженное абдоминальное ожирение, нарушение углеводного и липидного обмена, артериальная гипертензия, а так же бронхиальная астма, частично контролируемая, начальные проявления гонартроза. Таким образом, обусловленное синдромом Прадера-Вилли-Лабхарта ожирение III степени (ИМТ= 70,7 кг/м²), осложненное развитием ассоциированных заболеваний, неэффективность консервативной терапии в течение 20 лет - определили показания к хирургическому лечению. Пациентке была выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка. Полученные результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 2 месяца после операции пациентка отметила уменьшение аппетита, ей стало легче соблюдать режим питания, масса тела стабильно снижается, результаты



обследования показали положительное влияние в плане коррекции липидного и углеводного обменов, а так же снижение и стабилизацию артериального давления. Значительное улучшение дыхательной функции- уменьшение одышки, частоты приступов бронхиальной астмы. Обсуждение При синдроме Прадера-Вилли-Лабхарта имеет место значимая гипергрелинемия, прогрессирующая с возрастом, и возможно, являющаяся одним из механизмов развития гиперфагии и ожирения. Бариатрическая операция – продольная резекция желудка, ограничивающая объем желудка, за счет удаления грелин-продуцируемой зоны, позволяет добиться значительного и стойкого снижения веса, а так же улучшения метаболического профиля. Выводы и рекомендации Вопрос о снижении уровня грелина с целью коррекции гиперфагии и ожирения в настоящее время открыт, так как эффективность медикаментозного лечения остается недостаточной и кроме этого необходимые препараты обладают множеством побочных эффектов. Таким образом для лечения гиперфагии и тяжелых форм ожирения у пациентов с синдромом Прадера-Вилли-Лабхарта, после тщательного обследования, как эффективный метод лечения, необходимо рассматривать продольную резекцию желудка.

1605. БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ: СТАНДАРТИЗОВАННЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Лядов В.К., Кочатков А.В., Негардинов А.З.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздрава России

Актуальность. Оперативное лечение рака толстой кишки является основным методом лечения. Стандартизация мониторинга течения ближайшего послеоперационного периода и раннее прогнозирование развития хирургических осложнений является одним из важнейших компонентов работы по повышению безопасности больных. Настоящий анализ собственного опыта посвящен оценке клинической роли определения уровня с-реактивного белка (СРБ) в крови при стратификации больных, перенесших радикальное оперативное вмешательство на ободочной и прямой кишке, в соответствии с риском развития хирургических осложнений.

Материал и методы. В настоящий анализ вклю-

чено 235 больных, перенесших радиальные операции по поводу рака толстой кишки за период с 2014 по 2016 года включительно. Средний возраст составил $65,0 \pm 11,9$ года. При этом 224 (22,8%) больных старше 75 лет. Среди обратившихся мужчин – 459 (средний возраст $64,3 \pm 11,8$ лет) и женщин – 522 (средний возраст $65,6 \pm 11,9$ лет). Анализ уровня СРБ крови на 2-е и 4-е сутки, а при необходимости и на 6-е и 8-е сутки послеоперационного периода. Распределение больных по объему выполненного оперативного лечения следующее: правосторонняя гемиколэктомия – 78, резекция поперечной ободочной кишки – 3, левосторонняя гемиколэктомия – 21, резекция сигмовидной кишки – 52, субтотальная колэктомия – 1, передняя резекция прямой кишки с парциальной мезоректумэктомией – 30, передняя резекция прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией – 34, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 8, экзентерация таза – 4, трансанальное удаление опухоли- 4 пациента, соответственно. Вне зависимости от хирургического доступа, все вмешательства выполнялись по «стандартному протоколу» с высоким лигированием и пересечением соответствующих артерий и вен и выполнением соответствующей лимфодиссекции. Ведение больных осуществляли в соответствии с внутренними протоколами, основанными на принципах ускоренной послеоперационной реабилитации, а течение послеоперационного периода и тяжесть осложнений стратифицировали в соответствии с классификацией D. Dindo и P. Clavien.

Результаты. У больных с неосложненным послеоперационным периодом на 2-е сутки уровень СРБ составил $99,8 \pm 49,4$ мг/л, на 4-е сутки – $56,8 \pm 44,3$ мг/л. У больных с развившимся нагноением послеоперационной раны ($n = 7$) (3,0% больных с лапаротомным доступом) отмечена следующая динамика изменения концентрации СРБ на 2-е, 4-е, 6-е и 8-е сутки: $175,2 \pm 55,8$ мг/л, $129,4 \pm 60,0$ мг/л, $127,5 \pm 21,1$ мг/л и $90,5 \pm 28,9$ мг/л, соответственно. Для пациентов с развившейся несостоятельностью межкишечного соустья ($n = 17$) (7,7% больных со сформированными анастомозами) средняя концентрация СРБ крови на 2-е, 4-е, 6-е и 8-е сутки составила: $167 \pm 69,5$ мг/л, $186,6 \pm 69,8$ мг/л, $128,8 \pm 53,5$ мг/л и $89,6 \pm 53,2$ мг/л, соответственно. Не выявлено статистически достоверных различий концентрации СРБ крови на 2-е сутки послеоперационного периода у пациентов с декомпенсацией сопутствующих заболеваний (ХСН, сахарный диабет и др.) по сравнению с больными без послеоперационных осложнений. Уровень СРБ крови у пациентов с «общими» послеоперационными осложнениями ($n = 5$) (2,2% больных) на 2-е и 4-е сутки составил $136,4 \pm 39,8$ мг/л и $139 \pm 47,8$ мг/л, соответственно. У всех больных, у которых в по-



слеоперационном периоде отмечены «хирургические» осложнения, повышение уровня СРБ крови предшествовало клиническим проявлениям. Заключение Оценка уровня СРБ крови у больных, оперированных на ободочной и прямой кишке, является важным компонентом мониторинга течения послеоперационного периода и раннего прогнозирования высокого риска развития «хирургических» осложнений в рамках ведения больных в соответствии с принципами быстрой реабилитации.

1606. ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПОДОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО РУСЛА

Новицкий А.С., Завацкий В.В., Платонов С.А., Жигало В.Н., Алимхаджиев И.А., Киселев М.А., Кандыба Д.В.

Санкт-Петербург

ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе»

Актуальность: К настоящему времени отсутствуют алгоритмы по хирургическому лечению критической ишемии нижних конечностей (КИНК), обусловленной подострым тромбозом бедренно-подколенного артериального сегмента (БПС) на фоне хронических окклюзий берцовых артерий. Изолированная реваскуляризация БПС нецелесообразна в данной ситуации, так как не приводит к улучшению кровоснабжения нижней конечности, а так же ведет к ранней «острой» реокклюзии восстановленного сегмента артерий. Последнее в свою очередь влечет за собой усугубление степени ишемии и состояния пациента. Учитывая данный факт, целесообразно выполнять одномоментно реваскуляризацию как путей притока, так и оттока. Целью настоящего исследования явилась оценка результатов гибридных операций в лечении КИНК, обусловленной подострым тромбозом (от 2 недель до 3 месяцев) БПС на фоне хронического окклюзионно-стенотического поражения артерий голени. Материалы и методы: В период с 2014 по 2016 годы 12 пациентам выполнено гибридное вмешательство по поводу КИНК, которая явилась исходом тромбоза БПС на фоне нарушения оттока. Срок тромбоза клинически во всех случаях был более 2 недель и менее 3 месяцев. Тромботический характер окклюзии был подтвержден данными

дуплексного сканирования и цифровой субтракционной ангиографии. Средний возраст больных составил $68,7 \pm 9,8$ лет. У 10 больных (83,3%) имела место ишемическая болезнь сердца, у 11 (91,7%) – гипертоническая болезнь, у 4 (33,3%) - цереброваскулярная болезнь. Сахарным диабетом 2 типа страдали 3 пациента (25%). Гнойно-некротические поражения нижних конечностей имелись у 11 больных (91,7%). У одного пациента была боль покоя. В соответствии с классификацией Техасского университета поверхностные поражения (IC, D) имелись у 2 больных (16,7%), глубокие (IIC, D; IIIC, D) - у 9 больных (75%). Поражение БПС типов C и D по классификации TASC II имелось у 11 пациентов (91,7%). Во всех случаях были окклюзированы как минимум две берцовых артерии. У 5 пациентов (41,7%) окклюзия всех артерий голени сочеталась с поражением БПС типов C и D. В 9 случаях (75%) протяженность окклюзий берцовых артерий составила более 10 см. При открытом этапе выполнялись две эндартерэктомии из БПС (одна – открытая, другая – полузакрытая, петлевая), одна тромбэктомия из подвздошно-бедренного сегмента, три тромбэктомии из бедренно-подколенного шунта (PTFE); 7 тромбэктомий из БПС. Субинтимальная ангиопластика на берцовом сегменте выполнялась в 7 случаях (58,3%). В 8 наблюдениях (66,7%) выполнялась ангиопластика БПС, в 2 из которых (16,7%) потребовалась имплантация саморасширяющегося нитинолового стента.

Полученные результаты: Технический успех, под которым понимали восстановление магистрального кровотока на стопу как минимум по одной берцовой артерии, составил 100%. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента (8,3%) имел место острый тромбоз зоны реконструкции, по поводу которого выполнена закрытая тромбэктомия. У пациента с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) III болевой синдром был купирован. Вероятность заживления у больных с ХАН IV, оцененная методом Каплана-Мейера, составила 90% через 3 месяца наблюдения. Вероятность сохранения конечности составила 100% через 12 месяцев после операции.

Выводы и рекомендации: Первичные данные по применению гибридных вмешательств в лечении КИНК, обусловленной подострым тромбозом БПС на фоне хронического поражения артерий голени, демонстрируют хорошие непосредственные и отдаленные результаты.



**1607. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ
ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ
В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ПЕРФУЗИИ НИЗВОДИ-
МОЙ КИШКИ: БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ**

Кочатков А.В., Лядов В.К., Негардинов А.З.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздрава России

Актуальность. Несостоятельность анастомоза остается краеугольным камнем обеспечения безопасности оперативных вмешательств на толстой кишке. Имеется большое число факторов, увеличивающих риск развития этого тяжелого осложнения. Достаточность длины и адекватность кровоснабжения низводимой ободочной кишки являются основными интраоперационными факторами, позволяющими снизить риск несостоятельности межкишечного анастомоза. В большинстве клиник оценка адекватности кровоснабжения является субъективной. Проведение интраоперационной флуоресцентной ангиографии с индоцианином зеленым (ИФА с ИЦЗ) позволяет объективировать оценку адекватности кровоснабжения. Материал и методы. В исследование включено 15 пациентов в период с 14 января по 04 февраля 2016 года и с 01 октября 2016 по 20 января 2017, включительно. Исследование разделено на два временных периода: первый - формирование собственного мнения о клинической целесообразности и безопасности выполнения исследования, второй - внедрение в рутинную клиническую практику. Критериями включения пациентов в исследование являлись отсутствие аллергических реакций на йод, операция на толстой кишке, проводимая из лапаротомного доступа (определяется особенностями блока камеры визуализации), «высокое» легирование питающих сосудов (лимфодиссекция D3), а также пациенты, которым выполнена низкая передняя резекция прямой кишки с лимфодиссекцией D3 после проведенной химиолучевой терапии, которым выполнялась реконструктивная операция (закрытие одноствольной колостомы). Дополнительно в исследование включен один пациент, оперированный по поводу местнораспространенной опухоли левой почки с инвазией в дистальные отделы поджелудочной железы и нижнюю брыжеечную артерию и интраоперационным решением вопроса о возможности сохранения левых отделов ободочной кишки. Для картирования перфузии тканей использована лазерная визуализация ИЦЗ. Визуализацию

осуществляли с помощью системы Novadaq SPY. Перед каждым исследованием перфузии 25 мг порошкового ИЦЗ растворяли в 5 мл физиологического раствора, что обеспечивало концентрацию 5 мг на 1 мл. Перед каждым визуализационным исследованием внутривенно вводили по 3 мл этого раствора, а затем струйно 10 мл физиологического раствора. Результаты, обсуждение ИФА с ИЦЗ выполнено 15 пациентам (10 мужчин и 5 женщин). Средний возраст больных составил $65,3 \pm 6,4$ года. У пациентов, которым выполнялись низкие передние резекции прямой кишки (3 пациента) сформированы превентивные илеостомы. Проведено 24 исследования. В двух наблюдениях кровоснабжение анастомозируемого участка толстой кишки признано неадекватным. В обоих наблюдениях принято решение о ререзекции кишки. У трех больных в процессе передней резекции прямой кишки не представлялось возможным визуализировать зону сформированного анастомоза. Осложнений от введения ИЦЗ не было. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 3 пациентов: (1) после реконструктивно-восстановительной операции и длительного адгезиолизиса - ранняя спаечная непроходимость, разрешившаяся консервативно; (2) после экстрафасциальной передней резекции на 5 сутки отмечена несостоятельность анастомоза (выполнена релапароскопия, санация и дренирование малого таза с последующей антибактериальной терапией) и (3) панкреатическая фистула (тип В). Выводы и рекомендации. ИФА с ИЦЗ позволяет безопасно оценить адекватность кровоснабжения, и является легко выполнимой и воспроизводимой методикой. Перспективным представляется использование данной технологии при лапароскопических операциях, доля которых неуклонно растет в плановой онкоколопроктологии.

**1608. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ МЕТОДИКИ
ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ
НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ**

*Богомолов М.С. (1), Богомолова В.В. (2),
Макарова Л.Н. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова.
- 2) СПб ГБУЗ «Городская больница № 14»

Цель. Лечение пациентов с трофическими язвами нижних конечностей до настоящего времени



является серьезной медицинской и социальной проблемой. Целью данного исследования является оценка эффективности применения водорастворимых мазей и современных раневых покрытий, обеспечивающих ведение ран в условиях влажной среды, при амбулаторном лечении длительно не заживающих дефектов мягких тканей на нижних конечностях у пациентов, страдающих лимфовенозной недостаточностью или хронической ишемией нижних конечностей. Кроме того, изучена возможность закрытия раневых дефектов площадью до 35 см² за счет имплантации в рану мембран нативного коллагена «Коллост». Методы. В исследование включены 32 пациента в возрасте от 50 до 86 лет (средний возраст – 66,2 года), у которых на нижних конечностях имелись 42 трофические язвы, возникшие на фоне сахарного диабета, лимфовенозной и/или артериальной недостаточности. Размер язв – от 4,5 до 50 см² (в среднем – 16,0 см²), срок существования язв до включения в исследование – от 1 до 108 месяцев (в среднем – 15,2 месяца). Хроническая ишемия конечности была выявлена у 9 пациентов: двум из них была выполнена хирургическая реваскуляризация конечности или назначалось консервативное лечение. Всем 24 пациентам с лимфовенозной недостаточностью назначалась компрессионная терапия. У пациентов с сахарным диабетом (13 больных) проводилась коррекция гипергликемии. Местное лечение проводилось с соблюдением принципа ведения ран в условиях влажной среды. В связи с тем, что исходно во всех случаях раневые поверхности были инфицированы, на первом этапе лечение начиналось с применения мазевых повязок. Постоянное сохранение влажной раневой среды обеспечивалось двумя разными способами: в основной группе (28 язв, средняя площадь – 14,6 см²) на второй и третьей стадиях заживления использовались гидроколлоидные повязки (Фиброколд Ag), в контрольной группе (13 язв, средняя площадь – 18,9 см²) на всех этапах лечения использовались водорастворимые мази с широким антибактериальным спектром действия (напр., Браунодин) или сетчатые повязки с повидон иодом (Пови Силкофикс). Результаты. После элиминации инфекции с помощью мазевых повязок у пациентов основной группы использовались гидроколлоидные повязки. Гидроколлоидная повязка фиксировалась пластырем, смена повязок осуществлялась один раз в 5-7 дней. Средняя скорость заживления язв в основной группе у пациентов без артериальной недостаточности составила 3,9 см² в месяц (при применении только гидроколлоидных повязок) и 4,5 см² в месяц (при применении гидроколлоидных повязок в сочетании с имплантацией мембран нативного коллагена). В контрольной груп-

пе язвы заживали значительно медленнее – со средней скоростью 3,1 см² в месяц. Применение коллагеновых мембран не только позволило увеличить скорость заживления ран, но и способствовало формированию на месте зажившего дефекта более полноценных тканей. В отдаленные сроки на месте бывших язв, при лечении которых выполнялись имплантации мембран коллагена, не отмечалось возникновения рецидивов трофических расстройств, отсутствовали грубые рубцы. Выводы. На первом этапе амбулаторного лечения хронических трофических дефектов мягких тканей наиболее эффективно применение водорастворимых мазей или специальных повязок с повидон иодом, которые обладают максимально широким спектром антибактериальной активности и способствуют созданию в ране влажной среды. Использование, начиная со второго этапа течения раневого процесса, гидроколлоидных повязок существенно сокращает сроки лечения пациентов с трофическими язвами различной этиологии. Вместо операции аутодермопластики, при лечении глубоких дефектов мягких тканей может успешно использоваться имплантация мембран нативного коллагена «Коллост», что позволяет не только ускорить окончательное заживление трофических язв площадью до 35 см², но и дает лучшие отдаленные функциональные результаты.

1609. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У РАНЕНЫХ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Петров А.Н., Гончаров А.В., Рева В.А., Семенов Е.А.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ

Актуальность. Частота ранений кровеносных сосудов в современных военных конфликтах возрастает, а острая массивная кровопотеря является основной причиной гибели раненых. Новые возможности в обеспечении эффективного гемостаза не только при наружном, но и при внутреннем кровотечении у раненых открывают эндоваскулярные технологии - эндоваскулярная баллонная окклюзия брюшной аорты (ЭВБОА) для временной остановки поддиафрагмальных кровотечений, а также эндоваскулярное стентирование или эмболизация поврежденных артерий. Цель исследования – на основании изучения эпидемиологии и



результатов лечения современной боевой травмы оценить перспективы применения эндоваскулярных технологий на этапах медицинской эвакуации. Материал и методы. Ретроспективное исследование основано на изучении банков данных кафедры военно-полевой хирургии, содержащих сведения о 5764 раненых в Афганистане (1979-1989) и на Кавказе (1994-1996, 1999-2003, 2008), а также о 970 раненых с повреждением кровеносных сосудов в этих военных конфликтах – в сопоставлении с собственным опытом лечения раненых в военных конфликтах и применения эндоваскулярных технологий в условиях хирургии повреждений мирного времени. Полученные результаты. Средние сроки доставки раненых в передовые медицинские части 2-го уровня в Афганистане составили 3,5±0,2 часа, на Кавказе – 1,4±0,4. Общая частота раненых всех локализаций в крайне тяжелом и критическом состоянии достигала 3%, что может ориентировочно отражать максимальную потребность в применении ЭВБОА на догоспитальном этапе (причины критического состояния у части раненых были связаны с тяжелой черепно-мозговой травмой и ранениями груди, при которых ЭВБОА не показана). Среди раненых, поступивших в медицинские части 2-го уровня, частота находившихся в критическом состоянии составила 1% (у абсолютного большинства вследствие массивной кровопотери). Доля раненых в крайне тяжелом и тяжелом состоянии достигала 10%, причем у половины из них имелись проникающие ранения живота и тяжелые ранения таза с продолжающимся внутренним кровотечением. Соответственно, показания к применению ЭВБОА на данном этапе эвакуации могут достигать 5-6% от входящего потока. Среди раненых, доставленных в передовые многопрофильные госпитали 3-го уровня, доля находившихся в крайне тяжелом и критическом состоянии составила 1,5% (таковой может быть частота применения ЭВБОА в приемных отделениях госпиталей 3-го уровня). До 10% раненных в живот и таз характеризовались развитием тяжелого и крайне тяжелого состояния ввиду массивной кровопотери (ориентировочная частота интраоперационного применения ЭВБОА). Частота боевых ранений кровеносных сосудов составила 9% со значительным увеличением доли осколочных ранений от боеприпасов взрывного действия в последних конфликтах. Среди раненых с повреждением кровеносных сосудов только 30% относились к периферическим отделам конечностей, как правило не сопровождающимся острой ишемией, при лечении которых возможна перевязка сосуда. Всем остальным сосудистым раненым были показаны восстановительные вмешательства, при которых, в случае наличия в госпитале соответствующей техники и подготовленных специалистов,

целесообразно применение широкого спектра эндоваскулярных технологий. Обсуждение. Таким образом, эндоваскулярные технологии могут найти широкое применение в условиях современных военных конфликтов, в том числе ЭВБОА – начиная с догоспитального этапа оказания помощи. Выводы и рекомендации. Необходима организация подготовки врачей хирургических специальностей по применению ЭВБОА и других эндоваскулярных технологий, обеспечение этапов медицинской эвакуации соответствующим оборудованием и расходными материалами.

1610. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ВКЛИНЕННЫМИ КАМНЯМИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*Мамедов С.Х.(1,1), Климов А.Е.(1,1),
Садовникова Е.Ю.(1,1), Водолеев А.С.(1,2)*

Москва

1. РУДН, кафедра факультетской хирургии
2. ГБУЗ "ГКБ им.А.К. Ерамишанцева ДЗМ"

Введение. Среди больных холедохолитиазом частота камней, локализующихся в ампуле БДСДПК, составляет от 5 до 15%. Развитие острого блока билиарной и панкреатической систем при вклинении камня большого дуоденального сосочка в 60-63% приводит к развитию острого билиарного панкреатита. Основным методом ликвидации протоковых гипертензия являются эндоскопические ретроградные транспапиллярные вмешательства, которые в 0,8-20,0% случаев могут сопровождаться осложнениями. На долю острого панкреатита, приходится более 50% всех постманипуляционных осложнений и более 40% летальных случаев после ЭПСТ. Доказанной эффективностью в профилактике данного осложнения обладает стентирование панкреатического протока, позволяющее снизить частоту данного осложнения с 19 до 6% случаев. Применение стентирования протока поджелудочной железы с лечебной целью у пациентов с острым билиарным панкреатитом, в настоящее время, носит неоднозначный характер. Цель исследования – оценить влияние стентирования протока поджелудочной железы на течение билиарного панкреатита у больных с вклиненным камнем БДСДПК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 90 пациентов, с диагностированным вклиненным камнем БДСДПК. Оказание помощи осуществлялось по программе экстренной эндоскопической помощи пациентам, поступающим



в стационар с клиническими признаками холангита и билиарного панкреатита, целью которой является раннее выявление больных с характерным болевым синдромом, желтухой, сонографическими и лабораторными признаками билиарной и панкреатической гипертензии. Всем больным, включенным в исследование, выполнены эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке, в 1/3 случаев эндоскопические транспапиллярные вмешательства заканчивались установкой стента панкреатического протока. Пациенты были разделены на две группы - первая группа (n=31 чел.), больные со стентированным главным панкреатическим протоком, вторая группа (n=59 чел.) – без проведения установки стента в вирсунгов проток. Группы сравнивались по динамике изменений лабораторных показателей до и через 1 сутки после транспапиллярного вмешательства, по времени нормализации данных показателей, а также анализировались сонографические признаки билиарной и панкреатической гипертензии до и после вмешательства. Результаты: У пациентов обеих групп в первые сутки после вмешательства отмечалась отчетливая тенденция к нормализации анализируемых показателей без достоверных отличий между группами. Время нормализации лабораторных показателей холестаза имел ряд корреляционных зависимостей в разных группах пациентов - в 1 группе в виде снижения ЩФ, а во 2 группе - более высоким показателем снижения гипербилирубинемии. Сроки нормализации общего билирубина и ЩФ в первой группе были ниже. Снижение лейкоцитоза в большинстве случаев отмечено в обеих группах, с преобладанием в группе стентированных пациентов. Различия выявлены в снижении гиперамилаземии и уменьшении сроков нормализации амилазы в 1,5 в группе стентированных больных (p=0,005). Также отмечено снижение амилазы у стентированных больных с признаками панкреатикоэктазии при ЭРХПГ в 55,6%, без стента - у 7,1% (p=0,005). Лабораторные признаки развития постманипуляционного панкреатита отмечены у 6,5% стентированных и у 11,9% нестентированных больных. Среднее время госпитализации в первой группе составила 11,5±4,1 к/дней, во второй - 15,5±9,6 к/дней (p=0,032). Летальность отмечена в 1 случае во 2 группе больных.

Выводы: Стентирование панкреатического протока у больных с вклиненными камнями БСДПК после эндоскопических транспапиллярных вмешательств снижает риск развития постманипуляционного панкреатита, ускоряет время нормализации лабораторных маркеров острого билиарного панкреатита, уменьшает сроки госпитализации данной категории больных, обладает не только профилактическим, но и лечебным эффектом.

1611. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ИНСУФЛЯЦИЙ ДЛЯ МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА КРОВОТОЧАЩИХ ДЕФЕКТОВ ЖЕЛУДКА

Чередников Е.Ф., Малеев Ю.В., Баранников С.В., Романцов М.Н., Фурсов К.О., Литовкина Т.Е.

Воронеж

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ

Актуальность. Актуальной проблемой экстренной абдоминальной хирургии является остановка гастродуоденального кровотечения. Однако, результаты применения уже имеющихся способов эндоскопического гемостаза по-прежнему не удовлетворяют хирургов.

Материал и методы. Эксперименты были проведены на 27 беспородных собаках. Каждой собаке под наркозом во время проведения фиброгастрокопии воспроизводили по два кровотока язвенных дефекта, один из которых был опытным, другой - контрольным. Таким образом, экспериментальные исследования были проведены на 54 экспериментальных кровотокающих дефектах желудка. В опытных язвах остановку кровотечения производили путем эндоскопических инфузий гемостатических средств желпластана, новосэвена и обогащенной тромбоцитами аутоплазмы животного в комбинации с порошкообразными гранулированными сорбентами аниловином и диовином (заявки на изобретение №2015147321, №2016148270). Контрольные язвы лечению не подвергались и служили для оценки времени спонтанной остановки кровотечения. Время наступления окончательного гемостаза измеряли с помощью секундомера.

Результаты. Проведенными экспериментальными исследованиями установлено, что в опытных язвах сразу после нанесения на кровоточащий дефект гемостатических средств в сочетании с гранулированными сорбентами наступала быстрая остановка кровотечения. Было отмечено, что гранулированные сорбенты после их нанесения набухали, превращаясь на язве в окрашенный кровью гидрогель, который благодаря их адгезивным свойствам удерживался на дефекте до 4 суток. При этом введенные в лекарственную комбинацию гемостатические средства повышали гемостатический эффект. При определении различий в сроках остановки кровотечения в опытных и контрольных язвах был использован непараметрический метод Вилкоксона. При этом средние показатели време-



ни остановки в опытных язвах составили $3,01 \pm 0,23$ сек ($p \leq 0,01$). Причем, в опытных язвах гемостаз был окончательным и кровотечение больше не возобновлялось. В контрольных язвах остановка кровотечения происходила на $29,17 \pm 0,58$ сек ($p \leq 0,01$). При этом в области контрольных язвенных дефектов формировались рыхлые алые сгустки, легко смываемые струей воды, а в трех контрольных язвах были отмечены эпизоды возобновления геморрагии, которые останавливались самостоятельно.

Выводы. 1. Применение гемостатических средств в комбинации с гранулированными сорбентами позволяет осуществить надежный гемостаз и сократить время остановки кровотечения из экспериментальных дефектов желудка в 9,7 раза по сравнению с контролем. 2. Эффективность, безопасность и простота разработанных методик открывает перспективы их клинического использования для эндоскопического гемостаза эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений.

1612. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Богомолова В.В.(1), Богомолов М.С. (2),
Правосудова Ю.С.(3), Макарова Л.Н.(2)*

Санкт-Петербург

1) Городская больница №14,
2) Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, 3) Медицинский центр «Водоканал».

Цель. Ультразвуковое исследование в настоящее время является доступным неинвазивным и достаточно достоверным методом оценки степени и уровня поражения артерий нижних конечностей, позволяющим определить необходимость сосудистой реконструкции, выбрать наиболее оптимальный ее тип с учетом анатомических условий и сопутствующих заболеваний. Пациенты, страдающие облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей и сахарным диабетом, при наличии дефектов мягких тканей на стопе, чаще других нуждаются в данном исследовании. Известно, что, так же как и при атеросклерозе, при нарушении углеводного обмена стенки артерий становятся плотными, т.е. визуализация их истинного просвета затруднена в связи со снижением их проницаемости для ультразвуковых лучей. В некоторых случаях жесткость стенок сосудов возраста-

ет до такой степени, что это влияет на результаты измерения систолического давления в тибиальных артериях и, как следствие, приводит к ложному повышению лодыжечно-плечевого индекса. Целью настоящего сообщения является демонстрация особенностей ультразвукового обследования артерий нижних конечностей и сложностей, возникающих при интерпретации полученных результатов у больных с длительно текущим сахарным диабетом.

Материалы и методы. В исследование было включено 59 стационарных пациентов с дефектами мягких тканей на нижних конечностях, направленных на ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей в период с 10 по 14 октября 2016 года (т.е. в течение одной рабочей недели). У 33 (55,9%) из них имелся сахарный диабет 2 типа. Обследование пациентов включало в себя сканирование артерий в В-режиме, визуализацию кровотока в режиме цветового дуплексного картирования и в режиме В-flow, анализ доплеровской кривой кровотока, измерение давления на тибиальных артериях и расчет лодыжечно-плечевого индекса давления.

Результаты. Среди 26 пациентов с атеросклерозом без сахарного диабета окклюзии магистральных артерий были выявлены у 17 (63,4%) человек. Ультразвуковое обследование этих больных не вызывало технических сложностей, так как в большинстве случаев при цветовом дуплексном картировании достигалась уверенная визуализация имеющихся изменений в артериях, а снижение ЛПИ соответствовало выявленным при сканировании поражениям артерий. Среди 33 пациентов с сахарным диабетом окклюзии магистральных артерий были выявлены в 20 (60,6%) случаях. Еще у 4 больных имелись атеросклеротические изменения артерий без окклюзии их просвета, а у 9 человек отсутствовали типичные признаки атеросклеротического поражения артерий, но, при цветовом дуплексном картировании обращала на себя внимание неполноценная визуализация просвета сосуда в виде сегментарного прокрашивания кровотока. В этих случаях сканирование в режиме В-flow позволило визуализировать кровоток в просвете того же сосуда более равномерно, что дало возможность оценить сосуд как проходимый. Данный факт подтверждался регистрацией трехфазной доплеровской кривой в дистальном сегменте сосуда. Лодыжечное систолическое давление у этих пациентов превышало 200 мм.рт.ст., а значение ЛПИ было выше 1,3. Обсуждение. Алгоритм ультразвукового обследования артерий и диагностическая значимость основных методик у пациентов с диабетом и без диабета имеют существенные отличия. При обследовании пациентов без диабета сканирование в В-режиме, цветное



дуплексное картирование, доплерография кровотока и измерение лодыжечного давления с последующим расчетом ЛПИ в большинстве случаев являются достаточными для получения исчерпывающей информации о наличии и локализации поражения артерий, а также о степени нарушения периферической гемодинамики. У пациентов с сахарным диабетом для более достоверной визуализации просвета артерий в дополнение к цветовому дуплексному картированию в большинстве случаев требуется проведение исследования в режиме В-flow. Кроме того, в ряде случаев достоверная оценка степени нарушения периферической гемодинамики невозможна ввиду некорректности показателей, получаемых при измерении лодыжечного давления.

Заключение. Сахарный диабет является заболеванием, при котором приходится сталкиваться с трудностями не только клинически (в виде плохого заживления раневых дефектов на стопе), но и на диагностическом этапе – при оценке проходимости магистральных артерий. Данные ультразвуковой визуализации, указывающие на наличие медиакальциноза могут быть маркером вероятности завышенного ЛПИ. Учитывая множественные сложности в исследовании сосудистого русла, необходима последовательная и комплексная оценка получаемых данных при использовании дополнительных опций ультразвукового сканера. Завышенные значения ЛПИ (более 1,3) при проксимальных окклюзиях у этой группы больных не отражают истинные гемодинамические нарушения в данном бассейне.

1613. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Попов А.Ю., Григоров С.П., Лищенко А.Н.,
Петровский А.Н., Порханов В. А.*

Краснодар

НИИ ККБ№1

Анализируются результаты хирургического лечения 11 пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны. Осложнения развились у 4 пациентов 36%. Общая летальность составила 9,0 %. Лечение больных со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Среди опухолей этой локализации рак поджелудочной железы встречается наиболее ча-

сто (60–94 %) и занимает третье место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Панкреатодуоденальная резекция (операция Whipple) является единственным радикальным методом лечения рака головки поджелудочной железы, периапулярной части общего желчного протока и большого соска двенадцатиперстной кишки. Первая резекция была выполнена Alessandro Codivilla в 1898 году, а в практику такие операции прочно вошли в 1935 году после внедрения Whipple и Child одномоментных панкреатодуоденальных резекций. В настоящее время вмешательства с удалением проксимальной части поджелудочной железы продолжают оставаться одними из самых сложных в хирургии как с технической точки зрения, так и по течению послеоперационного периода. Госпитальная летальность после панкреатодуоденальной резекции колеблется, по данным разных авторов, от 7 до 50%. 50 ХИРУРГИЯ 9, 2015 В 1994 г. Gagner и Romp произвели лапароскопическую пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию (ПДР), однако этот вариант операции до настоящего времени применяется в ограниченном числе клиник. Сообщение о первых резекционных операциях на поджелудочной железе (ПЖ), выполненных P. Giulianotti с использованием роботического комплекса Da Vinci, было опубликовано в 2003 г.

Материал и методы. С 2016г по 2017г. в Краевой клинической больнице № 1 г.Краснодара на базе хирургического отделения № 1 было прооперировано 11 пациента (9 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 51 до 67 лет (в среднем – 59 лет) со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны. Новообразование локализовалось в головке поджелудочной железы у 6 пациентов (54,0%), в большом дуоденальном сосочке – у 4 (36,3%) и в дистальном отделе общего желчного протока – у 3 (27,2%) (Рис 1). Рис.1 Локализация опухоли у оперированных больных. В ходе операций выявлено, что количество наблюдений по стадиям распространенности процесса было достаточно близким, причем I стадия заболевания в наших наблюдениях не встречалась. табл. 1 Распределение больных по локализации и распространенности новообразования.

Результаты исследования. Все пациенты оперированы с использованием аппарата Da Vinci. При выборе способа оперативного вмешательства учитывался размер опухоли, степень инвазии в окружающие ткани и органы, а так же общее состояние пациента. На реконструктивном этапе операции панкреатодуоденальной резекции мы использовали следующие анастомозы: панкреатико-еюно-анастомоз конец-в-бок, холедохоэнтероанастомоз конец-в-бок и гастроэнтероанастомоз конец-в-бок на одной петле тонкой кишки. Длительность опе-



ративного вмешательства в среднем составила 423 мин. Средний объем кровопотери составил 625 мл (от 250 до 1500 мл). Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 4 пациентов (36,0%). Послеоперационный панкреонекроз у 3 (27,2%) пациентов и кровотечение из культи поджелудочной железы 1 (9,0%) пациент. Замечено, что возникшие осложнения наблюдались у пациентов страдающих избыточной массой тела с главным панкреатическим протоком малого диаметра и неадаптированной (мягкой) поджелудочной железой. Все 4 пациента оперированы повторно открытым способом. В 3 случаях с выздоровлением пациентов. Послеоперационная летальность составила 9,0% – 1 случай. Причиной смерти послужило прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне септического процесса. Обсуждение полученных данных. В заключение следует отметить, что: - Длительность операции в роботическом варианте, как правило, превышает таковую при традиционном способе выполнения, однако позволяет качественно улучшить послеоперационный период, снизить сроки пребывания больного в стационаре и послеоперационные осложнения и летальность. - Выбор между вариантами выполнения ПДР определяется размерами опухоли, личным опытом хирурга и характером прогнозируемых осложнений. - Критерием отбора должен служить учет морфологического состояния культи поджелудочной железы и главного панкреатического протока: адаптированная (плотная) поджелудочная железа с выраженным панкреатическим протоком наиболее благоприятны для роботизированных оперативных вмешательств, неадаптированная (мягкая) поджелудочная железа с малым диаметром панкреатического протока выбор в пользу традиционного оперативного лечения. - Наш небольшой опыт роботассистированных вмешательств с использованием аппарата Da Vinci показал обнадеживающие результаты. - Лечение пациентов с заболеваниями дуоденопанкреатобилиарной зоны следует проводить в клиниках, специализирующихся в гепатопанкреатологии.

1614. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Бакунов М.Ю. (1), Кривихин В.Т. (1),
Плакса И.Л. (2), Деев Р.В. (2, 3), Исаяев А.А. (2)

1) Видное, Московская область
2) г. Москва 3) г. Рязань

- 1) ГБУЗ МО Видновская районная клиническая больница
- 2) ПАО "Институт стволовых клеток человека"
- 3) Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Цель. Оценить безопасность и эффективность терапевтического ангиогенеза рl-VEGF165 у больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы (СДС) в пилотном исследовании в условиях хирургического стационара общего профиля. Материалы. 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 рl-VEGF165. Активным компонентом рl-VEGF165 является плазмида с геном эндотелиального сосудистого фактора роста (Vascular Endothelial Growth Factor 165 — VEGF165). Препарат вводился согласно инструкции по применению — внутримышечно, 2 раза, по 1,2 мг с интервалом в 2 нед. У всех пациентов 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±5,2 лет, продолжительность сахарного диабета - 12,4±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 рl-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 тече-



ние 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: ТсР_o2 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. Внедрение терапевтического ангиогенеза в состав комплексного лечения больных СДС безопасно, обеспечивает улучшение течение раневого процесса и является эффективным средством коррекции ишемии в условиях хирургического отделения общего профиля при невозможности проведения реваскуляризирующей операции. Необходимо проведение дальнейших исследований с целью выбора группы пациентов с СДС, в отношении которых применении терапевтического ангиогенеза будет наиболее эффективно.

1615. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ

Сергеев В.А.(1,2,3), Глухов А.А.(1)

1) Воронеж 2)Орел

- 1) ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
- 2) ОГУ им. И.С. Тургенева, Медицинский институт
- 3) Орловская областная клиническая больница

Цель: оценить эффективность применения разработанного метода программной ирригационно-аспирационной санации (ПИАС) при лечении больных с перипротезной инфекцией (ПИ) после грыжесечения.

Материалы и методы: В данное исследование включено 33 больных с различными видами гнойно-некротических осложнений после грыжесечения – абсцессы, флегмоны, гнойно-некротические раны в области послеоперационного рубца, гнойные свищи. Основную группу составили 22 больных с ПИ в возрасте от 36 до 64 лет (средний возраст - 56,4±2,8 лет), мужчин было – 5, женщин – 17. Миграция или деформация сетчатого протеза по результатам УЗИ имели место в 12 случаях (54,5 %). Группу сравнения составили 11 пациентов с ПИ, средний возраст - 58,2±4.2 лет, мужчин было – 2, женщин – 9. Миграция или деформация сетчатого протеза по данным УЗИ выявлена в 7 случаях (63,3 %). Всем больным проводилась санация гнойного очага, сетчатый протез частично удален в основной группе в 3-х случаях, в группе сравнения – в 2-х случаях. В основной группе исследования после санации гнойной полости рана дренировалась трубчатыми дренажами, ушивалась наглухо. Дренажи подсоединяли к устройству АМП-01, оснащённому датчиком давления, позволяющим устанавливать и поддерживать определенный уровень разряжения в автоматическом режиме в гнойной полости. С помощью панели управления данного устройства устанавливалась программа последовательного включения циклов нагнетания антисептика в полость гнойного очага, его экспозиции и эвакуации отработанного раствора. Программную санацию осуществляли каждые 3 часа, чередуя ее с периодами активной аспирации (1-2 часа), создаваемыми устройством АМП-01 в режиме «аспирация». При этом создавали разрежение в плевральной полости на уровне 80-100 мм вод. ст. Данную методику применяли в первые 3-7 суток лечения, ориентируясь на местные, общие признаки течения гнойного процесса, данные бактериологического исследования. Затем переходили



ли на постоянную аспирацию. В группе сравнения применялись традиционные методы лечения. 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 (9,1 %) имело место нагноение раны, что потребовало проведение повторной хирургической обработки гнойного очага и удаления нестабильных имплантов. В группе сравнения были удалены нестабильные и мигрировавшие протезы в 6 случаях (54,5 %). Сроки пребывания в стационаре больных контрольной группы составили $22,4 \pm 2,4$ суток, основной $18,2 \pm 2,2$ суток. Рецидивы ПИ в сроки от 1 года до 3 лет наблюдали в основной группе в 2-х случаях (9,1 %), в группе сравнения – в 3-х случаях (27,3 %). Вывод: Применение метода ПИАС позволяет достоверно повысить эффективность санации гнойных очагов у больных с ПИ после грыжесечения, что в комплексе с другими лечебными мероприятиями способствует улучшению результатов и сокращению сроков лечения.

1616. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СЕПАРАЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ - СИНДРОМА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГИГАНТСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

*Жилин С.А.(1), Захаров Д.В.(1), Уханов А.П.(1),
Большаков С.В.(1), Амбарцумян В.М.(1),
Кашаева М.Д.(2), Цветкова Т.В.(2)*

Великий Новгород

- (1) Клиника № 1 ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница"
- (2) Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого

Абдоминальный компартмент – синдром (АКС) – это стойкое повышение внутрибрюшного давления (ВБД) до уровня более 20 мм.рт.ст., сопровождающееся органной недостаточностью. Основным патогенетическим механизмом развития АКС при гигантских послеоперационных вентральных грыжах является редукция объема брюшной полости, в результате чего перемещение содержимого грыжевого мешка может вызвать стойкое повышение ВБД. Одним из способов лечения и профилактики данного осложнения является использование техники разделения анатомических

компонентов брюшной стенки. Базовым вариантом разделения компонентов брюшной стенки является операция Ramirez. При этом способе апоневроз наружной косой мышцы живота рассекают в 1,5–2 см от линии его прикрепления к прямой мышце и параллельно последней на всем протяжении, с дальнейшей диссекцией тканей под апоневрозом до появления поясничных вен. Этот прием выполняют билатерально, что дает возможность переместить прямые мышцы живота медиально, расположив их в физиологической позиции. Данная процедура позволяет получить дополнительную подвижность слоев брюшной стенки и выиграть в среднем сегменте брюшной стенки еще приблизительно 15 см в поперечном направлении. Мы располагаем опытом успешного лечения абдоминального компартмент - синдрома развившегося после оперативного вмешательства по поводу ущемленной гигантской послеоперационной вентральной грыжи. Больной Ч., 57 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке 12.04.16 с картиной ущемленной послеоперационной грыжи. При поступлении в области послеоперационного рубца в проекции белой линии живота определялось невправимое, резко болезненное при пальпации образование плотной консистенции размером 30x35 см, кожа над ним с признаками трофических расстройств в виде цианоза и кровоизлияний. С диагнозом ущемленная гигантская послеоперационная вентральная грыжа экстренно оперирован. Под эндотрахеальным наркозом иссечен старый послеоперационный рубец, в подкожной клетчатке выделен грыжевой мешок, последний рассечен, обнаружено что имело место ущемление правого фланга ободочной и 2/3 тонкой кишки, при этом на толстой кишке имелись признаки необратимых некробиотических изменений, тонкая же кишка признана жизнеспособной. Произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза, пластика грыжевых ворот местными тканями. Течение послеоперационного периода тяжелое с нарастанием явлений полиорганной недостаточности в виде расстройств сердечно – легочной и выделительной систем проявлявшихся нестабильностью гемодинамики, неадекватность самостоятельного дыхания и развитием олигоурии. При измерении внутрибрюшного давления через мочевого пузыря получено его значение равное 32 мм.рт.ст. 14.04.16 с диагнозом абдоминальный компартмент - синдром экстренно оперирован, для устранения повышенного ВДБ произведена передняя сепарационная пластика по Ramirez путем рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота по спигелевой линии. Сразу же после проведенного повторного оперативного вмешательства отмечена положительная дина-



мика в виде нормализации диуреза и стабилизации гемодинамики. 18.02.16 восстановилось самостоятельное дыхание и купировались явления послеоперационного пареза кишечника. Выписан из стационара через 15 суток от первичной операции.

Выводы: данный клинический случай показывает, что сепарационная пластика является хорошим способом как профилактики, так и лечения абдоминального компартмент-синдрома при послеоперационных вентральных грыжах. Считаем, что знание и применение данного технического приема хирургами занимающимися оказанием экстренной помощи позволит избежать подобных осложнений, которые развились у данного пациента.

1617. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОГО И ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

*Досмагамбетов С.П, Беляев М.М,
Суюнгарин К.К, Есенкулова А.С, Зайнулина О.Р.*

Актобе

Клиника детской хирургии ЗКГМУ
им.Марата Оспанова

Актуальность. Эхинококкоз распространенное хроническое паразитарное заболевание у человека (Пулатов А.Т., 2006; Каримов Ш.И., 2008; Абдуфатов Т.А., 2011). Тенденции к снижению частоты встречаемости данной патологии не отмечается. Существующие открытые методы хирургического лечения кист печени не всегда удовлетворяют хирургов. В последние три десятилетия отмечается активное применение методов эндовидеохирургии в лечении большинства заболеваний органов грудной и брюшной полости у детей. Имеющиеся публикации по применению эндовидеохирургии в лечении эхинококкоза печени основаны на небольших количествах наблюдений. В связи с этим требуется проведение дальнейших клинических исследований по применению эндовидеохирургических технологий в лечении эхинококкоза печени, дальнейшая объективная клиническая и патофизиологическая оценка течения операции, ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах лечения 92 детей с эхинококкозом печени, находившихся в клинике детской хирургии ЗКГМУ им.Марата Оспанова в период

2014-2017 годы. Возраст детей составил 4-17 лет, из них 11 до 17 лет -56 детей. От 4 до 7 лет – 8 детей, от 7 до 10 лет – 28 детей. В плановом порядке оперировано – 89, в экстренном - 3. Локализация кист печени была следующей: S7-8 у 29 детей, S6-7 у 16 детей, S5 у 16 детей, S2 у 14 детей, S3 у 4 детей, S4 у 13 детей. По размеру кисты распределились следующим образом: Малые кисты (до 5 см.) у – 25 , средние (5-10см.) у - 52 детей, большие (более 10см.) у – 15 больных. 79 больных кисты печени были одиночными, у 13 – множественные. При хирургическом лечении эхинококковых кист печени методы эндовидеохирургии были применены у 63 детей, открытые эхинококкэктомии – у 29 детей. Оценку травматичности операций проводили определением содержания в крови стрессовых гормонов и глюкозы во время операции и в первые сутки. Критериями течения ближайшего послеоперационного периода были продолжительность температурной реакции, сроки купирования болевого синдрома, сроки восстановления двигательной активности, нормализации показателей крови, сроки стационарного лечения.

Полученные результаты. Проведенные исследования показали, что у больных с эхинококкозом печени, в лечении которых использовались методы эндовидеохирургии отмечается менее выраженный гормональный ответ и гипогликемия на травму, чем у детей, оперированных открытыми методами. Течение ближайшего послеоперационного периода показало, что у детей, оперированных лапароскопическим доступом отмечается нормализация температуры, купирование болевого синдрома, восстановление двигательной активности и нормализация показателей крови в более ранние сроки. Сроки стационарного лечения составили 7-10 дней в группе детей, оперированных лапароскопическим доступом, тогда как в сравниваемой группе – 11-14 дней. Выводы: В результате оценки проведенного исследования эндовидеохирургическая эхинококкэктомия является менее инвазивным и малотравматичным методом лечения эхинококкоза печени по сравнению с открытой эхинококкэктомией.



1618. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТЭО НА ЭТАПЕ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Кательницкая О.В.(1), Кит О.И.(1),
Кательницкий И.И.(2), Простов И.И.(2)*

Ростов-на-Дону

ФГБУ Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт МЗ РФ(1)
ФГБОУ ВО Ростовский государственный
медицинский университет МЗ РФ (2)

Венозные тромбозомболические осложнения (ВТЭО) сопровождают не только хирургический этап лечения онкологического больного, но зачастую осложняют курсы химиотерапии. Международные и российские рекомендации по профилактике ВТЭО разнятся в подходах.

Цель: оценить эффективность вторичной профилактики ВТЭО у онкологических больных на химиотерапевтическом этапе лечения.

Материалы и методы: В исследование включено 35 пациентов в возрасте от 46 до 71 года (в среднем 60,3±7,2) с ВТЭО и онкологическим заболеванием, которые получают антикоагулянтную терапию (дабигатран 150 мг 2 раза в сутки) и химиотерапевтическое лечение по поводу основного заболевания. Женщины составили 26(74,3%), мужчины – 9 (25,7%). 7 больных проходили лечение по поводу рака лёгкого, 16 - рака, 4 - рака яичников, 3 - рака шейки матки, 3 - рака молочной железы, 2 - рака почки и 1 мезотелиомы плевры. Антикоагулянтную терапию начинали с низкомолекулярных гепариновых в лечебной дозе с последующим переходом на дабигатран по 150 мг 2 раза в сутки. Курс химиотерапии начинали через 14 дней от начала антикоагулянтной терапии. Период наблюдения за больными составил 6 мес.

Результаты: При исходном изучении показателей свертывающей системы в острый период ВТЭО обнаружены у всех исследуемых больных высокие уровни маркеров тромбинемии - уровень D-димера составил от 2,9± 1,7 маг/мл, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) – 18± 4,1 мг/100мл, фибриногена 5,57± 1,45 г/л. Через 2 недели антикоагулянтной терапии у 33 больных (91,7%) выявлена положительная динамика в виде снижения маркёров тромбинемии. За период наблюдения пациенты прошли от 4 до 6 курсов химиотерапии. Перед каждым курсом выполнялось ангиосканирование вен нижних конечностей. Рецидив ВТЭО выявлен у 11,1% в течение 6 месяцев, геморрагические осложнения (гематурия) - 2 случая (5,5%). Выводы: При отсутствии эметических

реакций в период химиотерапевтического лечения возможно использовать с целью вторичной профилактики ВТЭО пероральный антикоагулянт (дабигатран). Частота рецидивов тромбозов и геморрагических осложнений в период антикоагулянтной терапии дабигатраном сопоставимы с низкомолекулярными гепаринами.

1619. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ

*Щебенков М.В.(1), Котин А.Н.(2),
Караваева С.А.(1), Гопаенко М.А.(3)*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И.Мечникова (1),
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова (2), ДГБ №1 (3)

Цель: определить возможности и оптимальные показания к применению малоинвазивных эндовидеохирургических технологий при проведении пластики диафрагмы у детей.

Материалы и методы: эндовидеохирургия при различных диафрагмальных грыжах используется нами с 2008 г. За этот период выполнено 52 видеохирургических вмешательства детям в возрасте от 1-х суток до 6 лет. Выполнена 51 торакоскопическая пластика диафрагмы и 1 мальчику (6 мес.) ретростернальная грыжа устранена лапароскопически. Большинство вмешательств (39) выполнено у новорожденных. Торакоскопические вмешательства у новорожденных выполняли только в случае стабильного состояния ребенка и возможности транспортировки в операционную. Преобладали левосторонние «ложные» грыжи (26), у 9 детей грыжа была истинной. 7 пациентам выполнена пластика купола диафрагмы при его релаксации, возникшей после кардиохирургического вмешательства. В 1 случае ушит посттравматический дефект левого купола диафрагмы. Техника торакоскопического вмешательства при ложных и посттравматических грыжах включала пластику грыжевого дефекта «П» образными или узловыми швами (этибонд). При истинных грыжах и релаксации диафрагмы накладывались гофрирующие швы (этибонд). Ретростернальная грыжа была ушита лапароскопически с иссечением грыжевого мешка и фиксацией диафрагмы к апоневрозу передней брюшной стенки.

Результаты: из 39 торакоскопических пластик у новорожденных в 4 случаях пришлось перейти на открытый доступ: при правосторонней ложной грыже для перемещения в брюшную полость печени (1), при повреждении стенки кишки (1) и при



нестабильном состоянии ребенка (2). Рецидивы возникли у 3 новорожденных с истинными грыжами, что потребовало повторных вмешательств. Летальных исходов не было. У всех пациентов старшей возрастной группы послеоперационный период протекал гладко. Контрольный осмотр через месяц и через год патологии не выявил.

Заключение: эндовидеохирургическая технология имеет несомненное преимущество в лечении патологии диафрагмы у детей всех возрастных групп, позволяя выполнить оперативное вмешательство радикально и при этом значительно снизить операционную травму, ускорить реабилитацию. Основным ограничивающим фактором применения видеохирургии у новорожденных является крайне тяжелое состояние ребенка, не позволяющее транспортировать его в операционную.

1620. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА

*Жегалов П.С. (1), Черданцев Д.В. (2),
Юшкова В.В. (2), Гармашева З.А. (2),
Лобастова А.А. (2)*

Красноярск

- 1) КГБУЗ «Краевая клиническая больница»,
- 2) ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Актуальность. Дивертикулом Ценкера называют мешковидное выпячивание слизистой и подслизистой оболочек пищевода через треугольник Киллиана в области *m.cricopharyngeus* и *m.constrictor inferior*. Данная патология не имела официального названия до Zenker и Von Ziemssen, которые в 1877 году представили всестороннее и точное описание и провели работу по анализу гипофренального дивертикула пищевода. Впоследствии это состояние получило название дивертикул. В России заболеваемость составляет 2-3 случая на 100000 населения. Возрастная группа, в которой патология получила наибольшее распространение, 60 лет и старше. По данным зарубежных источников соотношение мужчин и женщин 2:1. В наши дни проблема лечения больных с дивертикулом Ценкера остается актуальной. Существует несколько основных методов лечения эзофаго-фарингеальных дивертикулов. Wheeler выполнил первую резекцию дивертикула в 1886 г. Mosher в 1917 г. сообщил о 10 случаях эндоскопического лечения параэзофагеальных дивертикулов. Martin-Hirsch и Newbegin в 1993 г. начали использовать для эн-

доскопической дивертикулотомии хирургический степлер. Несмотря на это, до настоящего времени критерии выбора метода оперативного лечения дивертикулов Ценкера не определены.

Цель. Оценить и проанализировать результаты лечения дивертикула Ценкера методами эндоскопической крикофарингомиеотомии и дивертикулэктомии. Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 26 пациентов с дивертикулами Ценкера (17 мужчин и 9 женщин), находившихся в торакальном отделении Красноярской клинической больницы (ККБ) с 2001 по 2016 г. Средний возраст пациентов – 59±15 лет.

Результаты. Основными жалобами при поступлении были дисфагия, регургитация пищи, хронический кашель, эпизоды аспирации пищи, опухлевидное образование в области шеи. При госпитализации во всех случаях выполнялись рентгенконтрастная эзофагоскопия и эндоскопическое исследование. Оценивались размеры (ширина шейки и глубина), локализация дивертикула, и состояние его слизистой оболочки. Первой группе больных была проведена открытая операция, при которой используется боковой трансцервикальный доступ. При этом производят как дивертикулэктомию, так и подшивание дивертикула к предпозвоночной фасции, с дополнением крикофарингомиеотомией (16 пациентов). Из них у двоих (12,5%) развилось такое осложнение, как гематома, в результате чего проводилось повторное хирургическое вмешательство, у одного (6,25%) возникла несостоятельность швов, у одного пациента (6,25%) в послеоперационном периоде образовался пищеводно-кожный свищ, и у двоих (12,5%) послеоперационное пребывание в стационаре осложнилось пневмонией. Средняя продолжительность операции составила 75,2±10,4 мин. Количество проведенных койко-дней в среднем составило 23,3±2,1 суток. Второй группе пациентов (10 пациентов) было произведена эндоскопическая крикофарингомиеотомия. Принцип операции заключается в визуализации общей стенки между дивертикулом и пищеводом с рассечением ее книзу до дна дивертикула с пересечением волокон перстневидно-глоточной мышцы. В результате этого приема образуется сообщение между дивертикулом и пищеводом. Средняя продолжительность эндоскопического вмешательства – 94,3±12,1 мин. Продолжительность пребывания в стационаре составила 12,3±2,8 суток, что достоверно меньше, чем у больных из первой группы (P=0,001). Выздоровление произошло в 100 % случаев, рецидивов заболевания и воспалительных осложнений в этой группе пациентов не отмечено. Обсуждение полученных данных. На основании результатов представленных данных, можно сделать следующие выводы. 1. Золотым стандартом лечения



эзофаго-фарингеальных дивертикулов остается хирургическое вмешательство. Выполнение эндоскопической крикофарингомиеотомии является малоинвазивным щадящим методом лечения, позволяющим избежать или снизить риск развития таких грозных послеоперационных осложнений, как кровотечение, перфорация, медиастинит. 2. Эндоскопическая методика лечения позволяет достичь хороших клинических результатов, сопоставимых с традиционными методами лечения. У всех пациентов в послеоперационном периоде были купированы явления дисфагии, случаев рецидива и неудовлетворенности пациентов результатами операции зафиксировано не было. 3. Применение эндоскопического метода лечения дивертикула Ценкера позволило, в среднем, в 2 раза сократить продолжительность пребывания больных в стационаре в сравнении с традиционными открытыми хирургическими вмешательствами.

1621. РАЗВИТИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РЕГИОНАХ. СБЫВАЮТСЯ ЛИ ПРОГНОЗЫ?

Оловянный В.Е.(1,1), Стренаков В.П. (2,2), Коюшев А.Л.(3,3)

1). Архангельск, 2). Вологда, 3). Сыктывкар

Архангельская областная
клиническая больница (1),
Департамент здравоохранения
Вологодской области (2),
Коми республиканская больница (3)

В 2010 г. авторы попытались спрогнозировать развитие лапароскопических технологий в общей хирургии в трех соседних северных регионах России на ближайшие пять лет. Для прогнозирования использовали метод построения линейных трендов на основе данных за предыдущие 10 лет. Прогноз предполагал увеличение доли лапароскопических операций для каждого из регионов в разной степени, например, при остром холецистите от 48 до 72 %, при остром аппендиците до 15 %, в лечении перфоративной язвы и паховых грыж – до 10 %. Цель исследования – оценить сегодняшний уровень развития лапароскопической хирургии в регионах РФ на примере тех же областей и соответствие его прогнозу 2010 г.

Материал и методы. Анализировались отчеты главных хирургов Коми Республики, Архангельской и Вологодской областей за 2016 г. и сравнивались с данными за 2009 г. и прогнозом на 2015 г. Результаты. Выявлены статистически значимые различия в применении метода по регионам (р

1622. БЕСКОНТРАСТНАЯ МРТ-ХОЛАНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Кузнецов А.А.(1), Беляев А.А.(1),
Михайлова Е.В.(1), Макаров А.И.(2)*

Архангельск

1)Областная клиническая больница,
2)Северный государственный
медицинский университет

Актуальность поиска новых высокоинформативных и безопасных методов выявления холедохолитиаза (ХЛ) обусловлена высокими уровнями распространенности, осложнений и летальности. Среди населения развитых стран ЖКБ выявляется у 8-13% пациентов. Частота ХЛ в структуре ЖКБ достигает 7-48%, а среди всех доброкачественных поражений желчных протоков (ЖП) – 75%. До настоящего времени не разработаны национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению ХЛ.

Материалы и методы. МРТ-холангиография (МРТ-ХГ) без предварительного контрастирования желчных протоков (ЖП) выполняется в АОКБ с 2015г. Сравнительная оценка МРТ-ХГ с другими визуализационными методами диагностики проводилась на бинарной основе с позитивной или негативной оценкой по следующим критериям: доступность, точность, инвазивность, вероятность осложнений и летальности, наличие противопоказаний, лучевая нагрузка, необходимость анестезии, себестоимость и дуалистический характер метода (возможность выполнения лечебных мероприятий). В 2016г. МРТ-ХГ выполнена у 69 пациентов в возрасте от 26 до 98 лет (средний возраст – 62,4 года) при различных заболеваниях гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. У всех пациентов выявлены клинико-лабораторные признаки механической желтухи (МЖ). Результаты МРХ-ХГ позволили при наличии УЗ-признаков желчной гипертензии в 55 случаях верифицировать или исключить предполагаемый ХЛ: у 17 пациентов ХЛ подтвержден, у 29 – не подтвержден и в 9 случаях МРТ-ХГ выполнена для контроля адекватности санации ЖП после ЭПСТ. Отмечены 1 ложноположительный результат (аэрохолия после вмешательства на ЖП) и 1 ложноотрицательный результат у пациентки со сложной сочетанной патологией (ХЛ в сочетании с кистой холедоха и аномалией развития кишечника). По результатам исследования чувствительность и специфичность бесконтрастной МРТ-ХГ составила 98% (диагностическая точность УЗИ, по данным разных авторов – от 25% до 80%).



При сравнительной оценке применяемых в нашей хирургической клинике визуализационных методов исследования ЖП наибольшее количество позитивных оценок получили МРТ (8) и УЗИ (6). Наши результаты подтверждают позицию исследователей в признании МРТ-ХГ на современном этапе эталонным методом выявления ХЛ и других причин МЖ (дивертикулы, кисты, стриктуры холедоха различного генеза, синдром Мириззи, «вентильные» камни при транзитной гипербилирубинемии). Однако, данный метод имеет ограничения для применения после ЭПСТ (возможность наличия аэрохолии), при наличии у больных кардиостимуляторов (изменение электромагнитного поля пациента) и имплантированных металлоконструкций (кроме титановых и керамических) – в нашем исследовании 2 клинических случая. Требуют внимания имевшие в исследовании случаи боязни замкнутых пространств и клаустрофобии, разрешаемые при беседах с пациентами и седативной терапией. Выводы. Бесконтрастная МРТ-холангиография является высокоинформативным неинвазивным визуализационным методом исследования билиарной системы при ЖКБ и обладает высоким диагностическим потенциалом для выявления ХЛ. В случаях выявления скрининговых УЗ-признаков билиарной гипертензии и отсутствия УЗ-данных за ХЛ оптимальным вариантом продолжения обследования пациента мы считаем выполнение бесконтрастной МРТ-холангиографии.

1623. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НА РАЗВИТИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА

*Соловьев И.А., Навматуля А.Ю., Литвинов О.А.,
Игнатович И.Г.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Введение. В развитых странах колоректальный рак занимает по распространенности второе место. Примерно 30% всех впервые выявленных опухолей приходится на прямую кишку. Большинство больных в предоперационном периоде получают лучевую терапию, хирургическая техника постоянно совершенствуется, однако, частота несостоятельности сигморектоанастомозов остается прежней и достигает 24%. Цель исследования. Изучить морфологические изменения в стенке прямой кишки после комбинированного лечения, и его влияние на частоту развития несостоятельно-

сти сигморектоанастомоза.

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили ретроспективные данные о 339 больных раком прямой кишки, прооперированных на кафедрах военно-морской хирургии, общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за период с 2003 года по настоящее время. Из них, комбинированному лечению, в различных режимах, подверглись 58 (17,1%) человек. Несостоятельность сигморектоанастомоза возникла у 36 (10,6%) больных. Исследованию дистального края резекции прямой кишки подверглись 30 удаленных препаратов, 15 после короткого курса крупнофракционной ЛТ СОД 25Гр и 15 с использованием пролонгированной мелкофракционной ХЛТ СОД 40-46Гр. Группу контроля составили 15 препаратов без воздействия ЛТ. Всем пациентам была выполнена низкая передняя аппаратная резекция прямой кишки. Выборка больных производилась случайным образом. По данным анализа изменений в дистальном крае ПК у больных получавших комбинированное и только хирургическое лечение, явились статистически не значимым ($p>0,05$). Основная часть 30 (66,7%) больных не имели структурных перестроек ни в слизистой, ни в подслизистой оболочке дистального края ПК. У больных, перенесших комбинированное лечение изменения на слизистой встречались чаще, 8 (26,7%) против 2 (13,3%). Изменения в подслизистом слое зарегистрировано у 4 (13,3%) пациентов получивших пролонгированный курс ХЛТ, и у 1 (6,7%) больного контрольной группы с выраженной сердечно-сосудистой патологии и инсулинозависимым СД. Несостоятельность сигморектоанастомоза анастомоза диагностирована у 2 (4,4%) больных (1-го – основной группы, 1-го – контрольной группы с выраженной сердечно-сосудистой патологией), и в 1 (2,2%) – носила спорадический характер. Зависимости развития несостоятельности анастомоза от проведенной предоперационной ЛТ не найдено ($p=1$; точный критерий Фишера).

Выводы. Выраженность и характер структурных изменений в стенке прямой кишки не зависят от протяженности и вида лучевого лечения. Что позволяет предположить, что несостоятельность сигморектоанастомозов обусловлена не органической перестройкой кишечной стенки, а результатом облитерирующих изменений мелких артериол, и как следствие - прогрессирующая ишемия. Степень сосудистых повреждений и ишемического фиброза различна, и наиболее выражена при тяжелой сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, генерализованный атеросклероз).



1624. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОРСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИМ НАВЫКАМ

*Карагезян С.Э., Богдан А.П., Сухинин А.А.,
Пыхтеев В.С.*

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Актуальность хирургической подготовки с использованием тренажеров подтверждается многочисленными публикациями в научной литературе. Особенно важным представляется применение тренажеров для обучения навыкам открытой хирургии. Нами был сконструирован хирургический симулятор, позволяющий проводить обучение молодых хирургов в условиях, моделирующих открытые операционные вмешательства. Была разработана соответствующая учебно-методическая база, Апробация хирургического тренажера происходила в условиях реального учебного процесса. Оценка результатов проводилась по Универсальной шкале оценки качества хирургической техники (Global Rating Scale of Operative Performance), позволяющей объективно и стандартизировано оценить качество выполнения любой тренировочной манипуляции. Симулятор представляет подвижный макет туловища, выполненный из легко обрабатываемого и устойчивого к воздействию асептиков материала. Это позволяет использовать в работе как синтетические, так и биологические ткани или их сочетание. С помощью подвижных приспособлений на макете возможно в широких пределах менять место, длину и направление «разреза» мягких тканей, угол обзора и доступа при работе. Тренажёр использовался для отработки базовых хирургических навыков, абдоминальных, торакальных и урологических оперативных вмешательств, использовались биологические ткани и синтетические материалы. В исследовании приняли участие студенты хирургического кружка кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Университета, интерны и ординаторы соответствующих специальностей. Каждая группа состояла из 15-20 участников, разделённых по специальностям. В течение 5 недель участники отработывали предложенную манипуляцию. В начале, по ходу тренировок и в конце курса производились контрольные тесты. В ходе исследования все обучаемые продемонстрировали значимое улучшение качества отработываемых манипуляций, что выражалось в уменьшении затрачиваемого времени на выполнение оперативного приема, слаженности работы бригады, улучшении каче-

ства формируемых анастомозов. Таким образом, использование предлагаемого симулятора является эффективным в обучении базовым хирургическим навыкам при подготовке специалистов хирургических специальностей. Дополнительным преимуществом занятий с симулятором является улучшение теоретической подготовки обучающихся, так как к каждой манипуляции разработан соответствующий методический материал.

1625. ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСТАМПУТАЦИОННОЙ КУЛЬТИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ

*Фомин А.А.(1), Першаков Д.Р.(1),
Неусыпин В.В.(1), Возгрин Д.В.(1), Фомин М.А.(2)*

1) Ярославль, 2) Москва

1) ГУЗ ЯО больница7, 2)1МГМУ

Цель: Определить роль нисходящей ветви латеральной артерии, огибающей бедренную кость в заживлении после ампутации верхней трети голени.

Материал и методы: В исследование вошли 2 группы : первая группа 59 пациентов(группа сравнения), с окклюзией бедренной и подколенной артерий и некрозами на стопе (ст. хронической ишемии 4) и проходимой нисходящей ветвью латеральной артерии, огибающей бедренную кость. Кровоток в ней определялся слепым доплеровским исследованием. Вторая группа - контрольная (22 человека) с аналогичным поражением артерий нижних конечностей и окклюзированной нисходящей ветвью латеральной артерии, огибающей бедренную кость.

Результаты: Заживление раны в 3 голени после ампутации первичным натяжением произошло в группе сравнения в 69,49 % случаев (в контрольной группе 40,9%). В остальном вторичное натяжение Выводы: Сохраненная проходимость нисходящей ветви латеральной артерии, огибающей бедренную кость, является хорошим прогностическим критерием первичного заживления после ампутации голени в верхней трети по поводу атеросклеротических окклюзий.



1626. АНТЕГРАДНАЯ ХОЛЕДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Курбангалеев А.И., Загидуллина Г.Т.

Казань

Казанский государственный медицинский
университет

Цель работы: определить возможности холедоскопии в диагностике и лечении патологии внепеченочных желчных путей.

Материалы и методы: Выполнено 312 холедоскопий. Из них 258 исследований выполнены при лапароскопическом доступе, 41 при лапаротомии и 13 холедоскопий проведено через фистулу. Интраоперационная холедоскопия проводилась у всех больных с обоснованным подозрением или доказанным холедохолитиазом, механической желтухой неясной этиологии, билиарным панкреонекрозом, холангитом. При проходимом пузырном протоке, нормальном или незначительно расширенном холедохе до 10-12 мм, малых размерах камня до 5-6 мм холедоскопию осуществляли через пузырный проток, который при необходимости предварительно бужировался. При чрезпузырном доступе использовали уретеронефроскоп «Olimpus» диаметром 3,3 мм. При необходимости доступ расширялся с переходом на стенку холедоха, что давало возможность использовать 5 мм холедоскоп и соответствующие инструменты. Расширение холедоха более 12 мм, наличие крупного конкремента, множественных конкрементов были показаниями к проведению холедоскопии через супрадуоденальную холедохотомию. При холедоскопии проводились бактериологическое исследование желчи, морфологическое исследование слизистой холедоха. Из 263 пациентов удаление конкрементов при холедоскопии проводилась с помощью корзинки Dormia в 77% случаев или зондом Фогарти- 12%, небольшие фиксированные в терминальном отделе камни «выдавливались» в 12-перстную кишку-11%. При несоответствии диаметра инструмента манипуляционному каналу холедоскопа экстракция камней выполнялась «вслепую» с последующим холедоскопическим контролем. Проходимость в 12 перстную кишку определялась визуально с помощью бужей или зондов. У 29% пациентов коррекция стеноза проводилась одномоментно путем антеградного бужирования -14%, антеградной папиллотомии- 6% ретроградной папиллотомии -4%, антеградной баллонной дилатации -6%. После диагностической чрезпузырной холедоскопии при отсутствии па-

тологии дренирования желчевыводящих путей не проводилось. Во всех остальных случаях после манипуляций внутри протоков проводилось наружное дренирование по Холстеду-Пиковскому с ушиванием холедохостомического отверстия или по Вишневскому. ХДА наложено у 4% больных. Результаты. При лапароскопическом доступе холедоскопию не удалось провести у 4 пациентов (1%) из-за выраженных инфильтративных изменений. При открытом оперировании холедоскопия была возможна во всех случаях. Холедохолитиаз был обнаружен у 263 пациентов, стеноз терминального отдела с последующей его коррекцией у 76 больных (24%), стриктура у 6 пациентов (2%), гнойно-фибринозные формы холангита обнаружены 103 случаях (33%), онкопроцессы с морфологическим подтверждением выявлены в 31 случае (10%). Резидуальный камень после холедоскопии был оставлен только у 2 пациентов (0,7%). Умерло 2 больных (0,7%). Заключение: Трансабдоминальная холедоскопия является доступным, безопасным и высокоэффективным методом диагностики и лечения патологии желчных протоков. Наиболее высока эффективность метода при лапароскопическом лечении холедохолитиаза.

1627. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТСТЕРНОТОМНОГО МЕДИАСТИНИТА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Горбунов В.А. (1,2), Джорджикия Р.К. (1,2),
Хайруллин Р.Н. (2), Мухарямов М.Н. (1,2),
Вагизов И.И. (2)*

Казань

- 1) ГБОУ ВПО Казанский медицинский университет
- 2) ГАУЗ Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань

Актуальность. Несмотря на то, что существует множество методик лечения постстернотомного медиастинита, крупных исследований, подтверждающих эффективность того или иного метода на сегодняшний день не существует. В отсутствие общепринятых клинических рекомендаций, выбор тактики лечения данного осложнения основывается лишь на личных предпочтениях хирурга и ресурсах клиники, что может привести к увеличению количества рецидивов инфекции, длительности госпитализации и летальности.

Цель исследования - сравнить эффективность разработанного алгоритма лечения постстернотомного медиастинита с общепринятыми методиками. Материал и методы. С 2006 по 2016 гг. в кардиохи-



рургических отделениях ГАУЗ МКДЦ наблюдалось 116 пациентов после кардиохирургических операций, осложненных постстернотомным медиастинитом. Из них мужчин 64, женщин 52. Средний возраст $61 \pm 7,2$ год. Срок от первичной операции до верификации глубокой стеральной инфекции составил $22 \pm 4,7$ дня. Пациенты были разделены на три статистически однородные группы: I группа (n-39) – местное лечение ран проводилось методом проточно-промывного дренирования. II группа (n-41) – местное лечение проводилось в комбинации вакуум-дренирования с открытым ведением раны и этапными санациями раневой полости. III группа (n-36) – ведение пациентов данной группы осуществлялось в строгом соответствии с разработанным алгоритмом: в кратчайший срок после установления диагноза пациенту выполнялась ревизия и санация послеоперационной раны в условиях операционной. При диастазе и нестабильности стернотомного доступа все лигатуры грудины удалялись. Во всех случаях ревизия завершалась установкой в рану системы вакуум-дренирования. Замена системы вакуум дренирования осуществлялась один раз в 2-4 дня. Вакуум-дренирование завершалось при наличии минимум двух из следующих критериев: макроскопическое очищение раны, снижение уровня С-реактивного белка плазмы более чем в два раза от исходного, отрицательные результаты бактериологического исследования раны, отсутствие лихорадки. Вторым этапом выполнялась пластика послеоперационной раны местными тканями. В случаях остеопороза и фрагментации грудины выполнялся реостеосинтез с использованием никелидтитановых скоб. При значительной деструкции грудины применялись П-образные проволочные швы на прокладках из перфорированных металлических пластин (патент на изобретение № 2607180). В послеоперационном периоде также осуществлялся контроль уровня С-реактивного белка.

Результаты. Зафиксирован один летальный исход во II группе (2,4%), средняя длительность госпитализации в I группе 37,1 суток, во II группе 57,3 суток, в III группе 24,2 суток. Частота рецидивов раневой инфекции в I группе 7 (17,9%), во II группе 10 (24,4%), в III группе 2 (5,5%). Выводы. Предложенный алгоритм ведения постстернотомного медиастинита в сравнении с методом проточно-промывного дренирования показал снижение частоты рецидивов раневой инфекции на 12,4%, и уменьшение длительности госпитализации на 12,9 суток. Неполный курс вакуум-дренирования с перерывами на открытое ведение раны показывает самую высокую длительность госпитализации и частоту рецидивов инфекции.

1628. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СЛОЖНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

*Брежнев В.П., Василенко Е.Н.,
Лебеденко Н.А., Бондаренко С.И., Ходырев В.Н.,
Кучеров В.Г., Крюков В.С.*

Луганск, ЛНР

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Хирургическое лечение больных со сложными формами паховых грыж - актуальная проблема современной герниологии. Это связано с высокими процентами рецидивов после хирургического лечения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Одним из путей решения этой сложной проблемы является использование дополнительных пластических материалов (аллотрансплантаты или аутокожа). Это позволяет эффективно провести реконструкцию пахового канала и снизить вероятность рецидивирования. Важным моментом является оценка степени морфофункциональной недостаточности тканей пахового канала перед операцией, что позволяет выбрать адекватный метод герниопластики. Из современных методов диагностики наиболее доступным и достоверным является ультразвуковое исследование (УЗИ). Цель исследования: изучить особенности ультразвуковой семиотики при сложных формах паховых грыж.

Материалы и методы исследования. Изучена ультразвуковая картина паховой области у 78 больных со сложными формами паховых грыж больших размеров, которые лечились в клинике общей хирургии. Все больные были старше 60 лет. Ультразвуковое исследование проводили на аппаратах «Sonoace ex prime 8000» с серой шкалой в режиме реального времени линейными и конвексными датчиками от 3,5-5 МГц до 7,5-11 МГц. Изучению были подвержены мышечно-апоневротические структуры пахового канала, грыжевой мешок и его содержимое. Обследование проводилось в состоянии покоя и напряжения (проба Вальсальва). Результаты исследования. Исследование показало, что изменению были подвержены все элементы пахового канала и окружающие его ткани. При прямых паховых грыжах на ультрасонограммах отмечались высокие паховые промежутки, разрушение поперечной фасции, истончение мышечно-апоневротических структур, которое выявлялось на 3-5 см от грыжевых ворот. Прямая мышца на стороне грыжи была атрофирована в разной степени, что визуализировалось в виде ее истончения. При пахово-мошоночных грыжах выявлялось



выраженное разволокнение апоневроза наружной косой мышцы живота, полное разрушение задней стенки пахового канала. Отмечалось максимальное увеличение высоты и площади пахового промежутка с явным истончением мышечно-апоневротических структур в проекции глубокого пахового канала. Проведенные УЗИ показали возможность визуализации и оценки морфометрических данных о мышечно-апоневротических структурах паховой области и грыжевого выпячивания. Сопоставление клинических, ультрасонографических и интраоперационных данных являлось основой для индивидуализированного подхода к выбору способа ненатяжной герниопластики. У всех оперированных нами больных со сложными формами паховых грыж больших размеров использовались разработанные в клинике способы аутодермальной герниопластики. Рецидив грыжи отмечен в 1,3% наблюдений. Таким образом, ультразвуковое исследование дает возможность визуализации основных мышечно-апоневротических структур паховой области и грыжевого выпячивания, что должно использоваться в выборе способа герниопластики.

1629. ВЫБОР ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ ТИПА А (STANFORD)

Джорджикия Р.К., Вагизов И.И., Мухарямов М.Н., Артюшкин В.А., Хамзин Р.Р., Сунгатуллин М.А.

Казань

ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» Минздрава РТ. ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Актуальность. Острое расслоение аорты (ОРА) представляет собой угрожающее жизни состояние и среди всех причин летальности занимает 19-е место. До сих пор возникают трудности в диагностике, выборе тактики и объема хирургического лечения данного осложнения.

Цель работы. Изучить результаты диагностики и хирургического лечения ОРА типа А (Stanford), выбрать оптимальную тактику лечения. Материал и методы. В отделении кардиохирургии №2 ГАУЗ МКДЦ за период 2006 – 2016 гг. наблюдались 79 пациентов с диагнозом острое расслоение аорты типа А. Возраст пациентов составил 53,6±12.1 лет: лиц мужского пола было 56 (70,1%), женского-23. У 64 (81%) пациентов наблюдалась гипертоническая болезнь. Синдром Марфана отмечен в 6 (9%) слу-

чаях. Все пациенты госпитализированы в неотложном порядке на сроках от 3-х часов до 4-суток с начала ОРА. Им проводились: ТТ эхокардиография, мультиспиральная компьютерная томография аорты и коронарных артерий с контрастным усилением (МСКТ), УЗИ брахецефальных, почечных сосудов и артерий нижних конечностей, клинические и биохимические исследования крови. Оперативное лечение было выполнено 72 пациентам. Все операции проводились в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармакоолодовой кардиopleгии раствором Кустодиола В 60 (83,3%) случаях операция дополнялась циркуляторным арестом (ЦА) от 5 – 40 мин. в условиях гипотермии (22 - 24°C). В большинстве случаев (64%) предпочтение в подключении ИК отдавалось канюляции в подмышечную артерию с антеградной перфузией головного мозга при проведении ЦА. Результаты. У 31 (43%) пациентов диагностировано наличие гемоперикарда, в 5 (7%) случаях сдавление или отрыв устья правой коронарной артерии. В 21 (29%) случае отмечался синдром мальперфузии почечных сосудов, 6 (8%) случаях-сдавление мезентеральных сосудов, в 5 (7%) - отслойка интимы подвздошных артерий с развитием ОАН. Из 7 не оперированных больных летальный исход наступил от разрыва и тампонады сердца на сроках от нескольких часов до 3-х дней с момента поступления. При выборе метода хирургического лечения ОРА типа А руководствовались тактикой протезирования восходящего отдела аорты с одновременной коррекцией клапанной и коронарной патологии. С целью уменьшения травматичности, количества анастомозов у больных с умеренно расширенной аортой и сохранным клапанным аппаратом предпочтение отдавали супракоронарному протезированию -41 операция. в т.ч. в сочетании с протезированием АК-10, с «полудугой» - 6, с коронарным шунтированием-4 операции. Продолжительность пережатия аорты в данной группе составляла 140,4 ± 15.3 мин., ИК-169, 5±14.6 мин., ЦА от 5 до 40 мин. Послеоперационная летальность составила 14.6 % (6 случаев). Протезирование восходящей аорты и АК в модификации Качукаса использовано у 31 больного, в т.ч. в сочетании с КШ - 6, в сочетании с «полудугой»- 2, с сохранением АК по Девиду- 2. Для герметичности анастомозов во всех случаях использовались фетровые полоски и биологический клей. Продолжительность пережатия аорты составляла 168, ± 17.4 мин., ИК-196,7±19.4 мин., ЦА от 10 до 40 мин. Послеоперационная летальность в данной группе составила 19.3 % (6 случаев). Послеоперационная летальность в обеих группах была обусловлена полиорганной недостаточностью, которая развивалась в результате кровопотери, длительной ИК и ЦА. Наблюдение за пациентами, перенесшими



супракоронарное протезирование (до 5 лет), не выявили значительного прогрессирования расширения оставшейся части аорты, дисфункции АК. В 1 случае наблюдался протезный эндокардит, потребовавший репротезирования.

Выводы: в виду высокого риска развития фатальных осложнений при ОРА диагностический этап должен осуществляться в максимально короткие сроки. Пациенты с ОРА типа А подлежат операции в экстренном порядке. Выбор вида хирургического вмешательства должен быть строго индивидуализирован, избегая при этом необоснованного расширения объема операции.

1630. ФАКТОРЫ РИСКА СОХРАНЕНИЯ РЕФЛЮКСА И РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ИЗОЛИРОВАННОГО УДАЛЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ПРИТОКОВ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ СТВОЛА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

*Селиверстов Е.И., Захарова Е.А.,
Солдатский Е.Ю., Золотухин И.А.*

Москва

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

Удаление варикозно расширенных притоков в значительном проценте случаев приводит к исчезновению патологического рефлюкса в большой подкожной вене. У ряда пациентов не удается достигнуть желаемого эффекта и происходит рецидив рефлюкса и/или варикозного расширения вен в 13.5% случаев. Очевидно, что выявление факторов, способствующих получению неблагоприятного результата, позволит определить категории пациентов, у которых будет возможно выполнение изолированной минифлебэктомии и сохранение несостоятельного магистрального ствола.

Цель исследования: поиск факторов, способствующих развитию рецидива или сохранения рефлюкса в большой подкожной вене при веносохраняющей операции. Материал и методы: Факторы риска сохранения рефлюкса и рецидива варикозной болезни, у пациентов, перенесших изолированную минифлебэктомию, оценивали при помощи множественной логистической регрессии. Для этого был проведен анализ следующих исходных данных: пол, возраст, длительность заболевания, локализацию варикозной болезни, индекс массы тела, наличие венозного отека, количество зон варикозной трансформации притоков, средний диаметр большой подкожной вены, состоя-

ние терминального клапана БПВ, протяженность рефлюкса по БПВ (для рефлюкса), а также наличие рефлюкса в БПВ через год (для рецидива).

Результаты: Было установлено, что рефлюкс по стволу через 12 месяцев после веносохраняющего вмешательства зарегистрировали в 26 (34%) из 74 наблюдений. Анализ парных зависимостей показал, что возможными факторами риска сохранения/рецидива рефлюкса могут быть количество зон варикозной трансформации притоков и исходная протяженность рефлюкса по большой подкожной вене. Увеличение зоны на 1, в среднем, приводило к уменьшению шансов наличия рефлюкса через 12 мес. в 1.31 раза ($p < 0,05$). Статистически значимым фактором оказался только возраст пациента – каждый дополнительный год увеличивает шансы на сохранение рефлюкса через 12 мес. после изолированной минифлебэктомии в 1,08 раз. Значимым фактором риска рецидива варикозной болезни оказалось, наличие рефлюкса в БПВ через год после вмешательства. При множественном анализе - шансы развития рецидива в этом случае выше в 264 раза. Вместе с тем, чрезвычайно широкие границы 95% доверительного интервала (от 2,8 до почти 25000), указывают на недостаточно большой объем выборки в исследовании. Другим фактором риска при множественной логистической регрессии оказалась локализация поражения на левой нижней конечности – шансы рецидива в этом случае возрастают в 73 раза по сравнению с поражением правой нижней конечности. Как и в ситуации с наличием рефлюкса, отношение шансов в зависимости от стороны поражения имеет широкие границы доверительного интервала (от 3 до 1775) и к столь высоким цифрам в обоих случаях следует относиться с осторожностью.

Заключение: Выполнение изолированной минифлебэктомии с сохранением несостоятельного ствола большой подкожной вены возможно у пациентов с патологическим рефлюксом в большой подкожной вене до уровня не ниже середины бедра с локализацией поражения на правой нижней конечности. Шансы на достижение гемодинамического результата снижаются с возрастом. Безусловно, необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.



1631. СИНДРОМ ОТЁЧНО-ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Шайбеков Д.Р., Орузбаев Б.Д., Порощай В.Н.

Бишкек

Кыргызско-Российский Славянский Университет

Актуальность. Синдром острой гиперемированной мошонки (СОГМ) у детей относятся к числу распространенных хирургических патологий и встречаются у детей разных возрастных групп. СОГМ объединяет ряд заболеваний: заворот гидатид яичка и придатка, заворот и травма яичка, орхит и эпидидимит и может быть обусловлено различными причинами. Дифференцировать патологию яичка и его придатков, семенного канатика вызывает определённую трудности, что усложняет принятию оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы. Изучены 503 детей пролечённых в отделении неотложной урологии ГДКБ СМП г. Бишкек за 2012-2016 гг. Кроме объективного и локального осмотра применялись общеклинические анализы, УЗИ пахово-мошоночной области. Результаты. По годам распределились: 2012г– 62 (12,3%), 2013г–78(15,5%), 2014г–122 (24,2%), 2015г–103(20,5%), 2016г-138 (27,4%) больных. В возрастном аспекте –от периода новорожденности до 1года 43(8,5%), 2-5 лет–196 (38,9%), 6-15 лет–264 (55,3%)больных. Обсуждение. В периоде новорожденности наблюдался у 12 (2,4%) детей. От начало заболевания поступили: до 6 часов 52 (10,3%), до 12 часов–171 (34%), до 24 часа–115(22,9%), 24-48 часов–119 (23,6%), до 7 суток–46 (13,1%) больных. Локализация в правой половине – у 276 (54,8%), в левой – у 225(44,7%), у 2-х(0,4%) новорожденных 2-х сторонная локализация. Жалобы при поступлении: боль у всех больных, чаще локализуется в паховой области, или в области поражённой мошонки. Отёк и гиперемия мошонки отмечено у 100%. Наблюдался изменения походки, вынужденное положение. При перекрутах подвески яичка чаще отечность мошонки, высокое стояние яичка и локальная гиперемия в верхнем полюсе яичка. При изучении анамнеза у детей старшего возраста 75% отмечали катание на велосипеде, резкого движения или удары. У 25% беспричинное появление признаков. В периоде новорожденности у 90% заметили в первые часы после рождения, у остальных на 2 сутки. УЗИ наблюдался: при подозрении на перекрут подвески яичка: рядом с придатком гипозоногенное образование, кровотока нет. При подозрении на перекрут яичка: увеличение соответствующей половины яичка,

яичко неоднородное, кровоток не определяется, вокруг яичка небольшое количество свободной жидкости. При орхоэпидимите: яичка умеренно неоднородна увеличена, умеренно увеличен придаток. При подозрении в анамнезе травмы и учитывая данные УЗИ с подозрением на орхит в лечении назначали постельный режим, суспензорий полуспиртовым раствором, антибиотики, спазмолитики. Операция заключалась в ревизии полости мошонки после рассечения оболочек яичка под общим обезболиванием. Интраоперационно обнаружено: перекрут подвески яичка с некрозом–у 273(61,6%) больных, из них локализация в правой половине мошонки–у 171 (62,6%), в левой половине–у 102(37,4%). Перекрут яичка и семенного канатика у 90(17,9%), из них левосторонняя локализация–у 49, правосторонняя–у 41 мальчиков. Орхоэпидидимит–у 83(16,5%), разрыв и гематома яичка–у 20(3,9%) больных. При позднем поступлении с СОГМ–у 6 больных которые лечились у хирургов или врачей ЦСМ как «орхоэпидидимит», решением консилиума и после проведённых консервативных мероприятий (согревание тёплым антисептическим раствором, новокаиновая блокада), из-за необратимых изменений произведено удаление яичка. У новорожденных с подозрением на некроз яичка и у 6 детей произведены насечки оболочки яичка, согревающие компрессы с последующим дренированием полости яичка. В отдаленном периоде наблюдения после операции у таких детей отмечается уменьшения размера яичка. В послеоперационном периоде больные получали антибиотики по показаниям, противовоспалительное лечение, физиопроцедуры. Выводы и рекомендации: 1.СОГМ у детей является неотложным состоянием и маскируется у старших детей как «орхоэпидидимит», что может привести к некрозу яичка, и должно настораживать хирургов для своевременного направления в детский хирургический стационар. 2.Отмечено преобладание СОГМ в 6-15 лет 55,3%. 3.В последние годы наблюдается у новорожденных 2,4%.



1632. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ТАЗА: ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Зубрицкий В.Ф., Земляной А.Б., Матвеев Д.А.,
Абрамов М.И., Солёный Г.П. Майоров А.В.*

Москва

Главный клинический госпиталь МВД РФ

Введение: Повреждения крупных кровеносных сосудов таза вследствие боевой травмы, либо ранения мирного времени, могут приводить к значительным внутритазовым (внутрибрюшным, внутритканевым) и наружным кровотечениям, вызывая острую массивную кровопотерю, что является одной из главных причин гибели раненых на поле боя или месте происшествия. Особенно опасны внутритазовые кровотечения после ранения наружных и внутренних подвздошных сосудов. Даже наружные кровотечения из ягодичных артерий могут создавать раненому угрозу жизни, а остановка таких кровотечений всегда была связана со значительными техническими трудностями. Интересны данные анализа оказания хирургической помощи раненым федеральных войск с огнестрельными повреждениями ягодичной области и таза в госпитале первого эшелона специализированной хирургической помощи (г. Владикавказ) и в ходе контртеррористической операции на Северном Кавказе (1999 – 2002). Среди 2692 проанализированных огнестрельных травм ранения ягодичной области составили 4,8%. У 76,1% раненых повреждения ягодичных сосудов привели к вторичному кровотечению; у 23,9% наблюдалась пульсирующая гематома и аневризма.

Материалы и методы: На современном этапе оказания специализированной хирургической помощи эта проблема наиболее рационально решается в стационарах, оснащенных ангиографическими аппаратами. Своевременно выполненная ангиография и флебография сосудов таза позволяет не только выявить локализацию поврежденных сосудов, но и определить взаимоотношение ранящего снаряда с другими органами таза. Наиболее важным моментом является возможность быстрой трансформации диагностического ангиографического этапа в наиболее рациональный и щадящий способ остановки кровотечения – рентгенохирургической эмболизации поврежденного сосуда. **Цели и задачи:** Мы решили оценить преимущество рентгенохирургического лечения травматических ложных аневризм магистральных артерий таза в сравнении с традиционным способом опе-

рации. В доступной литературе сведений подобного характера мы не нашли. Приводим клинические пример рентгенохирургического лечения ранения ягодичных артерий во время контртеррористической операции в г. Грозном. Раненый С. 23 года в тяжелом состоянии переведен санавиацией из г. Грозный 05.12.14. с диагнозом: Сочетанное огнестрельное (пулевое) ранение живота, таза, левого предплечья от 04.12.2014 г. Огнестрельное сквозное проникающее ранение живота с повреждением брыжейки тощей и сигмовидной кишки. Открытый дырчатый перелом левой подвздошной кости. Огнестрельное осколочное сквозное ранение верхней трети левого предплечья. Открытый огнестрельный многооскольчатый фрагментарный перелом верхней трети левой лучевой кости с незначительным смещением отломков с повреждением лучевого нерва левого предплечья. Травматический шок 3 степени. Сопутствующие заболевания: Органический галюциноз в виде зрительных обманов восприятия. Ранение получено 04.12.2014г при исполнении служебных обязанностей в г. Грозном Чеченской Республики во время контртеррористической операции. Госпитализирован в РКБСМП г. Грозный, где выполнена экстренная операции: лапаротомия, резекция тонкой кишки, энтеро-энтеростомия, сигмостомия, тампонирование забрюшинного пространства, санация, дренирование брюшной полости; ПХО ран левого предплечья. Гипсовая иммобилизация левого предплечья. Для дальнейшего лечения санавиацией 05.12.2014г переведен в ГКГ МВД России. По поводу развившегося осложнения: Перфорации полого органа и распространенного перитонита в реактивной фазе, больной оперирован экстренно после проведения противошоковых мероприятий и короткой предоперационной подготовки. Выполнена релапаротомия. На операции диагностирована перфорация тонкой кишки. Дивертикул подвздошной кишки. Распространенный серозно-фибринозный перитонит. Произведено ушивание перфорации тонкой кишки. Назоинтестинальная интубация, санация, дренирование брюшной полости. 16.12.14. оперирован повторно: Релапаротомия, ревизия, санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства слева. 22.12.14. возникло массивное (до 1 л.) кровотечение из раны забрюшинного пространства. Оперирован экстренно. Однако источника кровотечения в брюшной полости и забрюшинном пространстве не выявлено. 29.12.14. При УЗИ и КТ таза визуализирована ложная аневризма в левой ягодичной области. Выполнена селективная ангиография с эмболизацией 4 ветвей верхней ягодичной артерии. 30.12.14. Выполнено: Вскрытие, санация и дренирование глубокой межмышечной гематомы левой ягодичной области



30.12.14. П/о раны зажили первичным натяжением. 06.02.15. больной выписан для дальнейшего реабилитационного лечения по месту жительства. Выводы: Таким образом, метод рентгенохирургической окклюзии ранений ягодичных сосудов в условиях отделения рентгенохирургии специализированного госпиталя является наиболее щадящим и рациональным

1633. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Галашев Н.В.(1), Свиньин С.Л.(1),
Кузнецов А.М.(1), Макаров А.И.(2),
Мандрощенко Т.Ю.(2)*

Архангельск

- 1)Областная клиническая больница,
- 2)Северный государственный медицинский университет

Актуальность. Во многих странах, в т.ч. и в РФ отмечается неуклонный рост числа пациентов с хирургической патологией толстой кишки. Современные возможности ранней диагностики различных болезней колоректального сегмента кишечника, совершенствование лечебных оборудования и инструментария побуждают хирургов к выполнению различных операций с минимальной травматичностью и максимальной эффективностью. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с колоректальной патологией путем внедрения лапароскопических операций. Материалы и методы. Лапароскопические операции (ЛСО) на толстой кишке внедрены в практику хирургической клиники ОКБ в 2015г. За минувший период выполнена 31 операция с применением лапароскопических технологий у пациентов в возрасте от 18 до 86 лет (средний возраст- 56 лет). Показанием для оперативного вмешательства послужили злокачественные опухоли правой (6) и левой половины (3) ободочной кишки, сигмовидной кишки (9), ректосигмоидного отдела и прямой кишки (6), долихоколон (2) и долихосигма (5). Верификация всех опухолей осуществлена патоморфологическим исследованием биоптата опухоли (до операции) и удаленных опухолей. Подготовка пациентов к радикальной операции включала выявление и лечение «тяжелых» сопутствующих заболеваний, при явлениях кишечной непроходимости формирование временной разгрузочной колостомы и безклизменное очищение кишечника (фортранс, лавакол). Выполнены 14 резекций

сигмовидной кишки (1 с лапароскопической асистенцией –ЛСА), 6 передних резекций прямой кишки (1 с ЛСА), 6 правосторонних с ЛСА и 3 левосторонних (2 с ЛСА) гемиколэктомий, 2 субтотальных колэктомии с ЛСА. ЛСО проводились по общепринятой методике с использованием 4 доступов. Результаты. Максимальная продолжительность на начальном этапе проведения ЛСО достигала 300 минут с последующим сокращением до 180-240 минут, интраоперационная кровопотеря до 30-50 мл.(при открытых операциях средняя продолжительность до 180 минут, интраоперационная кровопотеря до 500 мл). При «низких» опухолях толстой кишки формирование межкишечного анастомоза осуществлялось аппаратным способом. Операции завершались ретроградной интубацией толстой кишки за линию анастомоза с последующим ежедневным промыванием толстой кишки. Конверсия востребовалась в 3 случаях в связи с большими размерами опухолей с прорастанием в смежные органы. В послеоперационном периоде отмечены 3 осложнения (9,8%) – нагноение раны, краевой некроз в зоне межкишечного анастомоза, несостоятельность шва межкишечного анастомоза, наложенного ручным способом. Один летальный случай (3,2%) у больной 56 лет с аденокарциномой сигмовидной кишки , осложненной obturационной кишечной непроходимостью, после ЛСА-резекции сигмы с наложением ручного анастомоза в связи с несостоятельностью шва анастомоза и развитием разлитого перитонита. Выводы. Внедрение лапароскопических технологий в колоректальную хирургию в многопрофильной больнице мы считаем возможным и рациональным при условии специальной подготовки хирургов и наличия современного медицинского оборудования и инструментария.

1634. ШУНТИРОВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ НИСХО- ДЯЩЕЙ АРТЕРИИ ИЗ МИНИТОРАКОТОМИЧЕ- СКОГО ДОСТУПА (MIDСAV) ДЛЯ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕН- ТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*Попов В.А., Головюк А.Л., Малышенко Е.С.,
Ревшвили А.Ш.*

Москва

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

Гибридная реваскуляризация миокарда у пациентов с многососудистым поражением коронар-



ного русла приобретает все большее значение в клинической практике. Доказанная ключевая значимость проходимости графта левой внутренней грудной артерии (ЛВГА) к передней нисходящей артерии (ПНА) делает этап шунтирования залогом успеха гибридной реваскуляризации. Существует несколько подходов для миниинвазивного шунтирования ПНА, среди которых наиболее распространенным является MIDCAB. Материал и методы. В исследование включены 62 пациента с многососудистым поражением коронарного русла. Средний возраст составил $55,1 \pm 8,3$ лет, мужчин 53 (85,5%), женщин 9 (14,5%). Распределение по функциональному классу стенокардии было статистически незначимым: ФК II – 39 пациентов (62,9%), ФК III – 23 (37,1%). Анамнез инфаркта миокарда у 25 пациентов (40,3%). Анатомически стволное поражение левой коронарной артерии (ЛКА) было выявлено у 1 пациента (1,6%), окклюзия ПНА – 19 пациентов (30,1%), стенозы ПНА >70% - 43 (69,3%), двухсосудистое поражение коронарного русла – 32 (51,6%), трехсосудистое поражение было выявлено у 25 пациентов (40,3%). Всем пациентам выполнена гибридная реваскуляризация миокарда. У 58 пациентов (93,5%) первым этапом выполнялось MIDCAB. На этапе чрескожного вмешательства (ЧКВ) у этих пациентов оценивалась проходимость ЛВГА-ПНА. В 4 случаях (6,5%) ЧКВ предшествовало коронарному шунтированию. Срок между этапами в среднем составил 3 суток (1-4). Всем пациентам выполнено стентирование покрытыми стентами второго поколения бассейнов огибающей ветви ЛКА и/или правой коронарной артерии (ПКА). Результаты. Госпитальную летальность не наблюдали. При оценке ранней проходимости ЛВГА-ПНА у 58 пациентов графты были без гемодинамически значимых стенозов и окклюзий. Ранних тромбозов стентов, госпитальных ИМ, кровотечений мы не отмечаем. 30-дневная летальность оставила 1,6% (1 случай фатальной внегоспитальной ТЭЛА). Местные раневые проблемы отмечались у 2 пациентов (3,2%), пневмоторакс – 1 (1,6%).

Выводы. Шунтирование передней нисходящей артерии из миниторакотомии является эффективным и безопасным методом реваскуляризации ПНА для гибридной реваскуляризации миокарда.

1635. РОЛЬ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Бахтин В.А., Русинов В.М., Янченко В.А.,
Патласов А.В., Ожегов Р.В.*

Киров

ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России,
кафедра госпитальной хирургии

Цель. Оценить роль чрескожного пункционного дренирования под контролем УЗИ в лечении панкреонекроза.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 143 пациентов с панкреонекрозом, за последние 10 лет находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России на базе КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». Из них у 61 пациента (42,7%) выполнено чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) острых жидкостных скоплений (ОЖС) и псевдокист под контролем УЗИ. Женщин было – 21 (34,4%), мужчин – 40 (65,6%) в возрасте от 17 до 70 ($43,9 \pm 1,7$) лет. По результатам посевов пунктата при первичном дренировании микрофлоры не обнаружено в 40 случаях. У 21 пациента диагностированы инфицированные жидкостные образования. Основными показаниями к ЧПД являлись: доступность для пункции по данным УЗИ/КТ и присутствие жидкостного компонента в зоне некроза. ЧПД проводилось с целью устранения компрессии, купирования сепсиса и ускорения демаркации зоны панкреонекроза (для подготовки к «открытой» дренирующей операции). Результаты. У 35 пациентов (57,4%) после чрескожного дренирования наблюдалось abortивное течение панкреонекроза с купированием ССВО, болевого синдрома, снижением гиперферментемии и острофазовых белков. Стоит отметить, что у 27 из них диагностирован стерильный панкреонекроз. В среднем эта группа пациентов выписана на $13,5 \pm 1,3$ сут после пункционного дренирования. Среди наиболее частых осложнений (у 21 пациента, 34,4%) после ЧПД наблюдается неэффективный дренаж ввиду наличия большого количества крупных секвестров или густого гноя, что являлось показанием к дренирующей операции из мини-доступа или лапаротомии. У 5 пациентов (8,2%) наблюдалось разобщение полости дренированной кисты (в т.ч. в 2 случаях потребовалось повторное ЧПД под контролем УЗИ). У 4 пациентов (6,6%) отмечена тенденция к формированию стойкого наружного панкреатического свища с большим дебетом отделяемого сока. У 4 пациентов (6,6%) диагностиро-



вана дислокация катетера (в т.ч у 1 – в желудок), потребовавшая в 3 случаях «открытого» оперативного лечения, в 1 – повторного ЧПД. У 2 пациентов (3,3%) наблюдалось кровотечение в полость кисты (медикаментозный гемостаз). После процедуры осложнений не отмечено у 23 пациентов.

Выводы. Чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ при панкреонекрозе является как самостоятельным методом лечения, так и этапом в подготовке к «открытой» дренирующей операции.

1636. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАВМАТИЧНОСТИ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МАНОУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННОЙ ТЕХНИКИ НА ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

*Хитарьян А.Г. (1,2), Провоторов М.Е. (1),
Глумов Е.Э. (3), Карпова И.О. (1),
Мурлычев А.С. (1)*

Ростов-на-Дону

- 1) НУЗ ДКБ на ст. Ростов-Главный "ОАО РЖД"
- 2) ФГБУ ВО РостГМУ
- 3) ГБУ РО "Онкологический диспансер"

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения общемировая заболеваемость колоректальным раком составляет 20,3 случаев на 100000 населения, а смертность – 9,6 случаев на 100000 населения. Аналогичные показатели для Российской Федерации составляют 23,8 и 15,2 соответственно, что определяет четвертое место колоректального рака по частоте возникновения и второе место как причину смерти. Ведущим методом лечения больных колоректальным раком остается хирургический. В последние десятилетия активно пропагандируется выполнение видеоэндоскопических операций. Дискутабельным остается вопрос выполнения малоинвазивных вмешательств у больных раком прямой кишки на фоне ожирения, в пожилом и старческом возрасте. Выполнение лапароскопических операций у этой категории больных имеет ряд недостатков, таких как неудобство маневра, трудности визуализации анатомических ориентиров, удлинение продолжительности вмешательства. Этих недостатков лишена технология видеомануально-ассистированных операций, что определяет научный интерес к сравнительному анализу травматичности открытой и лапароскопической мануально-ассистированной передней резекции прямой кишки. На современном уровне оценки травматичности операции не-

обходимо использовать многопараметрический анализ особенностей хода операции и развития интраоперационных осложнений.

Цель. Сравнительная оценка травматичности открытой и лапароскопической мануально-ассистированной передней резекции прямой кишки в боковой и спинальной позиции. Материалы и методы. Критериями включения больных в исследование были: опухоли либо ворсинчатые полипы левой половины толстой и прямой кишки Т0-3, N1-2 Mx. В исследование были включены 156 больных (94 женщины и 62 мужчины) в возрасте от 27 до 92 лет с индексом массы тела (ИМТ) от 23 до 35 кг/м². Все больные были разделены на две группы: в 1 группе (n=71) пациентам выполняли лапароскопические мануально-ассистированные операции, а во 2 группе (n=85) – открытые операции. Больные двух групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести основного заболевания, локализации опухолевого поражения, сопутствующей патологии. Для сравнительной оценки травматичности вмешательств наряду с оценкой времени операции, объема кровопотери, интраоперационных осложнений, учитывались изменения содержания в крови стрессовых гормонов и гормонов метаболизма.

Результаты. При анализе параметров, характеризующие травматичность операции было выявлено, что у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой отмечена значительно меньшая интраоперационная кровопотеря, особенно у лиц с ИМТ более 30 кг/м². Достоверное различие объема интраоперационной кровопотери было выявлено как у пациентов с операциями на ободочной, так и на прямой кишке. Известно, что мануально-ассистированная видеоэндоскопическая техника отличается от лапароскопической сокращением времени операции. При сравнении динамики изменения уровня стрессовых гормонов крови у пациентов во время вмешательств на ободочной кишке установлено, что у больных 1-й группы прирост уровней кортизола и ТТГ к концу операции был достоверно меньше по сравнению с пациентами 2-й группы (p



1637. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕНТГЕНО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Луцевич О. Э., Галлямов Э.А., Ревякин В.И.,
Макушин А.А., Лактюнькина Е.Н.,
Кунгурцева Е.А.

Москва

- 1) Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
- 2) АО ГК "МЕДСИ" Клиническая больница № 2.

Основными методами разрешения холедохолитиаза, помимо эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), являются литоэкстракция, отдельные модификации литотрипсии и холедоходуоденальное дренирование, которые используются в разных сочетаниях. В публикациях последних лет появилось понятие «трудный» холедохолитиаз, под которым понимают случаи, когда рентгено-эндоскопическое вмешательство (РЭВ) оказывается неэффективным, причем причины отсутствия эффекта, как правило, не конкретизируются. С 2016 г. по настоящее время в нашей клинике выполнено 79 вмешательств, из них к числу трудных мы отнесли 10 (12,66%). Эти наблюдения можно было разделить на 3 группы: наиболее многочисленная 1 группа из 5 (6,33%) пациентов, у которых диаметр гепатикохоледоха дистальнее конкремента, уступал размерам последнего. Во 2 группе включающей 3 (3,8%) наблюдений одиночный крупный камень или группа конкрементов препятствовали раскрытию корзины литотриптора, что исключало захват даже не крупного камня. К этой же группе наблюдений отнесены и те случаи, когда корзина в полностью раскрытом виде не вмещала конкремент из-за его размеров. В 3 группа пациентов состояла из 2 (2,53%) больных перенесших холедохотомию или ятрогенное повреждение гепатикохоледоха с престенотическим холедохолитиазом. В этих случаях причиной неэффективности являлись стриктуры, препятствующие проведению корзины Дормиа в зону интереса. В последней группе больных даже в случае успеха РЭВ велика вероятность рецидива холедохолитиаза, однако в наших наблюдениях пока не отмечалось. Использование гибких проводников значительно повышают эффективность РЭВ в перечисленных ситуациях, в нашей практике для разрешения желтухи холангита использовалось холедоходуоденальное дренирование и литолитическая терапия тем пациентам, для которых хирургическое вмешательство представляло было сопряжено с высоким риском.

1638. ВЫДАЮЩИЕСЯ РОССИЙСКИЕ ХИРУРГИ В ФАЛЕРИСТИКЕ

Толмачев Р.А.(1), Глянцев С.П.(2)

Москва

- (1) ФГБУ «РКНПК» Минздрава России, Москва
- (2) ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Москва

Относящиеся к фалеристике предметы так называемой «малой пластики» – ордена, медали, знаки (значки), монеты и др. – являются самостоятельным разделом изучения истории, своеобразными вещественными источниками, артефактами, «свидетелями» настоящего, недавнего и уже ушедшего времени. К одному из крупных разделов фалеристики следует отнести наградные (государственные, ведомственные, общественные) и памятные (мемориальные, сувенирные) знаки с изображениями выдающихся представителей общества – ученых, врачей, писателей, конструкторов, полководцев и др. Целью работы стали поиск, систематизация, описание и изучение негосударственных (ведомственных, общественных), нагрудных, наградных и памятных знаков, посвященных выдающимся деятелям отечественной хирургии. Большую часть данного раздела составляют знаки с изображениями «отца» русской хирургии Н.И. Пирогова, как наградные, так и увековечивающие память о нем. Наиболее ценными из них с исторической точки зрения являются: знак VII Пироговского съезда (Казань, 1899), наградная медаль СОКК и КП (1960-е гг.), знак лауреата премии Н.И. Пирогова АМН СССР (1970-е гг.), знак члена РАМН (1990-е гг.), знак лауреата премии Н.И. Пирогова Комитета общественных наград РФ (2000-е гг.), знак ордена Н.И. Пирогова Европейской академии естественных наук (2000-е гг.) и др. Ценность знака повышается и тогда, когда известен человек, которому он принадлежал. Десятки знаков с портретом Н.И. Пирогова были выпущены медицинскими учебными заведениями и лечебно-профилактическими учреждениями, носящими его имя. Имеются знаки Пироговских чтений. Интересно, что на большинстве из них воспроизведен один и тот же портрет 37-летнего Н.И. Пирогова с фотографии П.Ф. Бореля 1847 г. Поэтому редки и интересны «пироговские» знаки с возрастными изображениями хирурга. Много наградных и памятных знаков посвящено пионерам грудной и сердечной хирургии: А.В. и А.А. Вишневским, А.Н. Бакулеву, П.А. Курьянову, Б.В. Петровскому, Е.Н. Мешалкину, Ф.Г. Углову, Б. А. Королеву, Н.М. Амосову, В. И. Бураковскому. Причем, если одни знаки свидетельствуют



о личности хирурга и его достижениях, то другие рассказывают об учреждениях (институтах и научных центрах), названных их именами. Интересен знак в память выдающегося организатора научных исследований в области топографической анатомии и экспериментальной хирургии, создателя крупной школы сердечно-сосудистых хирургов В.В. Кованова. Несколько памятных знаков (медалей) было выпущено в честь (наградные) и память (мемориальные) таких хирургов как Н.В. Склифосовский, В.И. Разумовский, Н.П. Симановский, С.Н. Федоров, В.П. Филатов, В.Ф. Войно-Ясенецкий, Г.А. Орлов и др. Интересен знак в виде морского судна с названием «Хирург Разумовский». Знаки с изображениями хирургов (А.Г. Савиных и др.) выпускались в память проведенных различных хирургических съездов и конференций. Есть знаки, на которых имя крупного хирурга лишь упомянуто в названии того или иного учреждения (например, знак к 200-летию НИИ акушерства и гинекологии АМН СССР им. Д.О. Отта – пионера диагностической и лечебной лапароскопии). Отдельные мемориальные знаки несут на себе признаки принадлежности тому или иному хирургу. Изучение этих знаков-бэджей известных хирургов, участников различных съездов и конференций с их фамилиями, позволяют вносить важные дополнения в научные биографии некоторых персоналий. Таким образом, собирательство и изучение наградных и памятных знаков с изображениями хирургов, назовем это «хирургической фалеристикой», является не только увлекательным и познавательным делом, но и предметом историко-медицинских исследований, а также весьма информативным источником вещественных артефактов (3D-документов) для собраний медицинских музеев.

1639. УТОЧНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕХНИКИ ИМПЛАНТАЦИИ ПОРТ-СИСТЕМ ДЛЯ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

*Астахов Д.А. (1,2), Кедрова А.Г.(2),
Иванов Ю.В. (1,2), Панченков Д.Н.(1,2)*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России
- 2) ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Цель. Уточнение особенностей техники имплантации порт-систем для внутрибрюшинной химиотерапии.

Материалы и методы. За период 2015-2017гг. выполнено 25 операций по установке полностью имплантируемых порт-систем для внутрибрюшин-

ной химиотерапии на базе отделений онкологии и хирургии ФНКЦ ФМБА России.

Результаты. За наблюдаемый период в ходе эксплуатации отмечено 5 случаев несостоятельности указанных устройств: 2 случая инкрустации катетера фибрином и отграничение его в брюшной полости; 2 миграция камеры порта; 1 отрыв катетера от камеры порта.

Обсуждение. За время эксплуатации полностью имплантируемых порт систем для внутрибрюшинной химиотерапии, исходя из полученного опыта, определены следующие особенности его установки. Имплантация камеры порта на переднюю брюшную стенку с фиксацией к апоневрозу прямой мышцы живота (один из вариантов предлагаемых производителем) у пациентов с избыточной массой тела, развитой жировой клетчаткой, а также естественная подвижность брюшной стенки создает значительные трудности в последующей эксплуатации порт-системы. В ряде случаев крайне затруднительна локализация камеры порта при установке иглы Губера, что делает процедуру небезопасной. Предложение авторов по устранению данного затруднения состоит в рекомендации фиксации камеры порта в проекции костных образований: ребро, ось подвздошной кости. Такое положение позволяет четко определить положение камеры порта и локализовать мембрану для безопасного введения иглы, а прижатие к костным образованиям нивелирует подвижность мягких тканей. Фиксация камеры порта к апоневрозу в подвздошной области должна осуществляться не рассасывающимся шовным материалом в непосредственной близости от костных структур, но вне проекции кости. Не следует фиксировать к ости подвздошной кости. Этот прием позволяет избежать переворачивания камеры порта или его разворота вокруг своей оси практически на 90°, что делает пункцию мембраны затруднительной или невозможной и требует репозиции устройства. В ходе эксплуатации порт-системы ограничение скорости потока вводимых растворов, а также риск отрыва катетера от камеры порта обусловлены близостью точки фиксации порт-системы и пункции брюшной стенки и физиологической подвижностью передней брюшной стенки. Для минимизации подобных рисков авторы предлагают обеспечить более пологое расположение катетера по отношению к точке фиксации к камере порта. Для этого рекомендуется выполнять пункцию передней брюшной стенки для введения катетера в свободную брюшную полость отступя 4-5 см от точки фиксации камеры порта к апоневрозу. Подведение троакара к точке пункции брюшной стенки осуществлять вдоль апоневроза, отслоив кожно-подкожный слой на небольшом протяжении. При контроле положения свободной части кате-



тера в брюшной полости обеспечить как можно большую протяженность и пологий ход вдоль стенок брюшной полости. Неоправданным считаем значительное укорочение внутрибрюшинной части катетера. Большая длина внутрибрюшинной части катетера потенциально позволит избежать адгезии катетера на всем протяжении, и обеспечит его более длительное функционирование.

Выводы. В работе проведена оценка причин затруднений и ненадлежащего функционирования при эксплуатации порт-систем для внутрибрюшинной химиотерапии. Предложены практические решения по предотвращению развития осложнений, связанных с эксплуатацией данных устройств.

1640. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ КОЖИ В ЛЕЧЕНИИ РАН

*Зубрицкий В.Ф. (1), Ивашкин А.Н. (1),
Ковалев А.И. (4), Хрупкин В.И. (3),
Кривошапов П.Г.(5), Низовой А.В. (1),
Уткин П.Н. (2), Фоминых Е.М.(2)*

Москва

1. Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО «МГУПП», кафедра хирургии, г.Москва. Российская Федерация;
2. Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г.Москве», г.Москва Российская Федерация;
3. Российский национальный исследовательский

В настоящее время не вызывает сомнений требование в наиболее ранние сроки использовать методы закрытия раны (наложение вторичных швов или кожная пластика). Однако, в ряде случаев, оперативное лечение может быть неудачным из-за преждевременного закрытия неподготовленной к пластике раны, истощению больного или тяжёлого общего состояния. В таких случаях пациенты обречены на длительное консервативное лечение, которое чаще дает неудовлетворительные результаты. Современные достижения медицинской науки открывают новые возможности в лечении таких больных. В истории медицины имеется довольно много наблюдений об использовании аллогенных тканей (кожа, плацента, брюшина и т.д) для лечения ран, однако в настоящем такие методы в широкой практике не используются. Было установлено, что наиболее эффективно использование живых клеточных элементов, которые оказывают специфическое стимулирующее воздействие за счет

контракции стромы, синтеза биологически активных полипептидных медиаторов, факторов роста, цитокинов, компонентов внеклеточного матрикса. Кроме того, такие элементы клеток вырабатывают коллаген и другие компоненты, необходимые для создания базальной мембраны. Исследования, проведённые нами, показали, что жизнеспособность кожи сохраняется в течение приблизительно 17 часов после смерти донора. Обеспечить необходимые меры инфекционной безопасности и выполнить аллодермопластику в течении этого времени невозможно что существенно ограничивало повсеместное использование данного материала. Однако эта проблема была решена после создания нами методики забора, криоконсервации, хранения и использования живого аллодермотрансплантата. В качестве консерванта был использован оригинальный препарат, разработанный в Институте биологии развития им Н.К.Кольцова РАН, под названием «Криодерм», состоящий среды 199, 10% раствора глицерина и эпидермального фактора роста. Данная методика позволяет осуществлять хранение аллогенной кадаверной кожи на срок до 10 суток (при хранении в условиях бытового холодильника), а при использовании специального режима хранения – до года, без потери жизнеспособности. Жизнеспособность такой кожи проверена в ходе разносторонних экспериментов. В течение такого срока хранения возможно любое тестирование полученных от донора материалов и надёжное обеспечение инфекционной безопасности. В нашей практике успешно использованы аллодермотрансплантаты с целью временного закрытия обширных ран, очищения ран при подготовке к аутодермопластике, в комбинации аллодермопластики с аутодермопластикой. Отмечено, что пересаженная кожа предупреждает образование вторичных некрозов и может быть использована для защиты костей и сосудисто-нервных пучков при угрозе их гнойного расплавления. Анализ результатов клинического использования аллодермотрансплантатов показал, что эффективность метода зависит от ряда условий, главными из которых являются исходная жизнеспособность клеточных лоскутов донора и состояние раны реципиента. Повышению эффективности процедуры способствует подбор перевязочного материала. В дальнейшем была отработана методика создания долговременных запасов стандартизированных и жизнеспособных аллогенных клеточных эквивалентов. Клеточные эквиваленты тканей представляют собой конструкции, объединяющие активные клетки (эпидермальные кератиноциты и мультипотентные мезенхимные клетки жировой ткани) с биоматриksom. В качестве матрикса (формообразующий компонент) используют коллагеновые биодegradуемые



структуры. Матрикс выполняет роль трехмерного каркаса для миграции собственных клеток организма в дефект стромы. Всего было проведено более 800 аллодермотрансплантаций кадаверной кожи, более 100 трансплантаций дермального и эпителиально-дермального эквивалентов кожи. При использовании аллогенных тканей не было отмечено инфекционных осложнений, пирогенных и аллергических реакций. Проведённое исследование показало эффективность использования криоконсервированных жизнеспособных аллодермальных тканей. В случае, когда имеются противопоказания к закрытию обширной раны аутодермотрансплантатом, данный способ не имеет альтернатив. Для лечения тяжёлых больных важно, что использование данного материала атравматично и возможно многократное повторное выполнение аллодермотрансплантации. Стоимость материала и технология его хранения не требует больших материальных затрат. Разработанный способ длительного сохранения жизнеспособных клеток кожи может быть использован для создания банков кожи.

1641. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Свиштунов Д.Н., Пономарев В.В.,
Смирнова Г.О., Гинзбург Б.Г.*

Калуга

Калужская областная клиническая больница

Актуальность: В настоящее время поздние осложнения сахарного диабета - серьезная медико-социальная и экономическая проблема на государственном и региональных уровнях. Синдром диабетической стопы (СДС) – самая частая причина нетравматических ампутаций нижних конечностей. В Калужской области на 2016 год зафиксировано свыше 25000 больных сахарным диабетом. Значительная часть из них по поводу различных поражений нижних конечностей получает амбулаторную и стационарную медицинскую помощь в связи на базе самого крупного лечебного учреждения региона - Калужской областной клинической больницы. Цель: Оценить возможности лечения синдрома диабетической стопы в условиях консультативной поликлиники и отделения общей хирургии многопрофильного стационара. Материалы и методы: Принятый в КОКБ комплексный подход к лечению синдрома основан на

рекомендациях «Международного консенсуса по диабетической стопе» (DFSG, 2015год) и соответствует задачам федеральной программы «Сахарный диабет». В повседневной практике синдром диабетической стопы разделяем на нейропатическую, нейроишемическую и нейроостеоартропатическую форму; тяжесть поражения классифицируем по Вагнеру. Приемственность между амбулаторным звеном и хирургическим стационаром осуществляет специализированный кабинет «Диабетическая стопа», с 2009 года выполнивший 3820 приемов лиц с сахарным диабетом. Кабинет поддерживает постоянный контакт с большим количеством обратившихся за помощью, планово осматриваются пролеченные общехирургическом отделении пациенты в срок 0,5-2 месяца после выписки и более. По результатам кабинета «Диабетическая стопа» в группу риска были отнесены 17% осмотренных – 649 больных диабетом. Нейропатическая форма СДС диагностирована в 60% (2292 пациента), нейроишемическая в 22% - (841 больной). Нейроостеоартропатическая форма верифицирована в 1% наблюдений – 15 пациентов с острой и подострой стадией и 23 – с хронической. Оперативная активность кабинета достигает 58% - хирургическая помощь и подиатрический уход оказан 2216 больным. Обработка гиперкератозов и ногтевых пластинок фрезерным скалером применена 13% обратившихся - 497 человек. перевязки с дебридментом язв выполнены в 38% - 1451 пациент. Хирургические вмешательства в 3.7% случаев представлены остеосеквестрэктомией фаланг и межфаланговых суставов (141 пациент); коррекцией онихокриптоза у 2.8% (107 человек), 8 случаев - пластика язвенных дефектов стоп коллагеновым биоматериалом «Коллост». 11 пациентам в острой стадии нейроостеоартропатии выполнено наложение индивидуальной разгрузочной повязки Total Contact Cast. Динамическое наблюдение 220 пациентов с язвенными дефектами стоп в 136 случаях показало заживление язв, улучшение течения раневого процесса - в 43. Стагнация раневого процесса наблюдалась в 26 случаях, рецидив язвы - у 15 больных. 184 человека были госпитализированы с приема в кабинете «Диабетическая стопа» в отделение общей хирургии – 128 по экстренным показаниям и 56 - в плановом порядке. С 2010 по 16 год в общем хирургическом отделении пролечено 405 больных в возрасте от 19 до 84 лет с сахарным диабетом и различного рода поражениями нижних конечностей. В отделении выработан протокол диагностики и лечения пациентов с синдромом диабетической стопы. Сформирована междисциплинарная команда специалистов - общий и сосудистый хирург, рентгенхирург, эндокринолог, клинический фармаколог. Ведется фотодокументация течения



раневого процесса с применением компьютерной качественной и количественной оценки полученных данных. Пациенты, поступающие по неотложным показаниям, на этапе приемного отделения проходят необходимый диагностический минимум, осматриваются терапевтом. Дальнейшее обследование на стационарном этапе включает исследование гликемического профиля и HbA1c, все больные в обязательном порядке консультируются эндокринологом. Рентгеновское исследование предполагает снимок стопы в 2-х проекциях, по показаниям дополненный мультиспиральной КТ. По показаниям выполняем УЗИ мягких тканей. В стандарт входит микробиологическое исследование раневого отделяемого с контролем 1 раз в 5-7 дней. Всем больным проводится ультразвуковое дуплексное ангиосканирование нижних конечностей, для оценки стеноокклюзионных изменений артерий при нейроишемической форме широко применяется малоинвазивная СКТ – ангиография, по показаниям - периферическая ангиография. Полиморфизм синдрома диабетической стопы обуславливает индивидуализированный комплексный подход к лечению, построенный на следующих принципах; 1) полная разгрузка пораженной конечности костылями и креслом-каталкой, в отдельных случаях - индивидуальные разгрузочные повязки 2) контроль гликемии, нормализация углеводного обмена и метаболических нарушений 3) антибактериальная терапия с учетом микробиологических исследований 4) антикоагулянтная терапия, назначение дезагрегантов 5) антиоксидантная терапия, коррекция полинейропатии 6) коррекция ишемии – медикаментозная и хирургическая 7) адекватная хирургическая обработка гнойных очагов 8) местное лечение язв и послеоперационных ран с применением современных антисептиков и перевязочных материалов, локальной вакуум-терапии в разных режимах 9) закрытие ран и/или формирование культи пораженной стопы при помощи реконструктивных и пластических операций. Оперативная активность в отношении пациентов с СДС составила 89,3% (362 пациента), всего сделано 427 оперативных вмешательств. Хирургическая обработка гнойного очага выполнена 76 (17.8% всех операций) больным. Вскрытие поверхностных и глубоких флегмон стопы - в 21 (4.9%) и 14 (3.3%) случаях соответственно. Повторные ревизии ран и вскрытие гнойных затеков осуществлено у 30 (7%) больных. Экзартикуляции и ампутации пальцев стопы проведены 34 (7.7%) пациентам, остеосеквестрэктомии – 26 (6%). Экономные резекции в разных отделах стопы выполнены 18 (4.2%) пациентам. К высоким ампутациям (уровень голени и бедра) пришлось прибегнуть в 57 (13.4%) случаях, что в 2.5 раза меньше по сравнению с периодом за 2005-2010 год. Нами

активно применяются пластические оперативные вмешательства при СДС. Так, пластика язвенных дефектов и ран стопы проведена в 25 (5.8%) случаях и 32 (7.5%) соответственно. Различные варианты аутодермопластики применены у 38 (8.9%) больных, пластика по поводу онихокриптоза выполнена 21 (4.9%) пациентам. Рентгенохирургическая реваскуляризация нижних конечностей осуществлена у 35 (8.6%) человек. Локальная вакуум-терапия в разных режимах аппаратами «Suprasorb» SNP 1 и SNP2 применялась в 58 случаях язв и послеоперационных ран стопы. В 2015-16 году в рамках совместного кубинско-российского проекта с применением препарата «Эберпрот П» (рекомбинантный аналог эпидермального фактора роста человеческого, производимый заводом Heberbiotec, респ. Куба) пролечен 21 пациент (8 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 37 до 76 лет с сахарным диабетом 1 и 2 типа, в ряде случаев достигнуты удовлетворительные результаты в лечении обширных дефектов мягких тканей стопы. Результаты: Сроки стационарного лечения пациентов с синдромом диабетической стопы составили 12 - 64 суток, в среднем 22 к\д. Выздоровление отмечено в 196 (48.3%) случаях, улучшение - у 157 (38.9%). Лечение без эффекта отмечено в 20 (4.9%) случаях, умерло 32 (7.9%) человека. Выводы: Применяемый нами комплексный междисциплинарный подход к лечению пациентов с СДС позволил улучшить результаты лечения и снизить количество высоких ампутаций в регионарной группе больных.

1642. КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЫСОКИЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Измайлов А.Г.(1), Доброквашин С.В.(1),
Волков Д.Е. (1), Пырков В.А.(2), Закиров Р.Ф. (2),
Давлет – Кильдеев Ш.А. (2), Ахметзянов Р.Ф. (2),
Хакимов А.Ф.(2)*

Казань

- 1) ФГБОУ ВО “Казанский ГМУ” Минздрава России Кафедра общей хирургии
- 2) ГАУЗ “Госпиталь для ветеранов войн” г. Казани Хирургическое отделение

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений остается одной из актуальных проблем в современной хирургии. Несмотря на достижения,



определенного успеха в борьбе с хирургической инфекцией, гнойно-септические осложнения после хирургических вмешательств до сих пор относятся к числу ведущих причин летальности и увеличения длительности пребывания больного в стационаре. Послеоперационные гнойно – воспалительные осложнения со стороны ампутационной культы конечности достигают 35 – 65%. Тромбоэмболии различной локализации развиваются у 70 – 75% больных. Проведен анализ результатов лечения 13 больных в возрасте от 61 до 86 лет, которым проводилось оперативное пособие – ампутация нижних конечностей на уровне бедра по поводу облитерирующего атеросклероза ХАН 3 – 4 ст., за период с 2009 по 2016 года в отделении плановой хирургии ГАУЗ “Госпиталь для ветеранов войн” г. Казани. Мужчин было 9 (69,2%), 4 (30,8%) женщины. Все пациенты до ампутации получали традиционную сосудистую терапию, консультированы ангиохирургом на предмет возможности выполнения реконструктивных операций, многократно проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей. С целью профилактики раневых осложнений в послеоперационном периоде, всем больным проводили антибиотикопрофилактику, которая заключалась в применении цефалоспоринов 1 - 2 поколения по 1 – 2 г за 30 – 40 минут до операции внутривенно. Профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболий легочной артерии проводилась у всех больных по предложенным схемам антикоагулянтной терапии, а именно фраксипарином или фрагмином, с учетом факторов риска. В основной группе, пациентам, с целью дренирования послеоперационной раны и профилактики гнойно – воспалительных осложнений применялось дренажное устройство разработанное в нашей клинике, которое представляет собой однопросветную трубку с гофрированной поверхностью (патент РФ №2261699). В послеоперационном периоде применяли местно клеевую композицию на основе препарата ксимедон (Патент РФ № 2354379). Препарат ксимедон также применялся в таблетированной форме по 0,5 г 3 – 4 раза в день, с целью усиления регенераторного эффекта. Во время ушивания послеоперационной раны устанавливали дренажное устройство на всем протяжении. Дренажное устройство не вызывало сдавление контактирующих тканей, принимало форму соответственно конфигурации дренируемой полости, длительно сохраняло свою основную функцию, что обусловлено его конструктивными особенностями. Установку трубчатого дренажа проводили в нисходящем направлении в нижней точке дренируемой полости в качестве пассивного коллектора. При таком расположении дренажа обеспечивается пассивный отток серозной жидкости по принципу силы его тяже-

сти и капиллярности. Послеоперационную рану через отводящий конец устройства промывали 0,5% хлоргексидином биглюконатом. Дренажное устройство удаляли при отсутствии отделяемого, на 2 – 3 сутки. У 8 (61,5,9%) пациентов, у которых применялись традиционные методы профилактики гнойно – воспалительных осложнений и дренирования послеоперационной раны, инфильтрат отмечен, соответственно у 1 (12,5 %), гематома у 1 (12,5%) больного. У 5 (38,5%) пациентов, которым применяли разработанные методы профилактики и дренирования послеоперационной раны по предложенной методике, раневые послеоперационные осложнения отсутствовали.

1643. МЕТОДИКА ПРЯМОЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМ ВЕДЕНИЕМ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА (ЛАПАРОСТОМАМИ)

Чернядьев С.А., Кубасов К.А., Булаева Э.И.

Екатеринбург

УГМУ

Актуальность. У больных с распространенными формами перитонита борьба с развитием энтеральной недостаточности является одной из основных задач. Одним из методов борьбы с послеоперационным парезом кишечника является электростимуляция. Можно выделить 3 основные группы электростимуляции: внутрисполостную, чрезкожную и прямую электростимуляцию. Каждый из видов имеет свои преимущества и недостатки. Особенную сложность подбора вида электростимуляции имеет группа больных с открытым ведением распространенного перитонита (лапаростомами).

Цель исследования: разработать методику прямой последовательной пролонгированной электростимуляции кишечника у больных с открытым ведением распространенного перитонита (приоритетная справка на получение патента № 2016118464 от 11.05.2016).

Материал и методы. Нами предложен метод прямой последовательной пролонгированной электростимуляции кишечника у больных с открытым ведением распространенного перитонита (лапаростомами). При моделировании перитонита в эксперименте на кроликах во время первичного оперативного пособия после санации очага инфекции проводится пролонгированная электростимуляция кишечника, включающая интраоперацион-



ную установку электродов в брюшную полость, выведение их через переднюю брюшную стенку и подключение к аппарату для электростимуляции. При этом используются оригинальные электроды – клипсы, у которых доказана эффективность передачи импульса и отсутствие повреждения стенки кишки. Электроды устанавливаются на серозную оболочку кишечника, в области брыжейки производится фиксация электрода, при этом один из электродов устанавливается на двенадцатиперстной кишке, второй на начальном участке тощей кишки, третий и четвертый – на дистальный отдел подвздошной кишки, затем проводится электростимуляция кишечника тремя сеансами по 3 мин с интервалом 2-3 мин при последовательном включении электродов. Электростимуляция производится в монополярном режиме. Этот режим позволяет увеличить площадь соприкосновения электрода для возникновения импульса, сохранять передачу электрического импульса при возможном перемещении электрода с перистальтической волной. Выработаны оптимальные параметры для проведения электростимуляции. Разработана методика контроля усиления перистальтической активности после воздействия. Возможно увеличение количества электродов, устанавливаемых на всем протяжении кишечника, а, следовательно, и увеличение количества зон воздействия на кишечник. Это обеспечивает последовательную «поэтажную» электростимуляцию кишечника. Такая установка электродов и последовательное их включение позволяет создать характер близкой к естественной перистальтической волны. Электроды удаляются на плановой санационной релапаротомии. Результаты. Данная методика повышает эффективность электростимуляции, способствует быстрому восстановлению моторно-двигательной функции кишечника, благодаря чему послеоперационный парез либо не развивается, либо разрешается быстрее. Наблюдается увеличение скорости перистальтической волны в послеоперационном периоде. Установка электродов на серозную оболочку кишечника с помощью оригинальных электродов позволяет осуществить этот процесс без нарушения целостности серозной оболочки, что способствует снижению травматичности процесса электростимуляции, так же отсутствуют деструктивные изменения со стороны кишечника.

Заключение. Получена приоритетная справка на получение патента на изобретение, получено разрешение локального этического комитета, что дает нам применять методику в лечении больных с распространенным перитонитом с открытым ведением (лапаростомами).

1644. ВЗАИМОСВЯЗЬ СПЕКТРА ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ СО СПЕКТРОМ МИКРОФЛОРЫ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Мусагалиев А.А., Луцева О.А., Тюрина И.Н.,
Кчибеков Э.А., Коханов А.В.*

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. По современным представлениям распространенный гнойный перитонит характеризуется как системная воспалительная реакция организма (SIRS) в ответ на развитие гнойно-некротического процесса в органах брюшной полости, клинически проявляющийся эндотоксикозом и полиорганной недостаточностью (ПОН). Эти процессы достаточно эффективно можно контролировать, исследуя соответствующие лабораторные показатели воспаления или тканевой деструкции с помощью экспресс-тестов. В то же время, при бактериологическом посеве образцов крови, перитонеальной жидкости экспресс-идентификация характера патогенной микрофлоры невозможна, поэтому получаемая информация, по определению с отставанием отражает реальное течение инфекционного процесса в брюшной полости. Это вынуждает к назначению стандартной неселективной антибиотикотерапии, а запоздалое начало адекватной этиотропной антибактериальной терапии может приводить к большим социальным и экономическим потерям. Следовательно, ранняя диагностика спектра патогенной контаминации является актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Так как экспресс-идентификация характера патогенной микрофлоры путем ПЦР-диагностики исключена для практической хирургии по экономическим соображениям, то решение этой проблемы в абдоминальной хирургии возможно путем разработки эквивалентов характера микрофлоры среди сывороточных белков острой фазы. Цель работы: определить диагностическую значимость тестов на белки острой фазы у больных с перитонитом для ориентировочной оценки спектра микроорганизмов перитонеального экссудата. Материалы и методы: Исследования проведены на 130 больных аппендикулярным перитонитом, в возрасте от 13 до 50 лет. Причиной перитонита у всех больных явились деструктивные формы острого аппендицита. Диагноз подтвержден данными клинического осмотра, рентгенографического, ультразвукового исследования, лапароскопиче-



1645. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В СТАЦИОНАРЕ ОДНОГО ДНЯ

*Чиников М.А. (1), Азимов Р.Х. (1,2),
Хусанов Ш.А. (1), Имамов А.Ж. (1),
Ряскова А.С. (1), Мусеев Д.Н. (1),
Курбанов Ф.С. (1)*

Москва

1) РУДН, 2) ЦКБ РАН

ского вмешательства, результатами, полученными во время операции, данными лабораторных исследований. Забор крови и дренажной жидкости проводили на 1-2, 3-4, 7-12 сутки после санации брюшной полости у больных аппендикулярным перитонитом. Для идентификации выделенных микроорганизмов использовали автоматический бактериологический анализатор «Walk-Away»). Спектр определяемых микроорганизмов – аэробы и факультативные аэробы III-IV групп патогенности, семейство Enterobacteriaceae, бактерии родов Bacillus, Listeria, Neisseria, Clostridium, Enterococcus, Haemophilus, Corinebacterium, Streptococcus, Aeromonas, неферментирующие бактерии родов Pseudomonas, Acinetobacter и др. В качестве контроля эффективности санации производилось количественное исследование числа микробных тел в 1 мл перитонеального экссудата. В сыворотке крови и перитонеальной жидкости определяли концентрацию белков острой фазы (СРБ, церулоплазмин, лактоферрин, α 1-гликопротеин, α 1-антитрипсин, α 2-макроглобулин, фибриноген, ферритин) методом иммуноферментного анализа с помощью наборов фирмы («Алкор Био», С-Пб), иммуноглобулины, продукты деградации фибриногена (ПДФ) и СБАГ – методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Результаты обработаны методами вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение: Установлено, что аппендикулярный перитонит – это классический вариант микст-инфекции, где ведущую роль играет ассоциация аэробов и анаэробов. Из грамотрицательных аэробов наиболее часто из перитонеальной жидкости высевались E. coli, затем Klebsiella и Enterobacter. Из грамположительных аэробов чаще всего обнаруживались Streptococcus и Staphylococcus aureus, из анаэробов – Bacteroides fragilis и Fusobacterium aureus. Методами корреляционного анализа установлены коэффициенты корреляции между изменениями спектра БОФ в крови и перитонеальной жидкости больных с наличием и выраженностью патологических процессов в брюшной полости в зависимости от характера патогенной микрофлоры.

Выводы: Разрабатываемый способ быстрой косвенной оценки характера патогенной микрофлоры у больных перитонитом на основании результатов экспресс-определения спектра белков острой фазы является эффективным, доступным и экономичным диагностическим инструментом в абдоминальной хирургии.

Актуальность. Ранняя операция при остром калькулёзном холецистите сопровождается меньшим числом осложнений и повышает шансы выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). В Великобритании плановая ЛХЭ включена в реестр операций, выполняемых в амбулаторных условиях. Такой подход способствует быстрому возврату пациента к трудовой и социально-бытовой деятельности и обладает экономическим потенциалом. Чётких критериев отбора больных острым холециститом для лечения в стационаре одного дня не разработано, что и послужило поводом для выполнения данной работы.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 99 больных (34 мужчины и 65 женщин) острым калькулёзным холециститом в период с 2015 по 2016 гг. Всем пациентам выполняли ЛХЭ с обязательным дренированием подпечёночного пространства. В исследование включены больные без желтух в анамнезе, признаков местных перипузырных осложнений, холедохолитиаза, общих противопоказаний к лапароскопическому доступу и с давностью приступа не более 3 суток. Все больные разделены на 2 группы: 1 группа - 39 больных, которым ЛХЭ выполнена в стационаре одного дня (до 23 часов); 2 группа - 60 больных, сформирована из пациентов, оперированных в хирургическом отделении стационара, которые соответствовали указанным выше критериям исключения. Для выполнения ЛХЭ в стационаре одного дня необходимы следующие условия: письменное информированное согласие пациента на лечение в стационаре краткосрочного пребывания, взрослый сопровождающий в течение суток после выписки; проживание в отдельной квартире или доме не далее 50 км от стационара; стационарный домашний телефон. Средний возраст больных 1 группы составил $43,8 \pm 15,4$ г., больных 2 группы $53,7 \pm 15,2$ г. Сопутствующие заболевания имели 52 (86,7%) пациента 2 группы и 6 (15,4%) пациентов 1 группы. Класс риска анестезии по шкале ASA у больных всех групп варьировал от I до III (в среднем $2,2 \pm 0,5$ в 1 группе и $2,4 \pm 0,5$ во 2 группе).



Группы были сопоставимы по классу риска анестезии. По полу, возрасту и частоте сопутствующих заболеваний группы достоверно отличались. Больных 1 группы оперировали в день поступления, в течение 1-3 суток после выписки осуществляли патронаж. Полученные результаты. У 1 больного (2,6%) 1 группы отмечено интраоперационное кровотечение, потребовавшее конверсии доступа в минилапаротомию. Кровотечение остановлено прошиванием кровоточащего сосуда. Такой подход позволил остаться в рамках миниинвазивного вмешательства и выписать пациента в течение суток. У 1 больного 2 группы (1,7%) возникло интраоперационное кровотечение из ложа желчного пузыря, которое остановлено коагуляцией. Значимых отличий по частоте интраоперационных осложнений не было ($p > 0,05$). Средняя длительность операции составила $44,6 \pm 6,8$ мин в 1 группе и $58,7 \pm 31$ во второй. Частота деструктивных форм заболевания составила 38,5% в 1 группе и 41,7% - во 2. Послеоперационных осложнений и летальных исходов в обеих группах не было. Средняя длительность лечения была достоверно меньше в 1 группе ($21,3 \pm 1,4$ часов) в сравнении со 2 группой.

1646. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ МНОГОЭТАЖНЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шиповский В.Н., Джуракулов Ш.Р.

Москва

Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова»

Цель работы. Определить клиническую значимость диагностики и лечения магистральных артерий и вен в ангиографических исследованиях с использованием углекислого газа в качестве контрастного вещества.

Материалы и методы. Работа выполнена с апреля 2009 г. по июль 2014 г. За этот период выполнены ангиографические исследования с использованием медицинского углекислого газа в качестве КВ 58 пациентам. Среди них было 43 (74%) мужчин и 15 (26%) женщин. Возраст больных варьировал от 40 до 69 лет и составил в среднем $57,6 \pm 6,8$ лет. Выделено 2 группы. В 1-ой группе выполнялась карбоксиаортоартериография с ангиопластикой артерий нижних конечности ($n=40$). Во 2-ой груп-

пе ($n=18$) выполнялась карбоксиортография. Результаты. CO₂ использовался в качестве КВ у 58 пациентов. При аорто-артериографии ($n=40$) и для контрастирования системы воротной вены во время проведения операции TIPS. В одном случае углекислый газ использовался в качестве КВ при стентировании почечной артерии и в пяти случаях при ангиопластики артерий нижних конечности. Заключение. Углекислый газ является альтернативой контрастного вещества у пациентов с контраст индуцированной нефропатией. Карбоксиграфия эффективно используется для эндоваскулярной диагностики и лечения при поражении артерий нижних конечностей, также эффективно карбоксиортография используется при портальной гипертензией.

1647. ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ. КОЛОПРОКТОЛОГИЯ. ПЛАНОВОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Инжеватов В.В. (1), Ермаков Д.Ф. (1), Резяпкин Г.И. (2), Алексанян В.М. (1), Раскатова Е.В. (4), Оськин А.Н. (3), Шабловская Т.А. (1)

Москва

1) МГМСУ, 2) ГКБ №1, 4) ЦКБ УДП РФ, 4) ГКБ №68

Актуальность. Экспериментальное подтверждение эффективности и безопасности планового оперативного лечения колопроктологических больных по программе хирургии одного дня с позиции мультимодальной стратегии ускоренной реабилитации пациента.

Материал и методы. За 2013-2015 гг. в условиях Центра амбулаторной хирургии, располагавшегося на базе многопрофильной поликлиники г. Москвы – Филиал №1 (ГП №185) ГП №36, проведено плановое хирургическое лечение 140 пациентов с колопроктологической патологией. Среди пациентов 48% мужчин и 52% женщин, в возрасте от 18 до 79 лет, средний возраст - 39,7 года. Пациенты принадлежали к I, II и III классу по шкале оценки физического состояния ASA. Возможность хирургического лечения пациентов III класса по ASA, т.е. с тяжелым, но компенсированным заболеванием (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и т.д.) решался в каждом случае индивидуально, с учетом кардиального статуса, вида анестезиологического пособия, характера и продолжительности оперативного вмешательства. Основной метод обезболивания — спинальная анестезия. Под СМА



оперировано 82% пациентов, под внутривенным наркозом – 18%. Все оперативные вмешательства продолжительностью до 2 ч. У 125 пациентов (89%) заболевание ограничивалось рамками одной нозологии. Им выполнены следующие вмешательства: открытая геморроидэктомия–52, иссечение хронической анальной трещины с/без боковой дозированной сфинктеротомией–13, иссечение свищей анального канала–11, иссечение эпителиального копчикового хода с послойным ушиванием раны–22, трансанальное иссечение доброкачественных опухолей и полипов прямой кишки–15, пластика стриктуры анального канала–7, резекция копчика–1. У 15 пациентов (11%) отмечено сочетание различных нозологических форм патологии прямой кишки., им выполнено 33 операции, по 2-3 вмешательства, из перечисленных выше. Операции на анальном канале завершались установкой марлевого тампона с мазью Постеризан Форте, который удалялся через 1-2 часа после завершения операции с целью оценки адекватности гемостаза. Спустя еще 2-5 часов, непосредственно перед выпиской – окончательная оценка адекватности гемостаза. После наблюдения в дневном стационаре, по восстановлении функции тазовых органов и нижних конечностей со стабильными гемодинамическими показателями пациенты активизировались, получали подробные рекомендации и транспортировались по месту жительства. Далее — амбулаторный режим.

Результаты. Все пациенты хорошо перенесли анестезию и оперативное вмешательство, активизированы и выписаны на амбулаторный режим в день операции. Контроль болевого синдрома – адекватный. Осложнений спинальной анестезии не отмечено. Случаев перевода пациентов с колопроктологической патологией на стационарный режим не было. Обсуждение. На всех этапах лечения, от предоперационной подготовки до выписки, действия персонала и пациента были подчинены единой задаче – создание условий для ранней активизации пациента и, через это, переходу на амбулаторный режим в день операции. Определяющие факторы — рациональный отбор пациентов и минимизация операционной травмы посредством использования современного медицинского оборудования, шовных материалов и малотравматичных методов оперирования. Спинальная анестезия для лечения колопроктологической патологии в условиях однодневной хирургии — метод выбора и хорошо переносится больными при использовании малотравматичных методик спинальной пункции. Ранняя активизация способствует профилактике тромбоэмболических и септических осложнений. Порядок быстрого реагирования при возникновении неотложных состояний в раннем послеоперационном периоде, предпола-

гающий мобильную связь, взаимодействие с СМП и многопрофильным стационаром — еще один фактор надежности в амбулаторных условиях. Выводы и рекомендации. Результаты исследования показали, что значительная часть пациентов с колопроктологической патологией могут быть эффективно и безопасно прооперированы в условиях хирургии одного дня. Для благополучного результата планового хирургического лечения пациентов с колопроктологической патологией в дневном стационаре, обязательно соблюдение следующих условий: рациональный отбор пациентов для лечения; минимизация операционной и анестезиологической травмы; ранняя активизация пациента после стабилизации гемодинамики и нормализации функции жизненно важных органов; активная профилактика возможных осложнений; predetermined порядок быстрого реагирования при возникновении неотложных состояний в условиях дневного стационара и на амбулаторном режиме.

1648. СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ

*Шаповальянц С.Г., Тимофеев М.Е., Федоров Е.Д.,
Плахов Р.В., Полушкин В.Г.*

Москва

Кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и оперативной эндоскопии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Городская клиническ

Актуальность. Лечение острого аппендицита (ОА) актуально за счет большого количества пациентов, неудовлетворительных результатов лечения и многообразия вариантов лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ).

Цель. Оценить эффективность выполнения стандартизированной техники ЛАЭ с использованием монополярной коагуляции. Материалы и методы. За 20 – летний период на базе ГКБ № 31 по поводу различных форм ОА с выполнением ЛАЭ были пролечены 1624 пациента, включая 168 пациентов с распространенными формами перитонита. Из них мужчин - 1050 (64,7%), женщин - 574 (35,3%). Возраст больных колебался от 14 до 90 лет, (средний - 31,2±14,4). Среди многообразия вариантов ЛАЭ в 98,5% наблюдениях был принят стандартизированный вариант с использованием моно-



полярной коагуляции. Особое внимание уделяли этапу мобилизации ЧО – выделению его из париетальной брюшины (при атипичном расположении) и обработке брыжейки ЧО с использованием монополярной коагуляции при помощи диссектора, крючка-электрода. В редких случаях крупную аппендикулярную артерию клипировали. Обработку основания ЧО производили с использованием лигатур, клипс. Аппендэктомии производили ножницами без коагуляции. Слизистую культи ЧО обрабатывали точечной коагуляцией с последующей обработкой спиртовым раствором хлоргексидина или только раствором антисептика без коагуляции. Удаление ЧО выполняли с использованием контейнеров без контакта с окружающими тканями. Санацию и дренирование брюшной полости выполняли по показаниям в зависимости от выраженности воспалительно-инфильтративных изменений ЧО и окружающих прилежащих тканей, распространенности и выраженности перитонита. Результаты. С целью предотвращения кровотечения из аппендикулярной артерии и снижения развития интраабдоминальных абсцессов и инфильтратов в брюшной полости нами был разработан, апробирован оптимальный и безопасный вариант обработки брыжейки ЧО в виде «Правила биссектрисы угла». При этом мобилизацию ЧО при свободном выведении последнего в свободное пространство брюшной полости (верхушкой по направлению к малому тазу) брыжейку необходимо коагулировать и рассекать по линии биссектрисы угла между ЧО и воображаемой линии основания брыжейки. Критериями отказа от соответствующего способа ЛАЭ являются: наличие тифлита, выраженные деструктивные изменения в области основания отростка, отсутствие визуализации ЧО во время диагностической лапароскопии (наличие аппендикулярного инфильтрата или спаечного процесса, атипичное расположение ЧО, а также наличие перитонита, сопровождающегося пневматозом кишечника как причины неполной визуализации ЧО). Осложнения, полученные при использовании ЛАЭ в первые годы были выявлены у 33 (2,0%) из 1624 пациентов. Интраоперационные осложнения возникли у 6 (0,4%) пациентов: кровотечение из области вмешательства - 4, кровотечение из области троакарного доступа - 1, фрагментация ЧО в области основания - 1. Послеоперационные осложнения возникли у 27(1,66%) пациентов: интраабдоминальные инфильтраты - 18 (1,1%), интраабдоминальные абсцессы - 2 (0,1%) и другие - 5 (0,4%). Два летальных исхода у лиц с запущенной сопутствующей патологией. Следует отметить, что после применения «Правила биссектрисы угла» появление осложнений значительно сократилось. Выводы. Намечилась отчетливая тенденция мак-

симального использования ЛАЭ в лечении ОА с увеличением в последние годы доли до (85-87%), становясь «золотым стандартом» в лечении этой категории пациентов. Методика ЛАЭ с использованием моноэлектрокоагуляции на этапе мобилизации ЧО при соблюдении всех условий безопасности применения способа и применения «правила биссектрисы угла» является простым, распространенным, доступным и безопасным методом, обеспечивающим надежный гемостаз с минимальным числом интраоперационных и послеоперационных осложнений. Следует отметить, что попытки необоснованного превышения установленного процента ЛАЭ в сторону завышения показаний может приводить к увеличению осложнений и дискредитации ЛАЭ в лечении ОА.

1649. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

*Захаренко А.А., Вовин К.Н., Беляев М.А.,
Трушин А.А., Тен О.А., Зайцев Д.А.,
Рыбальченко В.А.*

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И.П.Павлова

Введение: По данным различных авторов, вариабельность висцеральных сосудов, встречается от 10 до 30%. Необходимость прецизионного скелетирования артериальных стволов при хирургическом лечении рака желудка с целью достижения радикализма оперативного вмешательства несёт в себе значительные хирургические риски.

Цель исследования: Улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных раком желудка путём разработки диагностического алгоритма и коррекции хирургических приёмов.

Задачи: 1. Изучить вариабельность висцеральных сосудов у больных раком желудка 2. Оценить диагностическую значимость спиральной компьютерной томографии брюшной полости в ангиографическом режиме (СКТА) с последующим трёхмерным моделированием сосудов в контексте оценки анатомических вариаций висцеральных сосудов. 3. Разработать объём и технические приёмы лимфодиссекции при различных вариантах строения висцеральных сосудов. 4. Проанализировать ближайшие и отдалённые результаты применения предложенного лечебно-диагностического алгоритма.



Материалы и методы: Для радикального хирургического лечения отобрано 176 пациентов, при этом у 58 (33%) из них выявлена вариантная анатомия висцеральных сосудов верхнего этажа брюшной полости. Все пациенты были радикально оперированы в объеме гастрэктомии. Выполнялась лимфодиссекция в объеме D2 и D2+(D3).

Результаты: 1. При СКТА выявлены следующие типы анатомии сосудов верхнего этажа брюшной полости (классификация Van Damme, 1990г.): I тип: типичная трифуркация чревного ствола – 67,1% (n=118) I тип с добавочными артериями к желудку, печени, диафрагме: 21,6% (n=38) II тип: бифуркация чревного ствола, третья ветвь отходит от аорты, верхней брыжеечной артерии или селезеночной артерии – 10,2% (n=18) III тип: отсутствие чревного ствола с отхождением его ветвей от аорты и верхней брыжеечной артерии, селезеночной артерии, в том числе единым чревно-брыжеечным стволом – 1,1% (n=2) 2. Чувствительность СКТА при диагностике сосудистых вариаций составила – 95,7%, специфичность – 94,4%, точность 95,4%. 3. В зависимости от анатомической вариации выполнялись следующие объемы лимфодиссекции: I ТИП – стандартная D2 – лимфодиссекция. При наличии дополнительных артериальных стволов от аорты или верхней брыжеечной артерии к желудку выполнялась расширенная лимфодиссекция D2+ ГРУППЫ №14, 16, при наличии дополнительных артерий к печени и диафрагме выполнялась D2 - лимфодиссекция. II ТИП- выполнялась расширенная лимфодиссекция D2+ (№16 при отхождении магистрального сосуда от аорты) и лимфоузлов по ходу верхнебрыжеечных сосудов (N14 при отхождении магистрального сосуда от верхней брыжеечной артерии. При отхождении одной из ветвей от селезеночной, общей печеночной артерии, выполнялась D2 – лимфодиссекция. III ТИП - выполняли лимфодиссекцию D2+группы №14, 16. 4. Средняя кровопотеря в основной группе оказалась в 1,95 раза меньше и составила 126,5 мл, а в группе сравнения – 246,7 мл (p<0,05). 5. При морфологическом исследовании лимфатических узлов 14,16 группы основной группы с расширенной лимфодиссекцией D2+№14,16 , выявлено метастатическое поражение в 66,7 % случаев (n=18). 6. Отдаленные результаты лечения основной группы оказались лучше, чем в контрольной (p<0,05): 1-,3- и 5- летняя выживаемость в основной группе составила 91,7%, 75,0% и 54,2% соответственно, медиана выживаемости 60+/-9,9 мес. В контрольной группе 1-,3- и 5- летняя выживаемость составила 87,1%, 71,3% и 49,5% соответственно, медиана выживаемости 52,6+/-12,3 мес. Выводы: Выполнение СКТА на дооперационном этапе является эффективным способом визуализации магистральных сосудов, позволяющим планировать объем операции, из-

бежать периоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения больных раком желудка, путем повышения радикальности оперативного вмешательства.

1650. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Суковатых Б.С.(1), Мурадян В.Ф., (2)
Серединский А.В.(2), Азаров А.М., (2)
Лапина А.А., (2) Хачатрян А.Р. (2)*

1) Курск 2) Орел

1) ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет
2)БУЗ Орловской области «ООКБ»

Цель исследования: сравнить результаты лечения острого тромбоза глубоких вен консервативным методом с сочетанным использованием миниинвазивных эндоваскулярных методик и риварксабана.

Материалы и методы: проведен анализ лечения, лабораторного, флебографического и ультразвукового обследования 69 больных острым тромбозом глубоких вен. Мужчин было 28(40,6%), женщин – 41(59,4%). Возраст больных колебался от 18 до 78 лет. Средний срок с момента развития ТГВ до поступления в стационар составил 9,3±0,4 суток. Больные были рандомизированы на две однородные группы по полу, возрасту, длительности заболевания и распространенности тромбофлебита. В первую группу вошли 35(50,7%) пациентов которым проводилась стартовая терапия гепарином в течение 5 суток, не позднее 48 часов после начала парентеральной антикоагулянтной терапии назначался варфарин в дозе 5 мг. На 3-й день с момента назначения варфарина определяли международное нормализационное отношение (МНО) и производили коррекцию дозы с достижением целевых значений МНО 2,0-3,0, после чего гепарин отменяли. Подобранную дозу варфарина пациенты принимали в течение 6 месяцев с контролем МНО, при необходимости дозировка корректировалась. Вторую группу составили 34(49,3%) пациента, которым применялись различные миниинвазивные технологии лечения: 26(37,7%) больным катетер-управляемый и фармакомеханический тромболитический препаратом Урокиназа, 8(11,6%) пациентам методика эндоваскулярной тромбэкстракции. Для тромболитиса применялся катетер Крег-Макнамара или Фонтейн диаметром 4-5 F с микроперфорационными отверстиями, нанесен-



ными от кончика по длине на расстоянии 50 см. Тромблизис осуществлялся под рентгенконтролем в течение 24-48 часов. Для эндоваскулярной тромбэкстракции применялось устройство Aspirix Straub диаметром 6-8F. До и после вмешательства всем пациентам назначался ривароксабан в суточной дозировке 30 мг. Пациенты обеих групп получали одинаковую базисную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты (Ортофен 100мг/сутки, Диклофенак 100 мг/день), флеботоник (Детралекс 1г/сутки). Антикоагулянтную терапию проводили в течение 6 месяцев. Динамику течения заболевания оценивали по данным флебографии, ультразвукового исследования вен нижних конечностей, регрессу основных синдромов. Результаты: Рецидив венозного тромбоза выявлен у 2 (5,7%) пациентов первой группы на амбулаторном этапе лечения. Развитие тромбоза осложнило процесс лечения не зафиксировано ни у одного больного второй группы. Геморрагические осложнения различной степени выраженности развились у 8 (22,9%) пациентов первой группы, у пациентов второй группы не встречались. После окончания лечения значительная (полная и частичная) реканализация тромбированных вен произошла у 23 (65,7%) пациентов в первой, у 26 (76,5%) - во второй группе. Проявления хронической венозной недостаточности отсутствовали или были в легкой степени у 23 (65,7%) пациентов в первой, у 27 (79,4%) - во второй группе. Следовательно, применение миниинвазивных эндоваскулярных способов лечения тромбированных вен позволяет улучшить клинические результаты лечения на 13,7%, уменьшить на 10,8% возможность развития посттромботического синдрома и рецидива венозного тромбоза. Обсуждение: мы считаем, что лечение тромбоза глубоких вен должно проводиться с максимально возможным использованием современных миниинвазивных методик дезобструкции тромбированных вен. Несмотря на одновременное применение тромболитиков и новых пероральных антикоагулянтов, геморрагические осложнения не возникали. Выводы: сочетанное применение ривароксабана и эндоваскулярных методик у пациентов с острым тромбозом глубоких вен является безопасным и эффективным, приводит к уменьшению выраженности проявлений ХВН и более значимой реканализации глубоких вен. Рекомендации: миниинвазивные технологии лечения тромбоза глубоких вен должны применяться в специализированных рентгенохирургических отделениях.

1651. ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ У ДЕТЕЙ

Мунин А.Г. (1), Барская М.А.(2), Кузьмин А.И. (2), Скрипицин Н.А. (1), Зеброва Т.А. (2)

Самара

- 1) ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина
- 2) ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет минздрава России

Среди общего количества больных с гнойной хирургической инфекцией, находящихся на стационарном лечении, пациенты с острым гнойным парапроктитом составляют около 1%. В большинстве случаев острый парапроктит у детей разрешается выздоровлением, однако, исходя из данных литературы, в 8-25% случаев наблюдается переход в хроническую стадию с образованием параректальных свищей. Под нашим наблюдением находилось 108 детей в возрасте 0-14 лет с диагнозом острый гнойный парапроктит (количество детей в возрасте до 1 года – 65%). Подход к лечению детей с парапроктитом определялся исходя из патогенеза данного заболевания: воспаление анальных желез и крипт (ходы Германа), представляющих собой готовые каналы, в которые проникает инфекция из просвета кишки. Подкожно-подслизистая форма парапроктита наблюдалась в 97,5% случаев. Операцией выбора являлась операция Габриэля с иссечением треугольного кожно-слизистого лоскута вместе с пораженной криптой. Пораженная крипта определялась пробой с красителем при осмотре анального канала в ректальных зеркалах. Причинная крипта иссекалась вместе с кожно-слизистым лоскутом с одновременным вскрытием гнойника. Заживление раны происходило вторичным натяжением. Хронизация процесса с образованием свища отмечена в 1 случае (1,08%). Летальных исходов не наблюдалось. Операция Габриэля с иссечением причинной крипты и треугольного кожно-слизистого лоскута с одновременным вскрытием гнойника снижает риск развития параректальных свищей.



1652. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

*Затевахин И.И.(1), Матюшкин А.В.(1),
Демидов И.Ю.(2), Мамаева Д.А.(1),
Мустафин А.Х.(1), Лобачев А.А.(1)*

Москва

- 1) Кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета ГБОУ ВПО ВНИМУ РГМУ им. Н.И. Пирогова
- 2) ГКБ им. ДД Плетнева

Актуальность: Истинные аневризмы периферических артерии – достаточно редкое в популяции заболевание. Аневризмы подколенной артерии – самые распространенные аневризмы артерий конечности (70%). В настоящее время отсутствуют четкие рекомендации по лечению. Публикации немногочисленны.

Материал и методы: В основу работы положен опыт лечения 60 больных. Преобладали мужчины (94,4%). Пациенты были распределены на группы в зависимости от срочности оперативного лечения. 1 групп: больные, оперированные в плановом порядке (асимптомные, с клинической картиной ХАН I, II А и II Б степени – 12 человек – 14 конечностей). 2 группа – больные, оперированные в срочном порядке (с явлениями ХАН III и IV степени, острой ишемией I ст, с симптомами неврита и сдавления подколенной вены – 23 пациента – 23 конечности). 3 группа – больные, оперированные в экстренном порядке (с явлениями острой ишемии II А, II Б и II В степени и пациентка с разрывом аневризмы – 25 человек – 25 конечностей). Всего было выполнено 49 открытых реконструктивных операций (79%). Наиболее часто выполнялось БпПШ (15 реконструкций – 30,6%) и протезирование ПоА (14 реконструкций – 28,6%). Шестерым больным – поверхностно-бедренные заднебольшеберцовые протезирования (12,2%), четверым – поверхностно-бедренные тибиоперонеальные протезирования (8,2%), троим – поверхностно-бедренные переднебольшеберцовые протезирования (6,1%), двоим – поверхностно-бедренные малоберцовые протезирования (4%), двоим – проксимально-подколенные переднебольшеберцовые протезирования (4%). 3 пациентам было выполнено стопное шунтирование (2%), проксимально-подколенно-тибиоперонеальное протезирование (2%), проксимально-подколенное малоберцовое протезирование (2%). Для всех вышеперечисленных операций (47 случаев) использовался тибиомедиальный доступ, аневризма «выключалась» из кровотока. В 2 случаях из 49 было выполнено

протезирование подколенной артерии с аневризмэктомией из заднего доступа. Объем выполненного оперативного вмешательства зависел от распространения аневризмы ПоА в дистальном и проксимальном направлении. При невозможности выполнения реваскуляризирующей операции (11 случаев – 18%) оперативное лечение ограничивалось ревизией артерий голени и/или ампутацией. При выборе материала для протезирования предпочтение отдавалось собственной вене. Аутовена использовалась в 36 случаях (73,5%), синтетические протезы в 12 (24,5%), составной шунт в 1 случае (2%). В первой группе всем пациентам выполнены реконструкции (100%). Во 2 группе, 21 больному были выполнены реконструктивные операции (91,3%), двоим – ревизия артерий голени и одномоментная ампутация (8,7%). В третьей группе только в 15 случаях выполнены успешные реваскуляризации (60%). Полученные результаты: В отдаленном периоде наблюдали 5 тромбоз шунтов при использовании аутоvenes (13,9%) и 3 тромбоза шунтов из синтетического протеза (25%). В 1 группе в ближайшем послеоперационном периоде (30 дней) – смертность 0%, сохранение конечностей – 100%. Периоперационные осложнения не наблюдались. В отдаленном периоде наблюдения зафиксированы 3 тромбоза шунтов (21,4%). Во 2 группе в раннем послеоперационном периоде наблюдался тромбоз шунта у 2 пациентов (15,4%). Смертность в данной группе составила 4,35%, а уровень ампутаций – 13%, уровень послеоперационных осложнений – тромбоз шунта – 8,7%. В 3 группе в раннем послеоперационном периоде смертность составила – 16% (4 пациента из 25), ревизии артерий голени с одномоментной ампутацией потребовали 6 пациентов (24%), после ревизии артерий голени без реконструкции в связи с нарастанием явлений острой ишемии ампутация была выполнена еще 2 пациентам в первые трое суток от операции. Уровень ампутации составил 32%. Обсуждение: Оперативное лечение показано всем пациентам, страдающим аневризмами подколенной артерии, до возникновения осложнений. Показанием к аневризмэктомии является вовлечение в перипроцесс окружающих тканей, в остальных случаях достаточно выключения аневризмы из кровотока. Выводы: Лучшие результаты оперативного лечения достигнуты при использовании аутоvenes (86,1% трехлетней проходимости шунтов и сохранения конечности) и медиального доступа (нет послеоперационных осложнений). Отдаленные результаты не зависят от срочности оказания хирургической помощи. Рекомендации: Оптимальным доступом для выполнения реконструктивных операций у больных с аневризмами ПоА является тибиомедиальный, в случаях «выключения» аневризмы из кровотока. При анев-



ризмэктомии альтернативным доступом для протезирования подколенной артерии является задний доступ.

1653. ЭТАПНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Михин А.И., Орлов С.Ю., Сажин А.В.

Москва

РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Актуальность: В последние десятилетия отмечается увеличение численности пожилого населения. В то же время, холедохолитиаз (ХЛ) становится всё более распространенным, в связи с чем ожидается более частое выполнение ЭРХПГ в этой группе пациентов в последующие годы. Полное эндоскопическое удаление желчных камней возможно у 85-90% пациентов, однако 10-15% конкрементов нельзя извлечь с помощью стандартных методов. ЭРХПГ сопряжена с риском осложнений в 5-10% и летального исхода в 0,3-0,5% случаев. Риск увеличивается и последствия осложнений более серьезны у пожилых людей. В связи с чем важно правильно оценивать вероятность осложнений ЭРХПГ и планировать этапы лечения пациентов со "сложным" ХЛ. Материал и методы: В период с 2010 по 2016 год в клинике выполнено 1762 ЭРХПГ, из них по поводу ХЛ у 546 больных, среди которых 224 пациента (171 женщина, 53 мужчины) были старше 75 лет (ср. возраст 81,8 лет). Из 224 пациентов, у 137 (61%) выявлен "сложный" ХЛ. Перипапиллярные дивертикулы выявлены у 57 пациентов (25%). Диагностический алгоритм у больных с ХЛ включал клинико-лабораторное обследование, УЗИ, по показаниям МРХПГ или эндосонографию, завершающим методом являлась ЭРХПГ. Подавляющее большинство пациентов поступили с механической желтухой. По данным обследования причиной "сложного" ХЛ послужили крупные камни холедоха у 42 пациентов, множественный ХЛ у 36, ХЛ в сочетании с перипапиллярным дивертикул у 38 и сочетание указанных причин у 21 пациента.

Результаты: Всем пациентам выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ. Литоэкстракция, литотрипсия, либо стентирование холедоха выполнялось в зависимости от характеристик ХЛ, анатомических особенностей перипапиллярной области, взаимоотношений конкрементов и ширины дистального отдела желчного протока, а также общего состояния пациента. Этапное лечение сложного ХЛ было проведено у

44(32%) пациентов. Осложнения развились у 11 пациентов (4,9%), в 5(2,2%) случаях отмечен летальный исход. Обсуждение: Стремление разрешить «сложный» ХЛ у больных старческого возраста одномоментно зачастую приводит к повышенному числу осложнений, что говорит о необходимости совершенствования подходов к эндоскопическому лечению. В настоящее время существующие методы лечения сложного ХЛ имеют достаточно высокий риск осложнений и ряд ограничений. Билиарное стентирование лишено недостатков вышеперечисленных методов, что особенно актуально у пожилых пациентов. Установка билиарного стента позволяет избежать экстренных оперативных вмешательств и выполнить отсроченное лечение, после стабилизации состояния пациента, таким образом является «мостом» до повторного вмешательства, либо окончательным методом лечения. Для улучшения результатов лечения ХЛ у пожилых пациентов, необходимо выработать оптимальную тактику, основанную на индивидуальном подходе для каждой клинической ситуации. Этапная тактика лечения больных позволяет в большинстве случаев добиться полной санации желчных протоков, либо надежно восстановить адекватный желчеотток, уменьшить количество осложнений. Все возникающие осложнения связаны с общим состоянием пациента и его анатомическими особенностями с одной стороны и уровнем навыков эндоскописта с другой. Для оценки сложности предстоящего вмешательства считаем целесообразным применение шкалы градации сложности эндоскопических вмешательств Cotton, согласно которой ЭРХПГ подразделяется на уровни сложности от 1 (простой) до 4 (сложный). 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.

Выводы: На основании градации сложности вмешательств и градации пациентов по степени выраженности сопутствующей патологии и вероятности риска развития осложнений, будет возможно сформировать тактику лечения с представлением о вероятных результатах в каждом отдельном случае, таким образом принять решение о возможности выполнения вмешательства и о его объеме.



1654. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Захаренко А.А., Вовин К.Н., Беляев М.А.,
Трушин А.А., Тен О.А., Зайцев Д.А.,
Рыбальченко В.А., Клиценко О.А.*

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И.П.Павлова

Актуальность: У большинства пациентов колоректальным раком выявляются нарушения микрофлоры толстой кишки, проявляющиеся либо снижением анаэробной микрофлоры, либо увеличением условно-патогенных бактерий. На фоне предоперационной подготовки, консервативной терапии и оперативного вмешательства, дисбиоз толстой кишки прогрессирует. Несмотря на усовершенствование хирургической тактики и техники, достижения анестезиологии и реаниматологии, появление новых мощных антибактериальных препаратов, уровни послеоперационных осложнений и летальности остаются достаточно высокими.

Задачи исследования: Изучить микрофлору толстой кишки у больных колоректальным раком до и после хирургического лечения. Оценить риск развития послеоперационных осложнений. Предложить способы коррекции выявленных изменений в предоперационном периоде. Материалы и методы: Методом ПЦР изучена микрофлора толстой кишки до и после хирургического лечения у 211 пациентов с колоректальным раком (163 пациента контрольная группа, 48 пациентов основная группа). Все пациенты были прооперированы в плановом порядке по общепринятым принципам. 70% операций проведено лапароскопическим доступом. Результаты исследования. - В контрольной группе у всех пациентов выявлен дисбиоз различной степени выраженности: 1-й степени 57,1% (n=93), 2-й степени 33,1% (n=54), 3-й степени 9,8% (n=16). В послеоперационном периоде дисбиоз прогрессировал 1-й степени 0,6% (n=1) 2-й степени 49,1% (n=80), 3-й степени 32,5% (n=53), 4-й степени 17,8% (n=29) - В основной группе в предоперационном периоде дисбиоз 1-й степени выявлен у 8,3% (n=4), 2-й степени 52,1% (n=25), 3-й степени 35,4% (n=17), 4-й степени 4,2% (n=2). Пациентам основной группы проведена предоперационная коррекция. При выявлении условно-патогенной флоры - прием «кишечных» антибиотиков, при

выявлении *Cl.difficile* - прием ванкомицина, при снижении анаэробной флоры пациенты принимали про- пребиотики. В послеоперационном периоде отсутствовали пациенты с 3-й и 4-й степенью дисбиоза, 1-й степенью 56,2% (n=27), 2-й степени 43,8% (n=21). - В контрольной группе процент послеоперационных осложнений был значительно выше чем в основной 41,7% (n=68) и 18,8% (n=9) соответственно

Выводы: Рекомендуются выполнение анализа кала на микробиоту до и после хирургического вмешательства методом ПЦР. Необходимо проводить деконтаминацию энтеротропными антибиотиками или персонализировать антибиотикопрофилактику в предоперационном периоде с обязательным послеоперационным контролем и использованием про- пребиотиков.

1655. КОМПЛЕКСНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Мухин С.В., Кондаков В.И., Пимкин С.М.

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии
с курсом эндоскопической хирургии ФУВ
и с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВ,
ВНМЦ

У пациентов с циррозом печени (ЦП) варикозное кровотечение — одно из частых осложнений и причин смерти. Среди пациентов с варикозным расширением вен желудка (ВРВЖ) у 30–40% развивается кровотечение, сопровождается летальностью, превышающей 50%.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных ЦП с кровотечением и высоким риском возникновения геморрагии из ВРВЖ.

Материалы и методы. В исследование включено 22 больных ЦП с наличием ВРВЖ. Мужчин 12 (54,5%), женщин 10 (45,4%). Средний возраст 47,5±1,7 лет. 7 больных (31,8%) относились к функциональной группе Child-Pugh B, 26 пациентов (68,1%) - С. Планово госпитализировали 20 больных (91,0%), срочно – 2 (9,0%). У 9 пациентов (40,9%) в анамнезе отмечены кровотечения из ВРВП. 11 больных (50%) ранее перенесли эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП. В качестве хирургической коррекции ВРВЖ использовали: ЭЛ ВРВПиЖ, лапароскопическое клипирование венозной вены желудка (ЛКВВЖ), рентгеноэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии (ЭСА), трансюгулярное



внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТИПС), в том числе с эмболизацией венечной вены желудка. Комбинации миниинвазивных хирургических методик были следующими: Эл+Л-ДВВЖ+ТИПС=1, Эл+ЭСА+ТИПС=1, Эл+ТИПС=1, ЭСА+ТИПС=1, ЭСА+ТИПС+ЛКВВЖ+ЭЛ=1, ТИПС+ЭСА+ЛКВВЖ=1, ТИПС+ЭЛ=1. Критерием эффективности считали эрадикацию ВРВЖ. Результаты. При выполнении контрольной ЭГДС через 7 дней после выполнения ТИПС в 90% выявили регресс ВРВП, у пациентов с ВРВЖ достигнута эрадикация. В трёх случаях (13,6%) после ЭСА также достигнута эрадикация ВРВЖ. Комбинация хирургических методик позволила достигнуть цели у 19 пациентов (86,4%). Летальные исходы зарегистрированы в 3 наблюдениях (13,6%). У 2 пациентов причиной смерти стало прогрессирование печёночной недостаточности после Эл+ЛКВВЖ и Эл+ЭСА+ТИПС. У одного пациента, несмотря на проведённую коррекцию (Эл+ЛКВВЖ+ТИПС), летальный исход наступил в результате рецидива пищевода – желудочного кровотечения.

Вывод. Сочетанное последовательное использование методов миниинвазивной хирургической коррекции, ведущим из которых считаем ТИПС, является эффективным способом профилактической эрадикации и лечения кровотечений из ВРВЖ.

1656. СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Халидов О.Х., (1), Гудков А.Н. (2), Акопян В.С. (1)

Москва

- 1) Московский государственный медико-стоматологический университет.
- 2) Городская клиническая больница им. В.В.Вересаева

По данным ВОЗ, у 30% пациентов с абдоминальной патологией хирургического профиля имеются два и более сочетанных заболевания, требующих оперативного лечения. Техническая оснащённость медицинских учреждений и качественная подготовка специалистов привело к диагностике различных заболеваний хирургического профиля органов брюшной полости и увеличению количества пациентов, нуждающихся в сочетанных оперативных вмешательствах. Одновременное избавления от нескольких заболеваний, несомненно вызывает интерес не только у пациентов, но и хирургов и анестезиологов-реаниматологов. С 2012 по 2016гг в городской клинической больнице им В.В.Вересаева, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней и клинической

ангиологии МГМСУ 48 пациентам выполнены лапароскопические сочетанные операции. Возраст пациентов варьировал от 22 до 76л. По нозологии пациенты распределились следующим образом: 1. Желчнокаменная болезнь и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – 15 2. Желчнокаменная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и паховые грыжи – 6 3. Желчнокаменная болезнь и дивертикулез сигмовидной кишки – 3 4. Желчнокаменная болезнь и киста яичника – 11 5. Желчнокаменная болезнь и опухоль правой половины ободочной кишки – 3 6. Желчнокаменная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и дивертикулез сигмовидной кишки – 2 7. Желчнокаменная болезнь, опухоль правой половины ободочной кишки и ворсинчатая опухоль сигмовидной кишки – 2 8. Желчнокаменная болезнь и опухоль желудка – 4 9. Желчнокаменная болезнь и язвенная болезнь желудка с субкомпенсированным стенозом – 2 Все пациенты были комплексно обследованы как на догоспитальном, так и на стационарном этапе. Показание к операции ставили исходя из возраста пациентов, наличие сопутствующих заболеваний и риска анестезиологического пособия. Все больные оперированы с применением лапароскопических технологий. Конверсий не было. В послеоперационном периоде отмечены следующие два осложнения: микронесостоятельность сигмо-сигмоанастомоза у пациентки оперированной по поводу желчнокаменной болезни, опухоли правой половины ободочной кишки и ворсинчатой опухоли сигмовидной кишки, закрывающий практически весь просвет кишечника. На 5 сутки отмечено кишечное отделяемое по страховочному дренажу. На фоне консервативной терапии свищ самостоятельно закрылся и пациентка выписана на амбулаторно наблюдение на 21 сутки после симультанной операции. В другом случае, у пациента с желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью желудка со стенозом на 6 сутки отмечена клиническая картина несостоятельности культи ДПК, которая также купирована консервативными методами лечения. Пациент благополучно выписан домой на 26 сутки после операции. Летальных исходов в этой группе пациентов не отмечено. Таким образом, сочетанные операции в абдоминальной хирургии и в особенности с применением лапароскопических технологий приводит к ранней активации пациентов после операции, к снижению послеоперационных осложнений и уменьшению сроков пребывания в стационаре. Немаловажное значение имеет и отсутствие повторных госпитализаций и наркоза, улучшение психоэмоционального состояния пациентов и быстрая реабилитация в послеоперационном периоде.



1657. ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ШЕЙНОМ ДОСТУПЕ

*Долидзе Д. Д. (1), Мумладзе Р. Б. (1),
Варданян А. В. (1), Лебединский И. Н. (2),
Мельник К. В. (1), Мелконян Г. Г. (1),
Эминов М. З. (1), Гоголашвили Д. Г. (1)*

Москва

- 1) ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ.
- 2) ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департаме

Актуальность: в настоящее время в хирургии щитовидной железы (ЩЖ) активно развиваются минимально-инвазивные технологии, направленные на значительное уменьшение или перенос операционного доступа. Это не всегда способствует снижению хирургической травмы и достижению нужного объема и необходимой безопасности вмешательства.

Цель: улучшение косметического эффекта хирургических вмешательств на ЩЖ при шейном доступе. Материалы и методы: проведен анализ 298 больных с различными объемными образованиями ЩЖ (2 группы). I группа состояла из 147 (49,3%) пациентов, которые находились на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина с 2009 по 2012 гг. Среди них были 11 (7,5%) больных с узловым нетоксическим зобом (УНЗ), 20 (13,6%) – с аденомой ЩЖ (АЩЖ), 33 (22,4%) – с многоузловым нетоксическим зобом (МНЗ) и 83 (56,5%) – с раком ЩЖ (РЩЖ). Гемитиреоидэктомия (ГТЭ) была выполнена у 31 (20,5%) больного, тиреоидэктомия (ТЭ) – у 65 (44,2%), ТЭ с центральной лимфодиссекцией (ЦЛД) – у 29 (19,7%), ТЭ с футлярно-фасциальным иссечением (ФФИ) клетчатки шеи у – 22 (14,9%) пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило 1:6. Средний возраст у женщин составил 49,912±12,84 лет, у мужчин – 48,54±13,31 лет. Всем пациентам данной группы были выполнены экстрафасциальные вмешательства из стандартных доступов. Минимальная длина разреза составила 4 см, а максимальная 19 см. Средняя длина – 7,49±4,18 см. II группа включала 151 (51,7%) больного, находившегося в ГКБ им. С.П. Боткина с 2013 по 2015 гг. Среди них были 10 (6,6%) пациентов с УНЗ, 19 (12,58%) – с АЩЖ, 37 (24,5%) – с МНЗ, и 85 (56,3%) – с РЩЖ. ГТЭ была выполнена у 29 (19,2%) больных, ТЭ – у 67 (44,4%), ТЭ с ЦЛД – у 34 (22,5%), ТЭ с ФФИ клетчатки шеи – у 21 (13,9%) пациента. Соотношение мужчин и женщин соответствовало 1:3. Средний возраст у женщин составил 49,67±13,64 лет, у мужчин – 50,53±13,64 лет. В дан-

ной группе были выполнены экстрафасциальные вмешательства из оригинальных уменьшенных малотравматичных мигрирующих доступов. Минимальная длина разреза составила 3 см, а максимальная 11 см. Средняя длина – 5,24±2,18 см. Для защиты кожных краев операционной раны от механических и термических воздействий использовали оригинальный защитный латексно-марлевой обклад. Операционная рана ушивалась строго послойно с наложением внутрикожного шва при тщательном сопоставлении краев. Состояние послеоперационного рубца оценивалось по визуально-аналоговой шкале POSAS (2005г.) через 6 мес. после операции. При сумме баллов от 12 до 24 результат признавался отличным, при 25-45 – хорошим и при 46-66 удовлетворительным. Результаты и обсуждение: анализ полученных данных показал, что во II группе среднее значение длины разреза меньше чем в I на 30% (р

1658. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИСБИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Захаренко А.А., Тен О.А., Беляев М.А., Трушин А.А.,
Зайцев Д.А., Рыбальченко В.А., Вовин К.Н.*

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Актуальность: Несмотря на усовершенствование хирургической тактики и техники, достижения анестезиологии и реаниматологии, появление новых мощных антибактериальных препаратов, послеоперационные осложнения и летальность у больных раком толстой кишки составляют в среднем, 12 – 80% и 2 – 46,1% соответственно. Доказано, что не последнюю роль в развитии послеоперационных осложнений играет состояние микрофлоры толстой кишки.

Задачи исследования: - Изучить состояние микрофлоры толстой кишки у пациентов колоректальным раком в периоперационном периоде. - Провести анализ факторов, влияющих на послеоперационное прогрессирование нарушений дисбиоза толстой кишки.

Материалы и методы: Изучена микрофлора толстой кишки при помощи метода ПЦР у 163 больных колоректальным раком, в периоперационном периоде. Проанализированы данные результатов анализа ПЦР кала. Проведена статистическая



обработка исходных данных больных. Проанализированы факторы, связанные с риском прогрессирования дисбиоза толстой кишки в послеоперационном периоде.

Результаты: - У всех больных раком толстой кишки выявлен дисбиоз различной степени выраженности в предоперационном периоде: 1-й степени 57,1% (n=93), 2-й степени 33,1% (n=54), 3-й степени 9,8% (n=16). - В послеоперационном периоде выявлено прогрессирование дисбиоза толстой кишки. 1-й степени 0,6% (n=1) 2-й степени 49,1% (n=80), 3-й степени 32,5% (n=53), 4-й степени 17,8% (n=29). - При статистической обработке данных наиболее важными неблагоприятными прогностически значимыми факторами признаны: прием слабительных средств, наличие опухолевого стеноза, антибактериальная терапия, локализация опухоли в правых отделах, исходная степень дисбиоза толстой кишки. - При суммировании 5-ти значений, соответствующих показателей, являющихся факторами риска, получена модель прогнозирования прогрессирования дисбиоза толстой кишки, на основе формирования суммарного бала риска (СБР).

1659. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ: ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИЦИРОВАНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ

*Бубнова Н.А.(1,2,3), Чернышев О.Б.(3),
Авдошин И.В.(1,3), М.А. Шатиль (1,3),
Демин В.Н. (3),Акинчиц Л.Г.(3)*

Санкт-Петербург

1)СПбГУ, 2) ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова,
3)СПб ГБУЗ городская больница Святого
Великомученика Георгия

Некротизирующая инфекция является одной из самых тяжелых жизнеугрожающих хирургических инфекций, характеризуется быстро прогрессирующим некрозом поверхностной фасции, подкожной клетчатки и мышц, сопровождается развитием полиорганной дисфункции, тяжелого сепсиса вплоть до шока. В нашем стационаре ведется анализа больных с некротизирующей инфекцией с 2007 года и ежегодно мы наблюдаем динамический рост больных с данной патологией. Летальность при некротической инфекции согласно международным данным составляет от 20% до 80% и выше. Главной задачей дифференциальной диагностики является ранняя постановка диагноза некротизиру-

ющего характера инфекции на основании местных и общих симптомов. Исторически подобные инфекции разделяли на анаэробные клостридиальные и анаэробные неклостридиальные инфекции. Однако, согласно современным исследованиям, подобная инфекция носит смешанный характер. Таким образом, согласно данным последних исследований, опираясь на свой многолетний опыт и данные зарубежных коллег, нами была предложена и принята по городу Санкт-Петербургу следующая классификация некротизирующей инфекции по типу ведущего патогена. Некротизирующей инфекция I типа. Возбудителем является смешанная флора, однако главенствующая роль в развитии НИ I типа отводится анаэробным грамположительным коккам рода *Peptostreptococcus* в ассоциации с такими бактериями как грамотрицательные палочки рода *Bacteroides* и *Fusobacterium*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Ps. Aeriginosa*, *Staphylococcus*, *Enterococcus* и *Acinetobacter*. Некротизирующей инфекция II типа. Возбудителем является β – гемолитический стрептококк группы А, с возможной ассоциацией с *S.aureus*. Характеризуется фульминантным течением, развитием септического шока и полиорганной недостаточности, а так же высокой летальностью до 80-100%. НИ II типа требует дифференциальной диагностики с тяжёлыми формами рожистого воспаления, поскольку β – гемолитический стрептококк группы А, являясь факультативным анаэробом, может перейти от аэробного метаболизма при рожистом воспалении к анаэробному. Некротизирующей инфекция III типа. Возбудителем является *Clostridium spp.*, чаще всего выделяют *C.perfringens*, а так же *C.oedematiens*, *C.septicum*. Эти грамположительные анаэробные спорообразующие бактерии характеризуются развитием классического клостридиального мионекроза. Возбудителями характерными для морской/пресной среды обитания является *vibrio vulnificu/aeromonas hydrophila*, данный вид возбудителей отмечается у людей с хроническими заболеваниями печени. В настоящий момент появляются данные о выявлении community-acquired methicillin-resistant (внебольничный метициллин-резистентный) *S.aureus* (CA-MRSA) в развитии некротизирующего фасциита, которые пока не классифицированы. На базе нашей больницы в кратчайшие сроки выполняется комплекс лабораторных и аппаратных исследований. Спектр оперативных вмешательств, применяемых на нашем отделении у пациентов с некротизирующей инфекцией достаточно широк и варьируется в зависимости от области и широты поражения, а также общеинтоксикационного синдрома и сопутствующих патологических процессов. Мы используем местную терапию отрицательным давлением на нашем отделении и уделяем особое внимание этому достаточно новому способу. В на-



шей практике чаще всего в иммунотерапии некротизирующей инфекцией используются препараты заместительной иммунотерапии (пентаглобин, иммуновенин) и иммуномоделирующей терапии (ронколейкин, деринат). Одним из важных этапов лечения является нутритивная поддержка. Таким образом, имея огромный опыт в диагностике и лечении пациентов с некротизирующей инфекцией мы постоянно проводим анализ диагностических подходов, адекватности лечения как рациональной антибактериальной терапии, как и адекватного оперативного этапа, исходов заболевания, возможностей пациентов к реабилитации, следим за отдаленными результатами, совершенствуем различные аспекты хирургической помощи, в последние годы уделяя внимание новым технологиям, таким как местная терапия отрицательным давлением.

1660. КРОССЭКТОМИЯ И ЕЕ АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Токарев К.Ю., Игошин А.С.

Москва

ГБУЗ ГКБ им.С.П.Боткина

Актуальность: Современные методы хирургического лечения варикозной болезни позволяют безопасно и эффективно добиться положительного результата даже в стадии трофических расстройств. Однако большинство методик являются технологически сложными и дорогостоящими процедурами. При лечении ряда пациентов с трофическими расстройствами венозной этиологии методом выбора может быть выполнение кроссэктомии.

Материалы и методы: С 2013 по 2016 гг в отделении сосудистой хирургии ГКБ им С.П. Боткина пролечено 15 пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофическими расстройствами. Все пациенты были женщины в возрасте от 28 до 86 лет (средний возраст 64 лет). Степень хронической венозной недостаточности оценивалась по классификации CEAP. Критериями отбора пациентов были: наличие вертикального рефлюкса по БПВ, хроническая венозная недостаточность С4-С6, высокий риск инфекционных осложнений при выполнении традиционной флебэктомии, тяжелая сопутствующая патология. С4 степень была у 2 пациентов, С5 – у 3, С6 – у 10. Хирургическое лечение выполнялось в объеме перевязки и пересечения устья БПВ с притоками под местной анестезией. Хирургическое лечение у пациентов

с открытыми язвенными дефектами выполнялось при отсутствии признаков гнойного воспаления. Консервативное лечение включало проведение эластической компрессии нижних конечностей, венотоники, перевязки с антисептиками. Результаты: У 15 пациентов выполнено 20 кроссэктомий. Клинический эффект в виде уменьшения трофических расстройств, уменьшения отека был достигнут у всех больных. Эпителизация трофических язв происходила в сроки от 2х до 4х недель. Послеоперационных осложнений не отмечено. Летальных исходов не было. Обсуждение: Наиболее частая причина развития трофических расстройств при варикозной болезни является вертикальный рефлюкс. Его ликвидация позволила в короткие сроки достичь положительного результата. Местная анестезия и низкая частота послеоперационных осложнений делают кроссэктомию легко переносимой операцией для большинства пациентов. Выводы и рекомендации: Несмотря на развитие хирургических методик в сосудистой хирургии, кроссэктомия остается простым и эффективным методом ликвидации вертикального рефлюкса и уменьшения трофических расстройств при варикозной болезни. Ее выполнение возможно у большинства пациентов, даже с тяжелой сопутствующей патологией и высоким риском инфекционных осложнений. Невысокие экономические затраты и короткий койко-день является дополнительными критериями для выбора данной методики.

1661. ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ. ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Инжеватов В.В. (1), Алексанян В.М. (1),
Резяпкин Г.И.(3), Оськин А.Н. (4),
Раскатова Е.В.(5), Ермаков Д.Ф. (1),
Шабловская Т.А. (1)*

Москва

1) МГМСМУ, 2) ГКБ №1,
3) ЦКБ УДП РФ, 4) ГКБ №68

Актуальность. Экспериментальное подтверждение эффективности и безопасности планового оперативного лечения больных варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБВНК) по программе хирургии одного дня с позиций мультимодальной стратегии ускоренной реабилитации пациента. Материал и методы. За 2013-2015 гг., в условиях Центра амбулаторной хирургии располагавшегося на базе многопрофильной поликлиники г. Москвы – Филиал №1 (ГП№185) ГП №36, проведено плановое хирургическое лечение 1552 пациентов



с ВБВНК, оперировано 2597 конечностей. Среди пациентов 23% мужчин и 77% женщин, в возрасте от 18 до 85 лет, средний возраст - 54,5 года. Выраженность клинических проявлений венозной недостаточности в оперированных конечностях по СЕАР: С2-13%, С3-45%, С4-20,4%, С5-9,5%, С6-11,6%. Пациенты принадлежали к I, II и III классу по шкале оценки физического состояния ASA. Возможность хирургического лечения пациентов III класса по ASA, т.е. с тяжелым, но компенсированным заболеванием (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и т.д.) решался в каждом случае индивидуально, с учетом кардиального статуса, вида анестезиологического пособия, характера и продолжительности оперативного вмешательства. Вмешательство осуществлялось в бассейнах большой и малой подкожных вен, в объеме комбинированной флебэктомии, с использованием мазоинвазивных методик. Все оперативные вмешательства не выше 2-й степени риска по шкале МНОАР; продолжительностью до 2 ч. Основной метод обезболивания — спинальная анестезия, при поражении одной конечности — монолатеральная. Также, в особенности при операциях в бассейне МПВ, применялась местная инфильтрационная анестезия. Операция завершалась наложением компрессионных чулок не менее 2 класса компрессии. После кратковременного наблюдения в дневном стационаре, по восстановлению функции тазовых органов и нижних конечностей со стабильными гемодинамическими показателями пациенты активизировались и транспортировались по месту жительства. Далее — амбулаторный режим. Результаты. Все пациенты хорошо перенесли анестезию и оперативное вмешательство, активизированы и выписаны на амбулаторный режим в день операции. Регоспитализация осуществлена дважды: абсцесс области послеоперационного рубца на 10 день после операции и ТГВНК на 14 день после операции. После кратковременного пребывания в стационаре пациенты продолжили амбулаторное лечение. Исход благополучный. Отмечены 3 случая ППГБ после спинальной анестезии. Лечение — амбулаторное, исход благополучный. Обсуждение. На всех этапах лечения, от предоперационной подготовки до выписки, действия персонала и пациента были подчинены единой задаче — создание условий для ранней активизации пациента и, через это, переходу на амбулаторный режим в день операции. Определяющие факторы — рациональный отбор пациентов и минимизация операционной травмы. Спинальная анестезия для лечения ВБВНК в условиях однодневной хирургии — метод выбора и хорошо переносится больными при использовании малотравматичных методик спинальной пункции. Ранняя активизация и использование компрес-

сионного трикотажа сразу после операции способствуют профилактике тромбозов и септических осложнений. Четко прописанный порядок быстрого реагирования при возникновении неотложных состояний в раннем послеоперационном периоде, предполагающий мобильную связь, взаимодействие с СМП и многопрофильным стационаром — еще один фактор надежности в амбулаторных условиях.

Выводы и рекомендации. Результаты исследования показали на большом клиническом материале, что абсолютное большинство пациентов с ВБВНК могут быть эффективно и безопасно прооперированы в условиях хирургии одного дня. Для благополучного результата планового хирургического лечения пациентов с ВБВНК в дневном стационаре обязательно соблюдение следующих условий: рациональный отбор пациентов для лечения; минимизация операционной и анестезиологической травмы; ранняя активизация пациента после стабилизации гемодинамики и нормализации функции жизненно важных органов; активная профилактика возможных осложнений; предопределенный порядок быстрого реагирования при возникновении неотложных состояний в условиях дневного стационара и на амбулаторном режиме.

1662. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНОГО РЕЖИМА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АЭРОЗОЛЬНОЙ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

*Захаренко А.А., Натха А.С., Вовин К.Н.,
Беляев М.А., Трушин А.А., Тен О.А., Зайцев Д.А.,
Рыбальченко В.А.*

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И.П.Павлова

Карциноматоз брюшины — один из вариантов метастазирования злокачественных новообразований, определяющий неблагоприятный прогноз для жизни пациента. Средняя продолжительность жизни не превышает 1,5 лет. Альтернативным вариантом регионарной химиотерапии является аэрозольная внутрибрюшинная химиотерапия под давлением (PIPAC). При проведении PIPAC остаются нерешёнными вопросы оптимальных доз химиопрепаратов, возможность неoadьювантного и адьювантного применения, сочетание метода с циторедуктивными вмешательствами. Исследование проведено в ПСПбГМУ имени академика И.П.



Павлова на базе вивария научно-исследовательского центра Университета. Для проведения метода RИPAC совместно с НПО «Поиск» разработано оригинальное устройство, позволяющее под контролем лапароскопии, под избыточным давлением 12 мм рт. ст., с помощью инжектора высокого давления под давлением 20 бар, проводить внутрибрюшинную химиотерапию частицами препарата за счёт оригинального распылителя, позволяющего создавать аэрозоль с частицами 2-10 мкм. Экспериментальная часть исследования проведена на самцах кроликов (n=71) с массой тела 2000–3000 г. Оперативные пособия осуществлялись под общим наркозом с ИВЛ. Было проведено 5 серий экспериментальных исследований с различными значениями доз цисплатина, экспозиции аэрозоля в брюшной полости, величины внутрибрюшного давления. В качестве цитостатика использовали цисплатин. Доза препарата определялась исходя из площади поверхности тела кролика. В качестве растворителя использовали физиологический раствор в объёме 30 мл. Скорость введения - 40 мл/мин при давлении 20 Бар. Концентрацию платины в тканях определяли методом масс-спектрометрии. Серии экспериментальных исследований показали, что максимально эффективный и безопасный режим RИPAC достигается коротким временем экспозиции (15 минут) при давлении 8 мм рт.ст. При данном режиме удалось достичь концентрации платины в брюшине $9,453 \pm 1,86$ мг/мл. Содержание препарата в крови после сеанса было в 12 раз меньше, чем в брюшине – $0,073 \pm 0,013$ мг/мл. Клинико-лабораторные показатели не отличались от таковых в контрольной группе. Патоморфологический анализ тканей печени и почек не выявил повреждений и проявлений токсичности. Данных за системную токсичность получено не было. В серии экспериментов, изучавших заживление межкишечных анастомозов, случаев несостоятельности не было. Морфологический анализ показал отсутствие признаков плохой регенерации и воспаления в зоне анастомозов. В результате проведённого исследования разработано оригинальное устройство для получения аэрозоля. Экспериментально установлено, что максимально эффективный и безопасный режим RИPAC - это десятикратно увеличенная концентрация химиопрепарата (до системно применяемых доз) при снижении в 2 раза времени экспозиции (15 минут) и стандартном для лапароскопического пособия внутрибрюшном давлении (для кролика - 10 мм рт.ст. Цисплатина, 8 мм рт ст, 15 мин). Предлагаемый режим проведения лапароскопической аэрозольной химиотерапии в послеоперационном периоде не сопровождался угрожающими жизни токсическими эффектами, осложнениями и патологическими изменениями внутренних органов животных.

1663. ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ КОНЦЕПЦИИ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Сажин А.В., Далгатов К.Д., Кошелев Д.А., Козодаева М.В.

Москва

РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета

Новая концепция ведения больных Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) была введена в хирургическую практику в начале 90-х годов XX века, основоположником которой является датский профессор Н.Kehlet. Первые попытки внедрения новой методики были предприняты в колоректальной хирургии. В России данная концепция более известна как «программа ускоренного выздоровления» (ПУВ), которая предполагает мульти-модальный подход к лечению пациентов на всем протяжении периоперационного периода. Основные задачи ПУВ направлены на снижение длительности госпитализации, уменьшение количества послеоперационных осложнений, ускоренное восстановление и полное выздоровление в более короткие сроки, что в настоящее время является актуальным вопросом в хирургии. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы на базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова для ведения пациентов, оперированных по поводу злокачественных новообразований поджелудочной железы и БДС, был внедрен протокол ПУВ. В период с 01.09.2015 по 01.02.2017 21 пациент после панкреатогастро-дуоденальной резекции пролечен с учетом компонентов протокола. Основные составляющие протокола на догоспитальном этапе: предварительная беседа с пациентом, консультация смежными специалистами и коррекция сопутствующих заболеваний, дополнительное сипинговое питание с учетом индекса массы тела. Прогнозирование возможных осложнений и летальности проводили по шкале P-POSSUM. После госпитализации проводится предоперационная подготовка: профилактика тромбозомболических осложнений – введение НМГ в профилактических дозах за 12 ч до операции. Разрешается прием жидких углеводных смесей с низким гликемическим индексом за 2 часа до операции, отказ от механической подготовки кишечника, что снижает уровень дискомфорта для пациента. На интраоперационном



этапе проводится антибиотикопрофилактика, установка эпидурального блока, контроль инфузионной терапии, чреспищеводная эхокардиография, назогастральный зонд устанавливается только по показаниям на время операции, в область панкреатодигестивного анастомоза устанавливается страховый дренаж Джексона-Пратта, экстубация сразу по окончании операции. Три операции удалось выполнить лапароскопическим доступом, остальные – традиционным лапаротомным. Первые сутки послеоперационного периода больные находятся в условиях отделения реанимации. Перевод в хирургическое отделение осуществляется на вторые сутки, где удаляется мочевого катетер, продолжается профилактика тромбоэмболических осложнений, мультимодальная аналгезия, профилактика ПОТР, ранняя активизация, углеводное питание жидкими смесями. Антибактериальная терапия назначается только по показаниям: один пациент получал АБ в послеоперационном периоде в связи с интраоперационными явлениями холангита. Так же на первые и третьи сутки проводится контроль амилазы в дренажном отделяемом, при уровне амилазы менее 200 Ед/л аналоги соматостатина не использовались. На третьи сутки всем пациентам проводится КТ-контроль органов брюшной полости, после чего удаляется страховый дренаж, если уровень амилазы в нем не превышает нормальных значений. После чего больным разрешается употребление твердой пищи с дополнительным сипинговым питанием. У двух больных уровень амилазы в отделяемом по дренажу на 3-и сутки составил 680 Ед/л и 480 Ед/л, что потребовало контроля еще в течение 2-х суток, и удаления дренажа на 5-е сутки с констатацией панкреатического свища тип «А». Рвота была отмечена у одного больного, обусловленная явлениями анастомозита, что привело к установке назогастрального зонда на двое суток. Средний койко-день составил 6,5 суток. Выписка пациента из стационара производится с учетом следующих критериев: полная активизация, полноценное питание, нормализация физиологических отклонений. Таким образом, ПУВ значительно сокращает длительность пребывания пациента в стационаре, ускоряет его реабилитацию, а значит – улучшает качество жизни. Однако, со стороны хирурга, требует более пристального внимания к некоторым аспектам периоперационного ведения больных.

1664. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Шиповский В.Н., Цицашвили М.Ш.,
Манахов Д.В., Джуракулов Ш.Р.*

Москва

РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Цель работы. Разработка и внедрение эндоваскулярных методик для лечения кровотечений из варикозных узлов пищевода и резистентного асцита при портальной гипертензии

Материалы и методы. Мы располагаем опытом выполнения следующих эндоваскулярных операций при осложнениях портальной гипертензии: редукция селезеночного кровотока (n-18), эмболизация кардиальных вен желудка (n-7), трансюгулярное порто-кавальное шунтирование (ТИПС), (n-167, технический успех – 92,3%), повторные вмешательства после ТИПС (n-33) и операция BRTO (n-2). Средний возраст больных в основной группе больных (ТИПС) – 52,2±8,5. Основная этиология цирроза печени – алиментарная (68,7%). Доминирующее количество больных (99,1%) – в группе В и С печёночно-клеточной недостаточности по Child-Paque. Показаниями к эмболизации селезеночной артерии явилась панцетемия, к эмболизации кардиальных вен желудка – сохранение порто-кавального градиента давления, к операции ТИПС – кровотечение (39,0%), рефрактерный асцит (20,5%), сочетание кровотечения и асцита (40,5%), к операции BRTO – кровотечение из варикозных узлов желудка. В группе ТИПС больные были разделены на две группы: с голометаллическими стентами Maris, Sinus-Visual, SMART (n-118) и стент-графтами Viatorr (n-49). В случаях тромбоза стента использовались: солевая баллонная дилатация (n-16), стентирование stent-in-stent (n-16), удаление тромбов с помощью корзины Dormia (n-5), реолитическая тромбэктомия AngioJet (n-5), параллельное стентирование (n-5) и Y-образное стентирование (n-3).

Результаты. В сроки через 18 мес. первичная проходимость имплантированных стентов в I-ой группе составила 69,3%, а первично-ассистированная – 85,6%, во II-ой группе первичная проходимость – 100%. В сроки до 18 мес. в группе с голометаллическими стентами рецидив кровотечения отмечен в 18,6% (n-32), в группе со стент-графтами – в 5,3% (n-19). У всех больных кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями и, прежде всего, с использованием методики эндоскопического лигирования вариксов пищевода. Уве-



личение степени печёночной энцефалопатии или возникновение её в I-ой группе отмечен в 10,4 % (n-18), в группе со стент-графтами – в 7,9% (n-10). Тромбоз стента в I-ой группе выявлен в 20,9 % (n-64), в группе со стент-графтами в указанные сроки тромбоза не отмечено. Летальность в I-ой группе составила 22,1% (n-50), во II-ой – 13,2% (n-19). Причиной смерти во всех данных наблюдениях явилось прогрессирование печёночно-клеточной недостаточности. Т.о., эндоваскулярное лечение является эффективным и малотравматичным способом лечения больных с осложнениями портальной гипертензией.

1665. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА ВЫСОКОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКА В СРАВНЕНИИ С ПРЯМОЙ ТРОМБЭКТОМИЕЙ ИЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

*Карабач Ю.В., Токарев К.Ю., Ананко В.А.,
Левин А.В., Левиков Д.И., Кислов Э.Е.*

Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Цель исследования: Оценка эффективности системной тромболитической терапии при ТЭЛА высокого и промежуточного риска и прямой тромбэктомии из легочной артерии. Материалы и методы: С 2013 г. по 2015 г. в ГКБ им С.П. Боткина доставлено бригадой скорой помощи 1170 больных с ТЭЛА. Диагноз подтвержден у 238 пациентов. Возраст пациентов составил от 23 до 84 лет. Средние сроки поступления от начала проявления тодами диагностики являлись определение уровня Д-димера, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием, Эхо-КГ с расчетом систолического давления в легочной артерии, размеров камер сердца, УЗДС вен системы нижней полой вены, рентгенологическое исследование легких, ЭКГ. Оценка риска ранней смерти проводилась согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC, 2008 г). Диагноз ТЭЛА высокого и промежуточного риска ранней смерти был установлен у 174 пациентов. ТЭЛА низкого риска – у 64. Во всех случаях пациенты с ТЭЛА высокого и промежуточного риска находились в отделении реанимации. Тромболитическая терапия проводилась 67 пациентам с высоким риском смерти и 43 пациентам с промежуточным риском. Прямая тромбэктомия из легочной артерии выполнялась 11 пациентам в условиях АИК. Всем остальным пациентам проводилась стандартная

антикоагулянтная терапия гепарином. Решение о проведении тромболитической терапии у пациентов с промежуточным и высоким риском смерти принималось после индивидуальной оценки риска геморрагических осложнений и дополнительных предикторов смерти в ранние сроки. Решение о выполнении прямой тромбэктомии принималось при флотирующих тромбах в правых камерах сердца, локализации тромба в основном стволе и главных ветвях легочной артерии, при неэффективности тромболитической терапии. Системная тромболитическая терапия выполнялась препаратами Актелизе, Урокиназа, Стептокиназа по стандартной схеме.

Результаты: Оценка эффективности лечения проводилась по клиническим данным и показателям контрольной ЭХО-КГ перед выпиской больного. Положительный эффект от тромболитической терапии достигнут у 70 пациентов (74 %). У 8 (10,0 %) пациентов эффект был умеренный (улучшение клинических показателей и общего самочувствия без улучшения показателей ЭХО-КГ). Умерло 18 пациентов (16,3 %) от декомпенсации сердечно-легочной деятельности. У всех из них риск ранней смерти от ТЭЛА был расценен как высокий. Летальных исходов после прямой тромбэктомии из легочной артерии было 2 (18,3%). Положительный эффект в виде регресса дыхательной недостаточности и снижения легочной гипертензии был достигнут у 6 (54,5%) пациентов. У 3 (27,2%) пациентов сохранялась высокая легочная гипертензия, при улучшении клинических показателей. Среди пациентов с низким риском смерти летальных исходов не было. Геморрагические осложнения после проведения системной тромболитической терапии отмечены у 10 пациентов (9,1%). В большинстве случаев это были незначимые кровотечения — гематомы в зоне установки венозного катетера, гематомы на теле, гематурия, носовое кровотечение. 3 пациентам потребовалась трансфузия эритроцитарной массы. Такие осложнения как аллергические реакции и ОНМК отмечены у 9 и 3 пациентов соответственно, при этом в двух случаях ОНМК привел к летальному исходу.

Выводы: Системная тромболитическая терапия у больных с ТЭЛА высокого и промежуточного риска, является эффективным и относительно безопасным методом лечения, позволяет эффективно устранить легочную гипертензию и перегрузку правых отделов сердца, улучшить прогноз и качество жизни пациентов. Прямая тромбэктомия из легочной артерии, у ряда пациентов с ТЭЛА высокого риска, является эффективным методом лечения, оставаясь единственным методом лечения при неэффективности тромболитической терапии.



1666. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИГРА - ХИРУРГИЧЕСКИЙ КВЕСТ КАК МЕТОД СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ ДЕЙСТВИЯМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Логвинов Ю.И., Климаков А.В., Лебединский С.С., Шматов Е.В., Ющенко Г.В., Кислый А.И.

Москва

Учебный центр для медицинских работников
- Медицинский симуляционный центр (МСЦ)
Боткинской больницы

Актуальность. Лечение закрытого повреждения печени является актуальным вопросом в современной медицине. Применение высокотехнологичных симуляторов в медицинском обучении способствует формированию более высокого уровня знаний обучающихся, является одним из эффективных способов формирования команды, а наиболее эффективным методом усвоения знаний и их применения является деловая игра. Примеры деловых игр в экстренной хирургии с применением симуляционных технологий в литературе нам не встречались.

Материалы и методы. Коллективом кафедры хирургии РМАПО и сотрудниками МСЦ была разработана и внедрена профессиональная игра-тренинг для врачей-хирургов, в которой врач выполняет действия при травме печени, принимает решения и осуществляет лечебные мероприятия. Тренинг - деловая игра, получил авторское название «Квест - хирургический биатлон» (КХБ) на тему «Закрытая травма печени».

Цель кхб: формирование компетенции врача -хирурга по оказанию помощи пациентам с тяжелой сочетанной закрытой травмой печени путем отработки умения в условиях ограниченного времени применять знания алгоритма действий врача при лечении пациента с тяжелой сочетанной травмой печени.

Особенности: в отличие от традиционной игры-квеста в КХБ подсказок никто не дает, врач (или команда) должны найти ответы сами; участники состязаются в команде или каждый за себя; после отработки правильных действий и разбора ошибок следующим этапом тренировки врача является уже индивидуальное участие; на каждом этапе прохождения КХБ применяется 5-балльная система оценки, в которой оценивается каждое действие команды или индивидуального участника; КХБ – это высокопрофессиональная деловая игра, в которой участники демонстрируют не только знания и умение ими пользоваться, но и

мануальные хирургические навыки, необходимые для успешного выполнения задания; КХБ преследует профессиональную цель - формирование соответствующей компетенции; по окончании КХБ как деловой игры производится разбор, анализ, получение обратной связи от участников. В ходе КХБ участники должны провести осмотр, запросить данные дополнительных исследований, поставить диагноз, принять клиническое решение, распознать и ликвидировать напряженный пневмоторакс, выполнить лапароскопическое вмешательство по остановке кровотечения из печени и ушиванию ее разрыва. Методика подготовки и подробное описание КХБ могут быть представлены на Национальном хирургическом конгрессе.

Результаты. 1. Первые проведенные КХБ показали ценность в определении слабых мест в подготовке врачей-хирургов. 2. Повторное участие по тому же клиническому сценарию демонстрирует объективное улучшение результатов. 3. Эмоциональная насыщенность мероприятия способствует глубокому усвоению теоретической и практической составляющих. 4. КХБ способствует улучшению командного взаимодействия в работе хирургов, развитию лидерских качеств участников. 5. Данное мероприятие может служить моделью для разработки последующих игр-тренингов по различным клиническим сценариям. 6. Внедрение данного КХБ в программу обучения врачей – хирургов способствует повышению эффективности их подготовки. 7. Развитие данного метода планируется в направлении расширения диапазона уровней сложности клинических сценариев, интеграции его в другие формы симуляционного обучения, в том числе тренингов для мультидисциплинарных бригад.

1667. КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗРАБОТАННОГО РЕЖИМА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АЭРОЗОЛЬНОЙ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Захаренко А.А., Натха А.С., Беляев М.А., Трушин А.А., Тен О.А., Зайцев Д.А., Рыбальченко В.А., Вовин К.Н.

Санкт-Петербург

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Одним из новых способов регионарной химиотерапии карциноматоза брюшины является ла-



пароскопическая аэрозольная химиотерапия под давлением (PIPAC), при котором в брюшной полости в условиях карбоксиперитонеума с помощью специальных устройств создаётся аэрозоль из химиопрепарата с последующей его экспозицией. Способ обладает рядом преимуществ: большая глубина проникновения лекарств, низкая травматичность, возможность многократного использования. В настоящий момент способ применяется только в паллиативных целях у инкурабельных больных, которым исчерпан весь спектр стандартной терапии. Дозы химиотерапии редуцированы до 10% от системных. В литературе мало экспериментальных исследований, изучавших эффективные режимы проведения PIPAC - подбор оптимальных, субтоксичных доз химиопрепаратов, влияние внутрибрюшного давления и экспозиции на всасывание лекарств.

Целью исследования стала клиническая апробация максимально эффективного и безопасного режима проведения метода, основанная на результатах экспериментальной части, выполненной на животных. В клиническую часть исследования включено 12 пациентов (6 мужчин и 6 женщин) с диагнозом рак желудка, у которых при диагностической лапароскопии выявлен карциноматоз брюшины. Пациенты рандомизированы в 2 группы. Контрольная – PIPAC в общепринятом режиме (7,5 мг/кг цисплатина, 12 см рт. ст., экспозиция 30 мин) и основная - PIPAC в экспериментально разработанном режиме (75 мг/кг цисплатина, 12 см рт. ст., 15 минут экспозиции). Всем больным проведено по 2 цикла PIPAC с интервалом 21 день. Обе группы больных удовлетворительно перенесли оперативное и анестезиологическое пособия. При проведении первичных и повторных сеансов PIPAC интраоперационных побочных эффектов, осложнений не выявлено. Из-за уменьшения времени экспозиции до 15 минут у больных основной группы общая продолжительность операции была меньше, чем в контрольной и составила 57 ± 12 мин и 69 ± 8 мин соответственно. Послеоперационный период у всех пациентов был гладкий. Клинико-лабораторные показатели, которые контролировались ежедневно в течение 7 суток, не выходили за пределы нормы или не ухудшались по сравнению с предоперационным уровнем. Проблем с восстановлением функции желудочно-кишечного тракта не было. Все пациенты выписаны на 4 сутки в удовлетворительном состоянии. Соответственно, оба режима PIPAC оказались безопасными для пациентов. Несмотря на малую группу пациентов, предлагаемый режим PIPAC оказался эффективнее стандартного. У пациентов контрольной группы при повторном сеансе PIPAC отмечено прогрессирование заболевания, проявившееся увеличением индекса карциноматоза

брюшины (ИКБ), нарастанием асцита. Микроскопически лечебного патоморфоза не выявлено. У всех пациентов основной группы отмечена положительная динамика. Асцит не увеличился, ИКБ снизился. Узлы уменьшились в размерах и стали похожи на рубцовые площадки. Микроскопически отмечено частичное замещение опухоли соединительной тканью (фиброз). При проведении массспектрометрии крови и участков брюшины после сеанса PIPAC отмечено значительное увеличение содержания платины в брюшине и опухолевых узлах у больных основной группы, при крайне низкой концентрации препарата в крови, что указывает о низкой системной токсичности метода.

1668. ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ГРУДИНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ

*Корытцев В.К., Вачев А.Н., Гладышев В.В.,
Адыширин-Заде Э.Э.*

Самара

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Введение. Лечение пациентов со стерномедиастинитом является одной из самых актуальных проблем современной хирургии. Ежегодно в России проводится около 45 000 хирургических операций на сердце с доступом срединная стернотомия. Частота осложнений после срединной стернотомии – составляет от 0,5 до 3% (Вишневский А.А.; Olbrecht V.A. et al., 2006) При этом летальность у пациентов со стерномедиастинитом варьирует от 14 до 47% (Franco S. et al., 2009)

Цель данного исследования: выработать оптимальный метод пластики у больных с развившимся стерномедиастинитом после операции АКШ. Материалы и методы. За период с 2015г по 2016г на обследовании и лечение находилось 22 пациента с диагнозом стерномедиастинит. Из них было 18 мужчин и 4 женщины. Средний возраст пациентов составил $61,5 \pm 7,7$ лет. Пациенты поступали в хирургическое отделение КФХ в различные периоды после выполнения операции АКШ: 11 пациентов - в период до 1 месяца после выполнения операции, 7 пациентов - от 1 до 2 месяцев, 2 пациента в период от 2 до 3 месяцев и 2 пациента - через 6 месяцев. Послеоперационный остеомиелит грудины и передний стерномедиастинит наблюдался у 18 пациентов (81,8%) остеомиелит грудины без явлений стерномедиастинита был у 4 пациентов (18,2%). 21 пациент был оперирован. Одна пациентка с тяжелым сахарным диабетом,



ожирением III степени, скончалась во время подготовки к операции от перфоративной язвы ДПК и перитонита. Пациенты исходно были разделены на 2 группы. Те, кому после удаления гнойно-некротических тканей выполнили пластику, и те кому не выполняли. В виду малой площади раны после удаления грудины 2 пациентам была выполнена некрсеквестрэктомия, пластический этап операции им не выполнялся. Рана у них заживала вторичным натяжением. Остальным 19 пациентам после некрсеквестрэктомии выполняли пластический этап операции. 18 пациентам пластика дефекта грудной клетки выполнена прядью большого сальника на питающей ножке. Методика пластики дефекта грудины прядью большим сальником заключалась в следующем: После выполнения некрсеквестрэктомии, производили верхнюю срединную лапаротомию длиной до 10 см, во время которой из большого сальника выкраивали прядь большого сальника на питающей ножке с достаточным кровоснабжением, длиной сальника на 3-4 см больше чем длина раны грудной клетки. Перемещение пряди большого сальника из брюшной полости выполняли через место прикрепления диафрагмы к реберной дуге. Перемещенный сальник укладывался по длиннику раны и надежно фиксировался 8-10 узловыми швами к дну и краям раны. В пространство над и под сальником устанавливали по 1 дренажу, которые выводили через контрапертуры с двух сторон от раны, фиксировались к коже. Лапаротомная рана ушивалась послойно. На грудной клетке кожу и подкожную клетчатку ушивали швами Донати. Дренажи вели активно по способу Редону. У 1 пациента пластику сальником выполнить не удалось, так как в анамнезе была выполнена резекция большого сальника по поводу закрытой травмы живота, методом выбора у данного пациента выбрана пластика мышечным лоскутом из большой грудной мышцы. В послеоперационном периоде всем пациентам проводили антибиотикотерапию согласно высеянной из раны микрофлоре и ее чувствительности к антибиотикам. Полученные результаты. Выздоровление после проведенного лечения наступило у 20 (95.2%) пациентов. Погиб один пациент, у которого в ближайшем послеоперационном периоде на 1 сутки развилась ТЭЛА. Послеоперационная летальность составила 5%. В послеоперационном периоде все пациенты осмотрены в сроки через 6-18 месяцев. У всех пациентов каркасность грудной клетки была восстановлена, дыхательной недостаточности не наблюдалась.

Вывод: Выполнение пластики раневого дефекта после удаления нагноившейся грудины прядью большого сальника на питающей ножке, является надежным и безопасным методом лечения больных со стерномедиастенитом.

1669. РОЛЬ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Поздника О.Ю., Аленичева Т.М., Зигинова Т.М.

Петрозаводск

НУЗ ОКБ на ст. Петрозаводск

Фиброколоноскопия является одним из наиболее эффективных методов ранней диагностики новообразований толстой кишки. Этот метод позволяет получить материал для гистологического подтверждения рака, а также выявить полипы прямой и ободочной кишки и при необходимости произвести их удаление.

Целью исследования явилось изучение возможностей фиброколоноскопии в диагностике и лечении образований толстой кишки. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопии толстой кишки у 354 пациентов, находившихся на стационарном лечении в НУЗ ОКБ на ст. Петрозаводск за 2016г. Мужчин было 108(30,5%), женщин- 246(69,5%), от 21 до 81 года, средний возраст пациентов составил $50,7 \pm 18,21$ лет. Для обследования применяли фиброколоноскоп «Pentax» FC – 38LV.

Результаты и их обсуждения Анализ полученных данных проводили на основании диагностических критериев в эндоскопии пищеварительного тракта (номенклатура OMED). У 205 пациентов из 354-х в ходе обследования обнаружены изменения слизистой оболочки толстой кишки, у 149 – патологии не выявлено. При наличии патологических изменений выполнялась биопсия, с последующим гистологическим исследованием. Экзофитные образования наблюдали у 68(n=205) больных(25 мужчин, 43 женщины), средний возраст составил $66,51 \pm 4,14$. По данным гистологического исследования доброкачественные образования имели место быть у 54 пациентов(n=68, 79%), тубулярная аденома у 41(n=54): тубулярная аденома с дисплазией 1-2 ст выявлена у 17 человек, с дисплазией 3 ст. – 1; тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией эпителия 1-2 ст - у 21, с дисплазией 3 ст у 2х пациентов. У 12 (n=54) человек при выполнении фиброколоноскопии обнаружен гиперпластический полип(средний возраст $62,83 \pm 2,28$), полипозная гиперплазия у 1. При гистологическом исследовании аденокарцинома в разной степени дифференциации была выявлена у 14 (n=68) пациентов, средний возраст которых $70,21 \pm 2,18$ лет. Выводы. Современная фиброколоноскопия позволяет в большинстве случаев осмотреть толстую кишку на всем протяжении, является эффективным



методом ранней диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей толстой кишки. Колоноскопия также позволяет выполнять различные лечебные манипуляции, например удаление доброкачественных образований, и может выполняться как в стационаре так и в амбулаторных условиях.

1670. ТЯЖЁЛЫЕ ИНФЕКЦИИ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОСЛОЖНЁННЫЕ СЕПСИСОМ. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

*Земляной А.Б., Зубрицкий В.Ф.,
Горюнов С.В., Аксенов А.В.*

Москва

ФКУЗ «ГКГ МВД России», г. Москва ГБУЗ
«Городская клиническая больница 15 им.
О.М.Филатова», г. Москва ФГБУ НМХЦ Минздрава
России, г. Москва

Профилактика и лечение больных с осложненными инфекциями мягких тканей остается одной из важных проблем хирургии. Широкое использование антибактериальных средств привело к изменениям в этиологической структуре ИКМТ. Значительно возросла роль возбудителей, устойчивых к наиболее часто применяемым антибиотикам. В связи с этим, проведено исследование тяжёлых инфекций кожи и мягких тканей, осложнённых сепсисом. Всего в НМХЦ и в ГКБ №15 проанализировано 5373 истории болезни. На основании выборки историй болезней больных в возрасте от 18 лет с площадью гнойно-некротического поражения мягких тканей более 500 см² и критериями развития сепсиса. В результате в исследование включено 1,69% историй болезни (n=91). Критерии исключения: пациенты с соматическими заболеваниями в состоянии декомпенсации, органическими поражениями ЦНС, иммуносупрессивными состояниями, раневыми гнойными осложнениями при острой хирургической патологии органов брюшной полости с клиникой перитонита, специфическими инфекциями любой локализации, наркоманы. Оценка результатов проводилась на основании анализа историй болезней, по данным опроса и анкетирования. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале SAPS-II и шкале оценки тяжести состояния больных с хирургической инфекцией (Светухин А.М., 2002 год). Анализ полученных данных выполнялся с помощью программного обеспечения Statistica 10. Общая структура диагнозов: обширные флегмоны 84,61%, обширные флегмоны с некротическим фасциомиозитом 8,79%, га-

зовые гангрены 4,39%, СДР 2,19%. Общая структура осложнений: сепсис 90,11%, септический шок 9,89%. Средняя площадь ран у пациентов составила 1057,14±46,64 см². По глубине поражения патологический процесс распространялся на все слои в 83,51% случаев, ограничивался распространением на подкожно-жировую клетчатку и фасции - 16,48% случаев. На момент поступления не получали никакого лечения или занимались самолечением 42,85% и 30,76% пациентов соответственно. Средние сроки заболевания на момент поступления в стационар составляли 10,51±0,35 дней. Наиболее частой локализацией очага гнойной инфекции были нижние конечности 70,32%. В половине случаев инфекции мягких тканей развивались на фоне небольших травм 51,64%. Медицинские вмешательства послужили источниками инфицирования в 21,97% случаев. Источник не был установлен в 6,59% случаев. Наличие факторов риска развития гнойных осложнений было выявлено у 99% больных. При поступлении в общем микробном пейзаже ран выявлены: *Staphylococcus aureus* 35,29%, *Streptococcus pyogenes* 27,73%, а также грамотрицательные бактерии - *Enterobacteriaceae* spp 15,12%. При посевах крови рост микрофлоры отсутствовал в 38% случаев. При наличии роста микробный пейзаж характеризовался: *Staphylococcus aureus* 26%, *Streptococcus pyogenes* 16,6%, *Staphylococcus epidermidis* 9%, *Acinetobacter baumannii* 7,4%, *Enterobacteriaceae* spp 3,6%. Таким образом, *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes* являлись ведущими этиологическими значимыми патогенами тяжёлых инфекций кожи и мягких тканей, осложнённых сепсисом. Следует отметить, что на момент поступления из ран метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA) выделен в 40% случаев от общего количества *Staphylococcus aureus*. В положительных посевах крови удельная частота выделения MRSA возрастала до 56%. У пациентов с площадью раны менее 1000 см² MRSA выделен в 19% случаев, тогда как с площадью раны более 1000 см² - в 62%. Это свидетельствовало о более распространённом гнойно-некротическом поражении кожи и мягких тканей среди пациентов, у которых инфекционный процесс был обусловлен MRSA. У пациентов с MRSA септициемией, на фоне тяжелой стафилококковой инфекции кожи и мягких тканей, частота летальности достигала 85%. Таким образом, *Staphylococcus aureus* являлся ведущим этиологически значимым патогеном тяжёлых инфекций кожи и мягких тканей, осложнённых сепсисом. MRSA инфекция характеризовалась более распространённым гнойно-некротическим поражением мягких тканей. В случаях развития септициемии, MRSA являлся одним из определяющих факторов высокой частоты летальности у данной категории



пациентов. Для оценки отдаленных результатов проведено анкетирование пациентов в период 1-3 года после выписки из стационара. Все пациенты на момент опроса были живы. Рецидивы гнойных осложнений отмечались в 7% случаев у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей. Проведен анализ качества жизни у больных с благоприятным исходом, с помощью стандартного опросника качества жизни SF-36. Средние показатели физического компонента здоровья [Physical health – PH] были снижены и составили [n=55] 45,56±9,43 баллов. У больных с площадью поражения менее 1000 см² [n=34] составили 49,78±7,27 баллов, у аналогичных больных с площадью поражения мягких тканей больше 1000 см² [n=21] - 38,74±8,58 баллов. Средние показатели психологического компонента здоровья [Mental Health – MH] составили [n=55] 49,71±7,04 баллов, при этом у больных с площадью поражения менее 1000 см² [n=34] 49,92±7,15 баллов, у аналогичных больных с площадью поражения мягких тканей больше 1000 см² [n=21] 45,56±1,27 баллов. Таким образом, у пациентов после тяжёлых инфекций кожи и мягких тканей, осложнённых сепсисом, в отдалённом периоде отмечено выраженное снижение показателей физического и психологического состояния здоровья.

1671. ОДНОМОМЕНТАННАЯ КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ И КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ИК: ТРАВМАТИЧНОЕ ИЗЛИШЕСТВО ИЛИ ОСОЗНАННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

Федоров Е.Е., Головюк А.Л., Попов В.А.

Москва

ФГБУ "Институт хирургии им.А.В.Вишневого"
Минздрава РФ

Цель: обосновать выполнение сочетанных вмешательств на коронарных и сонных артериях в зависимости от степени сосудисто-мозговой недостаточности и характера поражения ВСА.

Методы: за период с 2011 по 2016 год включительно было выполнено 45 операций КШ в сочетании с КЭАЭ по поводу атеросклеротического стеноза ВСА. Средний возраст пациентов 67,3 года, преобладали мужчины. По степени стенокардии пациенты распределились следующим образом: стенокардия 2 ФК встречалась у 15%, 3ФК – 70%, 4ФК – 15%. Из оперированных больных у 29 (64%) стеноз ВСА носил асимптомный характер, 14 (31%) перенесли ишемический инсульт в бассейне пора-

женной ВСА, и у 2 (5%) в анамнезе были транзиторные ишемические атаки до госпитализации в стационар. В 30 (66,7%) случаях степень сужения ВСА была более 90%, при чем в 24 наблюдениях – у пациентов с СМН I ст, среди пациентов с нарушением мозгового кровообращения сужение более 90% встретилось у 6 больных. По ультразвуковой характеристике в 22 (56,4%) наблюдениях бляшка носила гетерогенный характер с преобладанием гипоехогенного компонента. Во всех случаях хирургическое вмешательство начиналось со стернотомии и подготовки кондуитов для КШ. Следующим этапом – каротидная реконструкция. После выполнения ЭАЭ и восстановления кровотока по сонным артериям устанавливался дренаж, рана тампонировалась салфетками, и продолжался коронарный этап. После завершения коронарного этапа и сведения грудины удалялись тампоны из раны на шее, выполнялся окончательный гемостаз с последующим ушиванием ран.

Результаты: всего было выполнено 45 сочетанных вмешательств у 45 пациентов. В 29 (64,4%) случаях выполнено шунтирование 3 х артерий, в 8 (17,8%) – 2х артерий, в 5 (11,1%) – 4 х коронарных артерий, и в 3 (6,7%) – 5 коронарных артерий. Средний индекс шунтирования составил 2,9. Методика эверсионной КЭАЭ применена у 40 (88,9%) больных, классическая КЭАЭ с пластикой заплатой – в 4 наблюдениях, и у одного пациента было выполнено общесонно-внутриносовое протезирование синтетическим протезом при протяженном поражении общей и внутренней сонных артерий. Среднее время пережатия сонных артерий составило 24,1 + 4,1 мин, среднее время ИК составило 86,8+15,3мин, время пережатия аорты - 58,6+14,1мин. В ближайшем послеоперационном периоде ни в одном случае не было зафиксировано неврологических нарушений, а также рецидива стенокардии или проявления сердечной недостаточности.

Выводы: в настоящее время мы проводим более строгий отбор пациентов к сочетанным операциям. Сочетанные вмешательства показаны пациентам с анамнезом нарушения мозгового кровообращения в бассейне пораженной сонной артерии, уни- или билатеральным критическим стенозом, с нестабильностью атеросклеротической бляшки, которая характеризуется нарушением целостности покрышки. Выбор тактики хирургического лечения должен определяться лишь совокупностью этих факторов.



1672. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Галяутдинов Д.М.,
Васильев В.П., Власова Э.Е., Ильина Л.Н.,
Латыпов Р.С.*

Москва

ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ

Актуальность. Термин «минимально-инвазивная реваскуляризация миокарда» предполагает выполнение операции через торакотомию не более 10 см без искусственного кровообращения. Многими авторами показаны преимущества минимально-инвазивного коронарного шунтирования (МИКШ) при изолированном поражении передней нисходящей артерии (ПНА) в сравнении со стандартной операцией через стернотомию, однако результаты анализировались на госпитальном этапе и коротких сроках наблюдения. Продолжается дискуссия относительно прецизионности наложения дистального анастомоза при МИРМ и связанных с этим отдаленных результатов операции.

Цель исследования - сравнение результатов операции минимально-инвазивного коронарного шунтирования с традиционной операцией с использованием стернотомии и ИК на сроке 10 лет после вмешательства.

Материалы и методы. В исследовании анализировали 10-летние результаты пациентов с ишемической болезнью сердца и изолированным поражением ПНА, оперированных в отделе сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ РКНПК МЗ РФ в период с 2000 по 2008 год, информация о состоянии которых оказалась доступной для анализа. Пациенты разделены на две группы. В первую группу (n=48) включили пациентов, которым была выполнена операция МИКШ. Доступом была передняя торакотомия с длиной кожного разреза не более 10 см. Для шунтирования ПНА была использована левая внутренняя грудная артерия (ЛВГА); выделение ее выполнялось с использованием реберного ретрактора; наложение дистального анастомоза ЛВГА с ПНА выполнялось на работающем сердце с использованием различных систем стабилизации миокарда, под оптическим увеличением. Во вторую группу (n=35) включили пациентов, которым выполнена стандартная операция КШ. Доступом была срединная стернотомия. Для шунтирования также использовалась ЛВГА; выделение ее выполнялось в условиях ИК, с использованием операционного микроскопа. Результаты. Средний возраст

пациентов группы исследования составил 55 лет, группы контроля – 59 лет. В качестве конечных точек наблюдения были выбраны: общая смертность, смерть от сердечных причин, инфаркт миокарда, рецидив стенокардии, потребовавший госпитализации с назначением антиангинальной терапии и/или проведением ЧКВ. Общая смертность оказалась сопоставимой в обеих группах и составила 4,2% в первой и 5,7% во второй группе. Частота кардиальной смерти в первой группе составила 2%, во второй – 3%. Частота инфарктов миокарда и рецидивов стенокардии в первой группе составила 8,3% и 18,8%, во второй группе – 8,5% и 17%, соответственно. При проведении КАГ у пациентов, госпитализированных по кардиальным причинам, проходимость шунта ЛВГА составила 93% в первой группе, и 95% во второй.

Выводы. Показатели общей и кардиальной смертности, как и частота инфарктов миокарда и рецидивов стенокардии оказались сопоставимы в обеих группах пациентов. Проходимость ЛВГА-шунта через 10 лет после проведенного вмешательства практически одинакова в обеих группах, что говорит об адекватной прецизионности наложения дистального анастомоза ЛВГА с ПНА при выполнении минимально-инвазивного коронарного шунтирования. Таким образом считаем, что операция минимально-инвазивной реваскуляризации миокарда является эффективной и безопасной, по основным показателям на отдаленном сроке наблюдения сопоставима со стандартной операцией коронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения и может применяться у пациентов с однососудистым поражением.

1673. ПОВТОРНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

*Хатьков И.Е.(1,2), Аскерханов Р.Г.(1,2),
Фейдоров И.Ю.(1,2), Петрова А.Л. (1,2),
Бодунова Н.А. (1), Мосин С.В. (1,3)*

Москва

1.Московский Клинический Научный Центр, Москва, Россия.2.ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России3.ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. В России ежегодно проводится около 1500 вмешательств в нескольких специализированных центрах. Большое количество все еще составляют рестриктивные вмешательства по типу регулируемого бандажирования желудка. В сложившихся условиях актуальной становится тема повторных вмешательств.

Цель исследования. Представить опыт выполнен-



ных повторных бариатрических операций в условиях одного центра.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 год в МКНЦ было выполнено около 550 бариатрических операций. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) выполнена 341 (62%) пациенту, лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) в 82 случаях (15%), гастрощунтирование на отключённой по Ру петле (ГШ) 95 (17,2%), гастропликация 15(2.7%), Билиопанкреатическое шунтирование- 16(2.8%). Повторные бариатрические вмешательства требовались 40 пациентам, что составило 7.2% от общего количества. Показаниями к ревизионной операции после ЛПРЖ, ЛРБЖ являлись повторный набор веса, после ЛРБЖ – нагноение бандажной системы, непереносимость, эрозия бандажного кольца. Анализ не подвергались следующие оперативные вмешательства: переустановка порта бандажной системы (8 случаев), регастрощунтирование (1 случай), повторная рукавная резекция желудка (1 случай). Оставшиеся пациенты были разделены на 3 группы. Группа 1 (Г1): ЛПРЖ после ЛРБЖ: 16 пациентов (40%), группа 2 (Г2) – ГШ после ЛРБЖ- 18 случаев (45%), группа 3 (Г3) – ГШ после ЛПРЖ- 8 случаев (15%). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ и времени после первичной операции. В Г1 средний вес составил 103 ± 21 кг, средний ИМТ 38 ± 3 кг/м², время между операциями составило $5,54 \pm 3,5$ лет. В Г2 средний вес был 125 ± 12 кг, средний ИМТ 41 ± 4 кг/м², время между первичной и повторной операцией 7 ± 5.3 лет. В Г3 средний вес составил 107 ± 6 кг, средний ИМТ 36 ± 4 кг/м², время между операциями составило 6.3 ± 3.6 лет. Результаты. Среднее время операции в Г1 составило 176 ± 24 мин, в Г2 160 ± 64 мин, в Г3 136 ± 42 мин. Длительность послеоперационной госпитализации во всех трех группах идентична и составила 4.6 ± 1 к/д. Послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo степень II и более не отмечались. Периоперационная и отсроченная летальность (до 12 мес) – 0%. При сличении результатов наблюдения через 12 месяцев средняя потеря избыточной массы тела (EWL) в Г1-15%, в Г2-23%, в Г3-25%. Средний ИМТ после операции составил в Г1- 32 ± 3.6 кг, в Г2- 31.6 ± 2.6 кг, в Г3- 28 ± 3.4 кг.

Выводы: Повторные бариатрические операции являются безопасным методом лечения пациентов с ожирением после первичных операций. Наиболее эффективной ревизионной операцией в нашем опыте является лапароскопическое гастрощунтирование на отключенной петле по Ру. Для объективизации полученных результатов требуется более длительный период наблюдения и большая группа пациентов.

1674. ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВОНОИДНОЙ ФРАКЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Речкалов А.А., Иванов Е.В., Низамов Ф.Х.

Тюмень

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. Хронический геморрой, наиболее часто встречающееся заболевание перианальной области, в настоящее время лечится преимущественно с использованием малоинвазивных технологий. Несмотря на значительное уменьшение операционной травмы, встречается ряд осложнений.

Цель работы. Улучшение результатов лечения хронического внутреннего геморроя (по числу осложнений и болевому синдрому) методом вакуумного латексного лигирования узлов и назначением микроинвазивной очищенной флавоноидной фракции.

Материал и методы. В 2016 году в отделении амбулаторной хирургии было пролечено 118 пациентов с диагнозом хронический внутренний геморрой 1–3 стадии. Среди пациентов было 58 мужчин в возрасте от 19 до 71 года (1 стадия – 28, 2 стадия – 27, 3 стадия – 3) и 60 женщин в возрасте от 17 до 75 лет (1 стадия – 26, 2 стадия – 32, 3 стадия – 2). Средний возраст мужчин при первой стадии геморроя составил 34,6 года, при второй – 43,7 года, с третьей – 55 лет. У женщин распределение по возрасту было следующим: первая стадия – 40,1 года, вторая – 39,1 года, третья – 54,5 лет. Для лечения использовалась методика латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов вакуумным лигатором. Лечение каждого пациента проводилось в два этапа. В первый сеанс выполнялось наложение двух латексных колец на геморроидальную ткань в двух взаимно перпендикулярно выступающих участках. Во второй сеанс (через 14 дней) также проводилось наложение двух латексных колец на увеличенную внутреннюю геморроидальную ткань незатронутую предыдущим сеансом, в двух взаимно перпендикулярных направлениях. Перед процедурой за пять минут выполнялась местная аппликационная анестезия препаратом Катеджель. Перед лигированием за 2 часа, было рекомендовано очищение анального канала с помощью двух микроклизм Микролак. Пациенты были разделены на две равные группы, методом случайной выборки. Первая группа за две недели до начала лечения и на протяжении после-



дующего месяца принимала микронизированную очищенную флавоноидную фракцию (Детралекс) в дозировке 1000 мг в сутки, однократно. Вторая группа пациентов данный препарат не принимала. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и стадиям геморроя. После выполнения латексного лигирования геморроидальных узлов проводилась оценка болевого синдрома по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), и фиксировались осложнения. Результаты и обсуждение. После лечения были отмечены следующие осложнения:

- подслизисто-подкожный парапроктит у одного пациента (развился на 7 день после второго этапа лигирования, потребовал хирургической коррекции);
- острый тромбоз геморроидальных узлов развился у трех пациентов на третьи, пятые и шестые (разрешился при консервативном лечении);
- геморроидальное кровотечение было у двух пациентов (на 5 и 7 день, в одном случае пролечено консервативно, в другом потребовало инфракрасной коагуляции геморроидальной ткани);
- в одном случае развилась острая задержка мочи (мужчина 65 лет, с аденомой предстательной железы, потребовалось однократное выведение мочи).

Из пациентов с развившимися осложнениями, микронизированную очищенную флавоноидную фракцию принимали двое (один с развившимся тромбозом, другой с задержкой мочи). В первой группе пациентов наличие болевого синдрома отмечено у 25% пациентов, продолжительность боли составила один день (58%), два дня (38%) и три дня (4%). Интенсивность боли по ВАШ — от 1 до 4 баллов. Во второй группе болевой синдром был у 34% больных; продолжался один день (34%), до двух дней (26%), до трех дней (22%), до четырех дней (8%), до пяти дней (5%), до шести дней (5%). Интенсивность боли по ВАШ варьировала от 2 до 8 баллов. Вывод. Таким образом, назначение микронизированной очищенной флавоноидной фракции пациентам, получающим лечение геморроидальной болезни методом вакуумного латексного лигирования, ведет к снижению частоты осложнений после манипуляций и уменьшению продолжительности и выраженности болевого синдрома.

1675. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА С ПРОВЕДЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Дмитриченко В.В.(1), Данилин В.Н.(1),
Непомнящая С.Л.(1), Погосян Г.Н.(1),
Кулешов О.В.(1), Кожевников А.А.(1),
Петрова В.В.(2), Зинкевич Д. А.(2)*

Санкт-Петербург

1) ФГБУ СПМЦ МЗ РФ, 2) СПбГУ

Введение. Острый панкреатит представляет собой первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов и систем. Примерно в 25-30% случаев в ткани железы формируются очаги некрозов, развиваются деструктивные формы ОП. Летальность при этих формах составляет от 12 до 40%. Низкая эффективность лечения, высокая летальность, отсутствие единой тактики ведения пациентов на ранних фазах течения заболевания побуждает искать новые способы лечения пациентов с данной патологией. Материалы и методы. В исследовании участвовали 36 пациентов, проходивших лечение на базе 2го хирургического отделения ФГБУ "СПМЦ" МЗ РФ за период с 2008 года по 2016 года по поводу острого панкреатита. Критериями отбора пациентов были: тяжелое и среднетяжелое течение острого панкреатита, данные КТ брюшной полости с болюсным контрастированием по Balthazar в первые сутки поступления - стадии С-Е, суммарная оценка 4 и более баллов. Всем больным после подтверждения диагноза острого деструктивного панкреатита выполнена селективная катетеризация чревного ствола, для проведения регионарной антисекреторной (5-фторурацил первые двое суток) и антибактериальной терапии (Цефобид регионарно и метронидазол внутривенно). Распределение отобранных пациентов по полу: 21 (58%) мужчин и 15 (42%) женщин. Средний возраст пациентов составил $49,1 \pm 12,2$ лет. Распределение пациентов по данным КТ по тяжести панкреонекроза: С – 3 (8,3%), D - 17 (47,2%), E - 16 (44,4%) пациентов. Результаты Продолжительность госпитализации в среднем составила $14 \pm 5,7$ дней, среднее время нахождения в отделении реанимации - 8 ± 4 дня. Самый короткий срок госпитализации был у пациентов с тяжестью панкреонекроза С, причем в группе пациентов с тяжестью панкреонекроза D эти показатели составили $13,56 \pm 4,6$ и $7,25 \pm 2,1$ дней соответственно, а в дугой группе, E, - $15,75 \pm 6,1$ и



8,36±2,7 дней. В 86,1 % случаев длительность регионарной терапии составила 5 суток. У 11 пациентов (30,6%) уровень амилазы крови нормализовался в первые 5 суток с момента начала терапии. В среднем уровень амилазы крови на 3-е сутки от начала терапии снизился на 62,9±15.1 %. Для оценки эффективности лечения 31 больным на 5-8 сутки лечения была выполнена повторная оценка КТ на которой у 64,5% пациентов отмечается положительная динамика, 22,6% без существенных изменений, и у 12,9% ухудшение КТ картины, в виде увеличения инфильтрации забрюшинной клетчатки, увеличения жидкостных скоплений, инфицирования очагов панкреонекроза. В 27,7 % случаев потребовалось проведение оперативного вмешательства, причем в 2 (5,65%) случаях операция ограничилась диагностической лапароскопией, в 5 (13,9%) случаях выполнялись операции для устранения обтурации желчевыводящих протоков: лапароскопическая холецистэктомия с ревизией холедоха с литоэкстракцией и ЭПСТ. Только 3 пациентам (8,3%) выполнялись операции по поводу гнойных осложнений панкреонекроза. У 4 больных (15,4%) исходом деструкции поджелудочной стало образование кист поджелудочной железы, в таком же количестве диагностировали формирование псевдокист. В 7 (19,4%) случаях наблюдались формирование парапанкреатического инфильтрата, присоединение инфекции с развитием нагноения кист и псевдокист, формированием абсцессов парапанкреатической клетчатки у 3 (8,3%) пациентов.

Выводы. Использование методики селективной катетеризации чревного ствола с регионарным введением препаратов в первой фазе острого панкреатита позволило: 1. Снизить вероятность инфицирования очагов панкреонекрозов (в 8,3% случаев); 2. Снизить оперативную активность - 27,7% пациентов прооперировано, а при необходимости оперативного лечения уменьшить объем вмешательства (большинство операций было направлено на устранение желчной гипертензии и диагностической лапароскопии, операции по поводу дренирования жидкостных образований выполнялись лишь 3 пациентам); 3. Сократить сроки госпитализации до 14±5,7 дней, время пребывания в отделении реанимации до 8±4 дня.

1676. РОБОТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

*Гладышев Д.В., Моисеев М.Е.,
Коваленко С.А., Гнедаш С.С.*

Санкт-Петербург, Сестрорецк
СПб ГБУЗ Городская больница №40

Миниинвазивные видеоэндоскопические технологии широко вошли в повседневную практику лечения различной хирургической патологии, в том числе и в онкологии. Роботические методики, как наиболее высокотехнологичное направление эндовидеохирургии, демонстрируют свои уникальные возможности не только в так называемых узких анатомических пространствах, но и в самых различных областях, в том числе, в хирургии рака желудка.

Цель нашей работы – представить первые непосредственные результаты использования роботизированного комплекса daVinci Si HD в хирургическом лечении рака желудка. Всего нами выполнено 18 полностью роботических операций по поводу рака желудка. В их числе: дистальная субтотальная резекция по Бильрот-I – 2 операции, дистальная субтотальная резекция в модификации Больфура – 9, гастрэктомия – 7 операций. Мужчин было 7, женщин – 11. Возраст от 33 до 73 лет. ИМТ от 16,2 кг/м² до 33,2 кг/м². По гистологической структуре опухоли в 5 случаях был перстневидноклеточный рак, в оставшихся 13 – аденокарцинома различной степени дифференцировки. Технические аспекты выполнения роботических операций повторяют ход таковых при лапароскопическом варианте исполнения. Схема расположения троакаров сходна с применяемой нами при лапароскопических операциях, она является универсальной и применяется при любых операциях на желудке. Всего устанавливается 5 портов: 4 из которых для манипуляторов робота и один порт для ассистента. Для отведения левой доли печени и круглой связки применяем ретрактор Натансона, устанавливаемый через отдельный 5-мм прокол передней брюшной стенки под мечевидным отростком. Для удаления препарата используем минилапаротомный параумбиликальный разрез. Все анастомозы (гастроэнтеро-, эзофагоэнтеро-, межтонкокишечные) формировались интракорпорально при помощи эндоскопических линейных сшивающих аппаратов и интракорпоральных швов. Во всех случаях выполнена лимфодиссекция в объеме D2. Непосредственные результаты операций: продолжительность операций составила от 170 до 270 минут. Интраоперационная кровопотеря в большинстве случаев была минимальной. Максимальная кровопотеря до 250 мл. Конверсий



и интраоперационных осложнений не было. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у двух пациентов. В одном случае развился тяжелый послеоперационный панкреатит, что потребовало проведения продленного лечения в условиях ОАиР. Во втором – несостоятельность эзофагоэнтероанастомоза и культи двенадцатиперстной кишки, что потребовало выполнения повторного оперативного вмешательства. Средняя продолжительность госпитализации составила 7 койко-дней. Имел место один летальный исход у пациента с несостоятельностью эзофагоэнтероанастомоза от полиорганной недостаточности. По результатам гистологического исследования операционного материала во всех случаях выполнены R0 операции. Применение роботического хирургического комплекса в хирургии рака желудка является эффективным, безопасным и перспективным методом. Позволяет выполнять весь спектр и объем оперативных вмешательств, при этом сохраняя все принципы традиционных «открытых» методов. К сожалению, высокая стоимость роботического комплекса и его расходного оборудования по-прежнему является существенным препятствием к широкому внедрению роботических операций в повседневную хирургическую практику и, в настоящее время, возможно лишь в условиях государственного (квотного) финансирования.

1677. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПОСТОЯННЫЙ НЕЙРОМОНИТОРИНГ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ С ПОМОЩЬЮ УСТАНОВКИ ДЕЛЬТА-ЭЛЕКТРОДА НА БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Макарьин В.А.(1), Успенская А.А.(1), Семенов А.А.(1, 3), Тимофеева Н.И.(1), Черников Р.А.(1), Слепцов И.В.(1, 3), Чинчук И.К.(1), Карелина Ю.В.(1), Новокшионов К.Ю.(1), Федоров Е.А.(1), Малюгов Ю.Н.(1), Русаков В.Ф.(1), Саблин И.В.(1), Горская Н.А.(1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ “Санкт-Петербургский многопрофильный центр” Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
- 2) ФГБОУ ВО “Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова” Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
- 3) ФГБОУ ВО “Санкт-Петербург

Введение. Парез гортани, обусловленный повреждением гортанных нервов, является одним из наиболее частых осложнений при выполнении оперативных вмешательств по поводу злокачественных опухолей щитовидной железы. Наиболее тяжелым является двусторонний парез, который может повлечь за собой необходимость выполнения трахеостомии. Использование интраоперационного мониторинга (ИОНМ) позволяет картировать гортанные нервы, повышая безопасность операции. В настоящее время существует две методики выполнения нейромониторинга: переменный мониторинг и постоянный мониторинг с установкой специальной клипсы на блуждающий нерв. Основное преимущество использование постоянного мониторинга состоит в возможности постоянного контроля сохранности гортанного нерва, что позволяет оператору моментально реагировать на любые повреждающие действия в отношении него (тракция, лигатура, клипса). Цель работы. Продемонстрировать возможность и безопасность стимуляции гортанных нервов с помощью установки Дельта-электрода на блуждающий нерв для профилактики двустороннего пареза гортани при оперативных вмешательствах на щитовидной железе.

Материалы и методы. С октября 2015 года по февраль 2016 года на отделении эндокринной хирургии Университетской клиники было выполнено



1065 операций с использованием переменного и 78 вмешательств с постоянным мониторингом гортанных нервов с помощью установки Дельта-электрода на блуждающий нерв. Всем пациентам в до- и послеоперационном периоде была выполнена ларингоскопия и проведен сравнительный анализ полученных результатов.

Результаты. Из 1065 пациентов с использованием ИОНМ было выявлено 68 (6,3 %) односторонних и 2 (0,1 %) двусторонних пареза гортани в группе постоянного мониторинга двустороннего пареза зафиксировано не было. Одним из грозных электромиографических событий является потеря сигнала – Loss of signal. Когда изначально высокий сигнал от гортанных нервов снижается менее 100 мкВ. Среди 70 пациентов с парезом гортани интраоперационно LOS сигнал наблюдали у 37 (52,8 %). Чувствительность (Se) LOS сигнала составила 50 %, специфичность 99,6% (Sp), положительная прогностическая значимость (PPV) составила 89,1 %, отрицательная прогностическая значимость (NPV) составила 96,7 %. В группе пациентов с постоянным мониторингом потери сигнала отмечено не было, в связи моментальным реагированием оператора на изменения сигнала и уменьшения тракции, как наиболее частой причины повреждения гортанных нервов. В группе постоянного мониторинга осложнений связанных с выделением блуждающих нервов отмечено не было.

Выводы. В подавляющем большинстве случаев исчезновение сигнала является признаком повреждения гортанных нервов во время оперативного вмешательства на щитовидной железе. Использование постоянного мониторинга позволяет ежесекундно контролировать сохранность гортанных нервов, уменьшать степень натяжения щитовидной железы тем самым снижая вероятность послеоперационного пареза. В группе наблюдения кардиологических и пульмональных осложнений зафиксировано не было.

1678. НОВЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДИКИ УДАЛЕНИЯ ПОДСЛИЗИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Шаповальянц С.Г., Плахов Р.В., Федоров Е.Д., Горбачев Е.В., Юдин О.И., Галкова З.В., Будзинский С.А., Иванова Е.В., Эрнazarов Э.Э.

Москва

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии; Городская Клиническая Больница № 31.

Введение. Развитие диагностических и лечебных методик позволило пересмотреть ряд тактических установок и по-иному взглянуть на возможности малоинвазивной хирургии в лечении больных с неэпителиальными опухолями (НЭПО) верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ).

Цель: Анализ возможностей современных методов малоинвазивного оперативного лечения больных с НЭПО ВОПТ.

Материалы и методы: С 1.01.1999 по 31.12.2016 г.г. на лечении в клинике находилось 306 пациента (м-89, ж-217; в возрасте от 16 до 89 лет; ср. возраст 51,6+10,1 лет) больных с НЭПО желудочно-кишечного тракта, из них у 65 (21,2%) опухоль осложнилась ЖКК. У 2 больных ЖКК сочеталось со стенозом выходного отдела желудка. Всем больным была выполнена ЭГДС, позволившая заподозрить или верифицировать НЭПО, и продолжить диагностическую программу, включающей выполнение транскутанного ультразвукового исследования брюшной полости (263), ЭУС (214), рентгенографии желудка (60), компьютерной томографии органов брюшной полости (63). В послеоперационном периоде проводилось гистологическое и иммуногистохимическое исследование удаленных макропрепаратов.

Результаты и методы По данным комплексного обследования неэпителиальная опухоль располагалась в пищеводе у 42 (13,7%) больных, в желудке у 235(76,8%), в двенадцатиперстной кишке у 29 (9,5%). Размер опухолей колебался от 10 до 120 мм (средний размер 24,3±7,1мм). Из 306 больных с НЭПО оперировано 133 (43,5%) пациентов. Показанием для удаления НЭПО являлись все случаи осложнений опухоли (кровотечение, стеноз); опухоли, имеющие умеренный или высокий злокачественный потенциал по данным ЭУС; а также новообразования более 2 см в диаметре. При этом 84 пациентов оперировано с использованием малоинвазивных методик. Данные доопераци-



онной ЭУС о характере роста, структуре и точном расположении опухоли позволили у 59 (73%) больных выполнить удаление опухоли через эндоскоп (полипэктомия-17, у 4 пациентов – под контролем лапароскопа, ЭРСО -13 ЭДПС-22, SET - 7). Остальным 25 (30%) произведены лапароскопические операции, 4 из них с использованием робота Да Винчи. Интраоперационные осложнения возникли при эндоскопическом удалении 2 случая: интенсивное кровотечение из сосуда, которое удалось осановить эндоскопически (клипирование и аргонно-плазменная коагуляция) и перфорация стенки желудка до 5мм, которая была ушита 5 клипсами, однако, из-за сомнения в герметичности ушитого дефекта, выполнено лапароскопическое ушивание. В послеоперационном периоде 2 осложнения наблюдались после лапароскопического удаления: несостоятельность анастомоза с развитием перитонита и стеноз, потребовавший установки зонда для питания и консервативного лечения. Постоперативная летальность составила 1,25% (1/80). Рецидив наблюдался лишь в 1 случае, через 2 года после лапароскопической резекции, была выполнена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру через лапаротомный доступ. За весь период наблюдений отдаленных метастазов и генерализации процесса не было. Результаты ИГХ исследования: гастроинтестинальная стромальная опухоль - 32 (38,6%), лейомиома- 21 (25%), фиброма-8 (10%), липома-8 (10%), воспалительно-фиброзный полип-6 (7,5%), абберантная поджелудочная железа - 3 (3,8%), воспалительная микрофибробластическая опухоль (псевдоопухоль)- 2 (2,5%), бруннерома -2 (2,5%), ретенционная киста-1 (1,3%). Всего 83 пациента.

Заключение: Таким образом, современные эндоскопические и лучевые методы позволяют детально оценить структуру и локализацию опухолей, определить тактику и дифференцированно подойти к вопросу о выборе способа их оперативного удаления. Применение современных лечебно-диагностических методик позволило более чем у половины больных успешно осуществить удаление неэпителиальных новообразований малоинвазивным (эндоскопическим, лапароскопическим) способом.

1679. БАЗА ДАННЫХ ДНК ПАЦИЕНТОВ ЗАПАДНО-СИБИРСКОГО РЕГИОНА – ПЕРСПЕКТИВЫ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Шевела А.И., Серяпина Ю.В., Морозов В.В.,
Севостьянова К.С.*

Новосибирск

ИХБФМ СО РАН

Цель исследования – разработка молекулярно-генетической технологии оценки риска возникновения варикозной болезни нижних конечностей. Материалы и методы. С целью определения молекулярно-генетических факторов риска изучено влияние носительства полиморфных вариантов генов матриксной металлопротеиназы MMP-12 и сосудисто-эндотелиального фактора роста VEGF на риск развития варикозной болезни нижних конечностей. Основную группу составили 270 пациентов с варикозной болезнью клинического класса С2-С6 по CEAP, контрольную – 150 пациентов без патологии сосудов нижних конечностей. Определение аллельных вариантов 1171 dupA (5A/6A) гена MMP-3, 82 A/G гена MMP-12, 634 G/C гена VEGF методом аллель-специфичной ПЦР в формате Real-Time.

Результаты. Показано, что носительство полиморфного аллеля гена MMP-12 является фактором риска развития варикозной болезни, OR=3,455 (p=0,00002), для гомозиготных носителей аллеля А риск выше в 12,5 (p=0,00016) раз по сравнению с диким типом. Также, для носителей полиморфного аллеля гена VEGF выявлено увеличение риска варикозной болезни, OR=3,261 (p=0,00034), а при гомозиготном генотипе риск составляет 6,321, p=0,00011. Для диагностики степени риска варикозной болезни при клиническом применении генетического тестирования, разработан ключ расшифровки лабораторного генетического анализа. Риск развития варикозной болезни определяется на основании выявленного генотипа по полиморфизмам MMP-12 и VEGF. Для определения риска достаточно сопоставить полученный генотип пациента из лабораторного заключения со значениями из ключевой таблицы. Важно: определение риска осуществляется только по комбинации аллельных вариантов, попарно MMP-12 и VEGF. Высокий риск присваивается при сочетании гомозиготной и гетерозиготной мутаций по полиморфным вариантам; умеренный риск – при двух гетерозиготных мутациях либо при наличии одной гомозиготы и одного нормального генотипа; низкий риск – при носительстве единственной гетерозиготной му-



тации. Таким образом, полиморфные варианты генов MMP-12 и VEGF являются конституциональными предикторами варикозной болезни нижних конечностей. В зависимости от выявленной степени наследственного риска, возможно расширение рекомендаций, ранние профилактические мероприятия, превентивное лечение. Впервые выявлены конституциональные, неизменные в течение жизни факторы риска варикозной болезни в Западно-Сибирском регионе. Для увеличения представительности диагностического генетического инструмента необходимо увеличение выборки с созданием базы данных ДНК пациентов с хронической венозной недостаточностью. В практике амбулаторного флеболога генетическое тестирование может стать мощным инструментом ранней персонализированной диагностики высокого риска развития варикозной болезни.

1680. КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДЛЯ ВЫБОРА СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Старков Ю.Г., Солодина Е.Н., Джантуханова С.В., Выборный М.И., Лукич К.В.

Москва

Институт Хирургии им.А.В.Вишневского

Введение. В настоящее время для лечения больных с гастроинтестинальными стромальными опухолями желудка и двенадцатиперстной кишки предложены разные типы операций, включающие как лапароскопические резекции желудка, так и эндоскопические тоннельные диссекции. Актуальность данного направления эндоскопической хирургии подтверждается большим числом выступлений на мировых конгрессах и публикаций. В клинической практике наиболее часто хирурги и продвинутые эндоскописты предлагают те методики, которыми владеют. Только немногие подразделения и клиники, имеющие в арсенале и лапароскопические и внутрипросветные технологии, имеют возможность предложить пациенту оптимальный способ хирургического лечения. Обладая опытом лечения 71 пациента, которым были выполнены различные операции за последние 12 лет, мы, проанализировав характер роста, локализацию, структуру опухолей и изучили возможность выполнения различного вида оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке. На основании полученных результатов разработали рабочую классификацию опухолей,

определяющую выбор оптимального способа хирургического вмешательства. Большинство ГИСО желудка и 12п.к. исходят из мышечного слоя стенки органа, лишь в 2-3% ГИСО исходят из мышечной пластинки слизистой оболочки. Размер как самой опухоли, так и ее основания крайне вариабельны. Вариабельна так же и форма опухоли - достаточно широко распространены ГИСО желудка и двенадцатиперстной кишки в виде «песочных часов». Для выбора современного органосберегающего способа хирургического лечения необходимы критерии, определяющие какой тип оперативного вмешательства выбрать в каждом конкретном случае, особенно при локализации опухолей в анатомически узких местах – пищеводно-желудочном переходе, привратнике, и 12 перстной кишке. Материалы и методы. В Институте хирургии им А.В. Вишневского с 2005 по 2017 год проведено обследование 148 пациентов с неэпителиальными новообразованиями желудка и 12п.к., 73 пациента с ГИСО оперированы. Всем пациентам выполнялось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, КТ с болюсным контрастированием. Ключевым методом в обследовании пациентов было эндоскопическое ультразвуковое исследование выполняемое с целью определения предположительного типа неэпителиальной опухоли, а также слоя стенки из которого она исходит и размеров основания опухоли. В 69 наблюдениях опухоль исходила из мышечного слоя стенки желудка – 4 эхослоя, в двух – из мышечной пластинки слизистой или 2 эхослоя. Лапароскопические атипичные резекции желудка выполнены в 62 наблюдениях, с лапароскопической ультразвуковой и/или эндоскопической навигацией. В 7 наблюдениях выполнены эндоскопические тоннельные диссекции с лапароскопической ассистенцией и без нее, в 2 – удаление опухоли с покрывающей слизистой методом диссекции в подслизистом слое.

Результаты. На основании анализа данных дооперационного эндосонографического исследования, интраоперационного ультразвукового исследования и гистологического изучения удаленного препарата была разработана рабочая классификация ГИСО, исходящих из мышечного слоя стенки желудка, определяющая какого типа хирургическое вмешательство обеспечивает наибольшую эффективность при максимальной органосохранности. Классификация подразумевает четыре типа опухолей исходящих из мышечного слоя полого органа. I тип: опухоль локализуется внутриорганно и имеет основание, размер которого менее 1/2 от наибольшего диаметра опухоли. При этом типе опухоль исходит из внутреннего циркулярного слоя мышц стенки и угол между внутренней поверхностью стенки полого органа и опухолью



острый. Наиболее оптимальным с позиции органосберегающего принципа ее удаления является тоннельная диссекция с иссечением внутреннего слоя мышечной стенки отступя несколько миллиметров от основания опухоли. II тип: опухоль имеет преимущественно внутриорганный рост, однако диаметр ее основания более $\frac{1}{2}$ от наибольшего диаметра опухоли. При этом типе опухоль может исходить как из циркулярного, так и из продольного слоя мышц желудка и угол между внутренней поверхностью стенки полого органа и опухолью, определяемый при эндоУЗИ тупой. При этом типе может быть использована как эндоскопическая тоннельная диссекция, так и лапароскопическая резекция желудка. Эндоскопическое вмешательство оправдано при размере опухоли менее 3 см и большом опыте врача в выполнении подобного рода операций. При лапароскопическом доступе наиболее эффективным будет удаление опухоли, когда последняя иссекается после выполнения гастро- или дуоденотомии и с последующим ушиванием дефекта. Подобный подход обеспечивает наиболее экономное иссечение стенки полого органа с основанием опухоли, что особенно оправдано в анатомически узких зонах. III тип: опухоль имеет как внутриорганный, так и внеорганный рост. Определить из какого, внутреннего или наружного слоя мышц исходит опухоль в этом случае, в большинстве наблюдений установить не удается. При осмотре со стороны брюшной полости угол между наружной поверхностью стенки полого органа и опухолью чаще всего тупой, однако в случае роста опухоли по типу «песочных часов» может быть и острым. При этом типе опухоли наиболее оправданной является лапароскопическая атипичная резекция желудка. IV тип: опухоль имеет внеорганный рост. В этой ситуации опухоль исходит из наружных слоев мышечной стенки органа. Угол между наружной поверхностью стенки полого органа и опухолью острый. При этом типе опухоли возможно выполнение лапароскопической «энуклеации» опухоли с иссечением серозно-мышечного слоя отступя 2-4мм от основания опухоли с сохранением подслизистого и слизистого слоев стенки желудка.

Заключение: Предложенная в нашем отделении классификация типов ГИСО по отношению к стенке полого органа позволила во всех наблюдениях выполнить максимально экономную резекцию полого органа с соблюдением онкологических принципов, предъявляемых к удалению ГИСО с полным отсутствием осложнений данных вмешательств.

1681. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ МОДЕЛИ ТУРНИКЕТА «ТКБ-1»

Савчанчик С.А., Богдан В.Г., Стринкевич А.Л.

Минск

Военно-медицинский факультет в УО
"Белорусский государственный медицинский университет"

Актуальность. Продолжающееся наружное кровотечение при ранениях конечностей рассматривается как потенциально предотвращаемая причина смерти, поэтому жизнь военнослужащего напрямую зависит от скорости и эффективности временной остановки наружного кровотечения. Специальным средством индивидуального медицинского оснащения для самостоятельной быстрой и эффективной остановки обильного наружного кровотечения (даже при ранении одной из верхних конечностей) является кровоостанавливающий турникет.

Цель. Провести сравнительную оценку компрессионных свойств и интенсивности болевого синдрома при использовании различных моделей турникетов.

Материал и методы. В исследовании изучали особенности использования разработанной модели турникета «ТКБ-1» (решение о выдаче патента Республики Беларусь №01 20160361 от 11.01.2017) в сравнении с аналогичными характеристиками кровоостанавливающих турникетов иностранных амий (САТ (США), SOFTT-W (США), СПАС (Украина), КЖ-01 (РФ)). Компрессионные свойства турникетов оценивали по количеству полуоборотов (180°) воротка, достаточному для достоверного перекрытия артериального кровотока дистальнее наложения турникета. С целью комплексной оценки кровотока в дистальных отделах конечностей при затягивании турникета использовали доплерографию и реовазографию. Оценку болевого синдрома проводили в каждом исследовании по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка данных осуществлена с применением прикладного программного пакета «STATISTICA 10,0». Результаты. При наложении турникетов «ТКБ-1», САТ, SOFTT-W и СПАС на верхнюю конечность между ними отсутствуют различия по количеству полуоборотов воротка, достаточному для достоверного перекрытия как магистрального кровотока (2 полуоборота) (по данным доплерографии), так и объемного кровотока (3 полуоборота) (по данным реовазографии). При наложении турникета КЖ-01 требуется 3 полуоборота для достоверного перекрытия магистрального кровотока, что достоверно больше в сравнении с турни-



кетом «ТКБ-1» ($p=0,007$). Болевые ощущения при наложении турникета «ТКБ-1» (уровень боли 4 балла по ВАШ) на верхнюю конечность достоверно меньше, чем при наложении SOFTT-W (уровень боли 7 баллов по ВАШ) ($p=0,001$), СПАС (уровень боли 6 баллов по ВАШ) ($p=0,002$) и САТ (уровень боли 5 баллов по ВАШ) ($p=0,72$), и несколько выше, чем при наложении КЖ-01 (уровень боли 3 балла по ВАШ) ($p=0,015$). Аналогичная закономерность прослеживается при сравнении результатов, полученных при наложении турникетов на нижнюю конечность. Так для достоверного перекрытия с помощью турникетов «ТКБ-1», САТ, SOFTT-W и СПАС в сосудах нижней конечности магистрального кровотока (по данным доплерографии) необходимо 3 полуоборота воротка, а для перекрытия объемного кровотока (по данным реовазографии) – 4 полуоборота. Для перекрытия магистрального кровотока с помощью турникета КЖ-01 требуется 6 полуоборотов воротка, что достоверно больше, чем при наложении турникета «ТКБ-1» достоверно выше ($p=0,0009$). Интенсивность боли при наложении на нижние конечности турникета «ТКБ-1» (уровень боли 6 баллов по ВАШ) достоверно ниже, чем при наложении турникетов САТ (уровень боли 7 баллов по ВАШ) ($p=0,0006$), SOFTT-W (уровень боли 8 баллов по ВАШ) ($p=0,005$) и СПАС (уровень боли 7 баллов по ВАШ) ($p=0,02$) и сопоставима с аналогичным показателем при наложении турникета КЖ-01 (уровень боли 6 баллов по ВАШ) ($p=0,9$). Выводы: Конструкция разработанного отечественного образца турникета (условное наименование «ТКБ-1») позволяет эффективно перекрывать магистральный и объемный кровоток в верхних и нижних конечностях. Количество полуоборотов воротка турникета «ТКБ-1», достаточное для достоверного перекрытия артериального кровотока дистальнее наложения турникета, сопоставимо с аналогичными параметрами основных образцов турникетов иностранных армий. Интенсивность болевых ощущений при наложении турникета «ТКБ-1» ниже, чем при наложении других наиболее распространенных образцов турникетов.

1682. ЭНДОСОНОГРАФИЯ КАК СПОСОБ ПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ОБЛАСТИ ОПУХОЛЕВОГО СТЕНОЗА

*Коваленко С.А. (1), Гладышев Д.В. (1,2),
Моисеев М.Е. (1), Болдырева Е.В. (1),
Гнедаш С.С. (1), Шелегетов Д.С. (2).*

Санкт-Петербург

- 1) СПб ГБУЗ Городская больница №40.
- 2) ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова МО РФ

Эндоскопическое протезирование саморасправляющимся металлическим стентом, как способ разрешения опухолевой толстокишечной непроходимости в рамках «бридж-терапии», все чаще применяется в повседневной практике крупных медицинских центров. Одной из проблем метода является определение необходимых параметров (длины и диаметра) имплантируемого стента, позволяющих получить требуемый эффект, в виде разрешения явлений кишечной непроходимости и предотвратить нежелательные осложнения, прежде всего – перфорации кишечной стенки стентом.

Цель нашей работы – представить начальные результаты применения эндосонографии как способа параметрической оценки опухолей толстой кишки во время процедуры эндоскопического стентирования. В нашем учреждении используются сонографы Olympus с конвексными и радиарными датчиками. Пациенты с клинической картиной острой кишечной непроходимости опухолевого генеза, поступающие в экстренном порядке в наш стационар, обследуются в приемном отделении согласно принятому у нас протоколу. Он включает обязательное выполнение обзорной рентгенографии органов брюшной полости, рентгеновской компьютерной томографии живота и фиброколоноскопии. Всего нами выполнено 32 процедуры эндоскопического стентирования при опухолевой толстокишечной непроходимости, как в рамках «бридж-терапии», так и у пациентов, которым не планируется или противопоказано оперативное лечение. У 3-х пациентов опухоли локализовались в правой половине толстой кишки, в 29 случаях – в левой половине и прямой кишке. При выполнении стентирования и ориентируясь только на данные КТ в 4-х случаях длина установленного стента оказалась недостаточной, что потребовало выполнения рестентирования по типу «стент-в-стент». Еще в 3-х случаях отмечены ос-



ложнения в виде перфорации стенки кишки краем чрезмерно длинного стента, что потребовало выполнение срочного оперативного вмешательства. В последних 5-ти случаях процедуры эндоскопического стентирования протокол обследования пациентов был дополнен выполнением эндосонографии. При сравнении данных о размерах опухоли, результаты КТ в среднем отличались на 30 мм в сторону увеличения протяженности опухоли по сравнению с результатами Эндо-УЗИ. Кроме того, эндосонография позволяет дифференцировать параканкрозный отек и воспаление от истинной опухоли, в отличие от КТ без контрастирования. Эндосонографическая оценка вкупе с данными компьютерной томографии позволяет наиболее точно определить протяженность и объем местного распространения опухоли, что в свою очередь помогает выбрать требуемый метод разрешения кишечной непроходимости. В свою очередь, при выборе метода эндоскопического протезирования, эндосонография позволяет более точно выбрать необходимые параметры имплантируемого стента. Однако, высокая стоимость оборудования и самих стентов, а также наличия штата квалифицированных врачей-эндоскопистов делают метод эндоскопического стентирования доступным только в крупных медицинских центрах.

1683. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

*Разумовский А.Ю.(1,2), Смирнов А.Н.(1,2),
Чирков И.С.(1,2), Голованев М.А.(1,2)*

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2. ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова

Введение: Пластика больших и гигантских вентральных грыж является актуальной проблемой хирургии детского возраста. В подавляющем большинстве случаев данная нозология формируется как следствие этапного лечения врожденных пороков развития брюшной стенки. Такие методики как операция Гросса и обработка дубящими растворами эмбриональных оболочек у детей с омфалоцеле – приводят к формированию вентральных грыж.

Цель исследования: Оптимизировать результат лечения детей с большими и гигантскими вентральными грыжами.

Материалы и методы: В ДГКБ№13 им. Н.Ф.Филатова с 2005 по 2016 года в поле нашего внимания

попало 62 ребенка с вентральной грыжей большого (n=39) и гигантского размера (n=23). Всем детям выполнена оперативная коррекция: местными тканями (n=33), с образованием дубликатуры апоневроза по типу «пол пальто» (n=21) и с использованием биоимплантата Permacol (n=8). При отсутствии критического показателя висцеро-абдоминальной диспропорции предпочтение отдавалось пластике местными тканями. Для закрытия вентральной грыжи пот типу «пол пальто» использовали встречные лоскуты апоневротического растяжения белой линии живота. Имплант Permacol (Tissue Science Laboratories) применялся при невозможности закрытия грыжевого дефекта местными тканями. Материал произведен из листовой свиной кожи и представляет собой чистый поперечно-связанный коллаген и эластин. Данный материал не обладает антигенными свойствами и вызывает минимальную воспалительную реакцию, не отличающуюся от нормального репаративного процесса. Также детям с отсутствием пупка выполнена одномоментная неоумбилиопластика.

Результаты: Всем детям входящим в группу исследования успешно выполнена пластика передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде в группе детей с имплантацией материала Permacol у 2-х (33,3%) отмечалось образование осумкованной полости с серозной жидкостью. Данное осложнение было одномоментно устранено во время очередной перевязки путем пункции. В дальнейшем образование повторных сером не отмечалось. В среднем послеоперационный стационарный период составляя 12 ± 4 суток. Швы на коже снимались на 10 сутки. С косметической точки зрения удачным явилось создание пупка у пациентов с его отсутствием (рожденных с омфалоцеле).

Выводы: На основании полученных результатов установлено, что использование биологического имплантата является возможным и перспективным направлением в хирургии обширных грыж передней брюшной стенки у детей. Сочетание комплексного подхода к пластике и неоумбилиопластики значительно повышает косметический эффект оперативного лечения.



1684. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭМБОЛОГЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Восканян Э.А., Тулюбаев И.Н., Маршалкин С.М.,
Иванова В.В., О.Ю. Гаврилова, Печинский В.И.,
Кузнецов Д.А., Обозин В.С., Зацепин А.А.

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница»

Проблема венозных тромбозов и их актуальность не вызывает сомнения, как по распространенности развития этого заболевания, так и по тяжести своих осложнений. И наиболее грозным осложнением является тромбоз легочной артерии (ТЭЛА). Цель исследования: оценка хирургической тактики и профилактики ТЭЛА в лечении больных с эмбологенными венозными тромбозами нижних конечностей, непосредственных и отдаленных результатов.

Материалы и методы. С 2008 г. – по 2016 г. из 1281 больных с тромбозами вен нижних конечностей бедренно-подколенная и илиофemorальная локализация была у 674 больного. У 279 больных выявлен флотирующий тромбоз вен нижних конечностей в возрасте от 18 до 88 лет. Мужчин – 122, женщин – 157. Правая нижняя конечность поражена у 100, левая – у 179. Двухстороннее поражение было у 14 больных, 17 страдали онкологической патологией малого таза и брюшной полости. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, клинический и биохимический анализы крови, исследование коагулограммы, ЭКГ, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) бассейна нижней полой вены. УЗДС является основным методом исследования при тромбозе вен нижних конечностей. При наличии ТЭЛА дополнительно проводится эхокардиография (ЭХО-КГ) и спиральная компьютерная томография (СКТ) легких. Из 279 больных с флотирующими тромбозами нижних конечностей у 237 он был эмбологенным, т.к. флотирующая часть тромба была более 30-40 мм и не было прикрепления к стенке вены. 42-м больным с флотирующими тромбозами было проведено консервативное лечение с динамическим контролем УЗДС. 15 больным выполнена тромбэктомия из наружной подвздошной вены и пликация, 62 – тромбэктомия из общей бедренной вены (ОБВ) с перевязкой поверхностной бедренной вены (ПБВ) рассасывающейся лигатурой, 52 – тромбэктомия из ОБВ и пликация ПБВ, 29 – изолированная перевязка ПБВ, 20 – изолированная пликация ПБВ, тромбэктомия из ОБВ и кроссэктомия у 59 больных. При проксимальных тромбозах в 49 случаях нам

удалось выполнить радикальную тромбэктомию, с давностью тромбоза не более 5 суток. Летальных исходов не было. Из осложнений в послеоперационном периоде: лимфоррея у 8 больных, гематома – у 7. Все больные в послеоперационном периоде получали низкомолекулярные гепарины (Клексан, Фраксипарин) в лечебной дозировке в течение 5-7 дней с переходом затем на Варфарин или Ривароксабан. Также им назначались венотоники, дезагреганты, неспецифические противовоспалительные препараты и производилась эластическая компрессия нижних конечностей. Амбулаторно в течение 6 - 8 месяцев больным назначались антикоагулянты, венотоники, эластическая компрессия нижних конечностей. Сроки назначения антикоагулянтной терапии оценивались индивидуально, в зависимости от степени реканализации, наличия ТЭЛА, тромбофилических состояний и других факторов. Амбулаторное лечение тромбоза является важным этапом в лечении этой патологии. На амбулаторном этапе у нас у 4 больных отмечено возникновение умеренного желудочно-кишечного кровотечения. При эндоскопии выявлены геморрагический гастрит и острые язвы желудка. Кровотечение прекратилось после лечения антагонистами протонной помпы. В последующем они получали Сулодексид (Вессел ДуэФ), с хорошим результатом лечения. Отдаленные результаты от 1 года до 5 лет изучены у 162 больных. Оценивалась клиническое состояние и данные УЗДС через 3-6-12 месяцев после операции и затем каждые 6 месяцев. Ретромбозы отмечены у 21 больного (1,5%). В основном они страдали онкологической патологией и врожденными нарушениями факторов свертывания крови (тромбофилии). Восстановление просвета бедренной вены после её перевязки по данным УЗДС отмечено у 85% больных. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 111 больных, что составляет 68,5%. С учетом отдаленных результатов пликация вены предпочтительнее чем её перевязка. Неудовлетворительные результаты связаны с наличием онкологического процесса, тромбофилических состояний, нарушение пациентом рекомендаций по проведению консервативного лечения на амбулаторном этапе. Заключение: Хирургические методы при флотирующих эмбологенных венозных тромбозах эффективны и являются надежной профилактикой ТЭЛА. Обязательным условием амбулаторного лечения считаем проведение длительной антикоагулянтной терапии в течение 6-8 месяцев после операции в сочетании с венотониками и эластической компрессией конечностей.



1685. ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ БАЛЛОННАЯ ОККЛЮЗИЯ АОРТЫ НА ПОЛЕ БОЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ УЧЕНИЙ

*Рева В.А. (1), Махновский А.И. (2),
Сохранов М.В. (3), Семенов Е.А. (1),
Самохвалов И.М. (1)*

Санкт-Петербург

- 1) Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова,
- 2) 442-й Окружной военный клинический госпиталь,
- 3) Научно-исследовательский испытательный институт военной медицины

Актуальность. Эндоваскулярная баллонная окклюзия аорты (ЭВБОА) постепенно входит в арсенал средств остановки продолжающегося внутрибрюшного и внутритазового кровотечения. Однако ее применение по настоящее время ограничено в основном крупными травмоцентрами. Описаны лишь единичные случаи догоспитального применения ЭВБОА в мегаполисе, но только для окклюзии терминального отдела аорты (в III зоне). Цель. Продемонстрировать возможность раннего догоспитального применения ЭВБОА – на поле боя и в ходе авиамедицинской эвакуации.

Материал и методы. Оценка возможности раннего применения ЭВБОА была проведена в ходе ежегодных военно-медицинских учений «Очаг-2016» на территории учебного центра Военно-медицинской академии, где наряду с другими подразделениями была развернута учебная медицинская рота (медр) бригады (точка А). На аэродроме г. Пушкин была развернута вторая учебная медр (точка Б). На обеих точках имелись операционная, оборудованная аппаратом ИВЛ и мобильным рентгеновским аппаратом. Поблизости находилась оборудованная вертолетная площадка. Эвакуация осуществлялась вертолетом Ми-8 со стандартным медицинским оснащением. Учения проводили с использованием крупных биологических объектов – свиней массой 74 и 78 кг. После седации животным наносили ранение из огнестрельного оружия в левую паховую область с целью имитации жизнеугрожающего кровотечения. Место нанесения ранения находилось в 50-100 м от вертолетной площадки. Первому животному через 7 мин на месте ранения в точке Б выполнена обработка операционного поля и после открытого выделения правой бедренной артерии (БА) установлен интродьюсер 10 Fr, через который заведен баллонный катетер (ООО «МИТ», Россия) и раздут на уровне грудного отдела аорты (I зона).

Интродьюсер подшит к коже и фиксирован вместе с катетером к телу липкой лентой Курафикс. После этого животное на носилках доставлено на борт вертолета, подключено к аппарату ИВЛ, и после 15 мин полета доставлено в медр в точку А. Второе животное после временной остановки кровотечения было сначала доставлено на борт вертолета, где через 18 мин после ранения уже после взлета вертолета выполнен доступ к бедренным сосудам и попытка пункции БА. Спустя 15 мин животное было доставлено в медр в точку Б. Параллельно в обеих медр после окончания исследования проводили занятия с обучаемыми по отработке навыков тактики многоэтапного хирургического лечения, после чего животных утилизировали установленным порядком.

Результаты. Первому животному с первой попытки удалось пунктировать БА и выполнить ЭВБОА. Ветреная погода явилась существенным препятствием к выполнению процедуры, однако размещение по углам простыни хирургических инструментов позволило продолжить операцию. Надежная фиксация катетера к телу не позволила ему сместиться, и на контрольной рентгенограмме, выполненной в медр, баллон был раздут тотчас выше уровня диафрагмы. Общее время всей процедуры составило 6 мин. Время окклюзии аорты до момента сдутия баллона составило 60 мин. Второму животному не удалось выполнить ЭВБОА на борту вертолета из-за возникших сложностей с освещением и, соответственно, плохой визуализации в глубине раны. При этом проблем, связанных с креном или вибрацией вертолета, отмечено не было. Несмотря на первоначально успешную пункцию и поступление алой пульсирующей крови, проведение проводника встретило сопротивление, что повторилось после 2-й и 3-й пункции. Уже перед посадкой вертолета удалось установить интродьюсер в артерию с последующей его заменой для ЭВБОА уже в медр. Через интродьюсер 11 Fr заведен 7-Fr баллонный катетер Rescue balloon до уровня нисходящей грудной аорты. После этого баллон был подтянут до зоны III и вскоре извлечен. Выводы. Наш опыт показал возможность применения современных малоинвазивных технологий даже в сложных условиях военной обстановки. Пункция БА является ключевым этапом в процедуре ЭВБОА: при успешной катетеризации артерии выполнение собственно окклюзии аорты не представляет сложностей.



**1686. ВРЕМЕННОЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ: НОВАЯ
АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ
ВРЕМЕННОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ**

Рева В.А., Семенов Е.А., Самохвалов И.М.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени
С.М.Кирова

Актуальность. В течение последних десятилетий временное протезирование (ВП) артерий заняло определенную нишу в лечении раненых и пострадавших с сосудистой травмой. Тем не менее, операция ВП сама по себе может быть достаточно трудоемкой, длительной по времени и сопровождаться существенной кровопотерей, что вносит свой негативный вклад в течение травматической болезни. Современные малоинвазивные технологии позволяют избежать этих недостатков, что нашло отражение в развитии идеи временного эндоваскулярного протезирования (ВЭП).

Цель. Сравнить предложенный метод ВЭП с традиционным ВП в экспериментальной модели закрытого повреждения подвздошной артерии овцы.

Материал и методы. Серия экспериментов проведена с использованием овец-самцов и самок породы Меринос массой от 30 до 50 кг. Седатированных животных интубировали, разрезом длиной около 10-12 см осуществляли внебрюшинный доступ к левой наружной подвздошной артерии (НПА), которая отходит от аорты вместе с внутренней подвздошной артерией общим стволом. Далее путем многократного наложения-снятия раздавливающего кровоостанавливающего зажима моделировали закрытое повреждение артериальной стенки на протяжении 3 см, отступя 2-3 см от аорты. Через 20 мин зажимы с НПА снимали и выполняли ангиографию. При получении картины «стоп-контраста» животных делили на 3 группы: контрольную (без вмешательства), группу ВП и ВЭП. Животным группы ВП через час после достижения тромбоза выполняли поперечную артериотомию, извлекали тромбы катетером Фогарти и в просвет устанавливали 5-см сегмент ПВХ-трубки подходящего диаметра, который фиксировали к артерии лигатурой. Животным группы ВЭП через час после тромбоза через гайд-интродьюсер, установленный в левую сонную артерию, выполняли реканализацию зоны тромбоза левой НПА и устанавливали нитиноловый самораскрывающийся стент 7x40 мм (ООО «МИТ»). Всем животным после окончания операций раны были послойно ушиты. В случае, если картины «стоп-контраста»

спустя 20 мин не наблюдали, снова накладывали зажимы до достижения тромбоза. Интраоперационно вводили 50 ЕД/кг гепарина животным всех групп. Послеоперационно антикоагулянты не использовали. Срок наблюдения за животными составил 3 сут. Изучали показатели выживаемости и проходимости НПА.

Результаты. В исследование было включено 17 животных, которые были разделены на 3 группы: 6 – контрольная группа, 5 – ВП, 6 – ВЭП. По массе и полу животных, базовым показателям АД, пульса, сатурации, а также диаметру НПА между группами не было достоверных отличий. Всем животным удалось выполнить операцию. При этом у одного животного из группы ВП была высокая интраоперационная кровопотеря, которая привела к летальному исходу на 2-е сутки после операции. В группе ВЭП на 1-и сутки отмечен один летальный исход, не связанный с кровопотерей и имплантацией стента. Таким образом, 2/17 животных скончались за период 3 сут наблюдения. Среди животных, у которых ВП или ВЭП оказывался проходимым на момент окончания операции, временный протез или стент так и оставался проходимым до конца исследования. Проходимость НПА на 1-е сутки после операции статистически не отличалась и составляла: 3/6 в группе ВЭП, 3/5 в группе ВП и 0/6 в контрольной группе ($p=0.136$). Измерения скоростей кровотока также были в среднем идентичны между группами ВП и ВЭП. Перед окончанием эксперимента проходимость НПА также была сопоставимой: 2/5 в группе ВЭП и 2/4 в группе ВП. Выводы. Данный эксперимент продемонстрировал реальную осуществимость идеи ВЭП взамен традиционного ВП. При отсутствии антикоагулянтной терапии, использовании самых простых, непредназначенных для этого изделий (как временных протезов, так и временных стентов) общий уровень проходимости 50% может быть признан достаточным. Поддержание проходимости стентов в течение 3-х дней позволяет предложить ВЭП в качестве возможной перспективы для применения на первом этапе тактики многоэтапного хирургического лечения.



1687. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Восканян Э.А., А.В. Калашников,
С.М. Маршалкин, И.Н. Тулюбаев, В.В. Скрипко*

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская Клиническая больница»,
г. Пятигорск, Россия

Спонтанный пневмоторакс (СП) - является полиэтиологическим заболеванием, наиболее часто встречающийся в трудоспособном возрасте и характеризующийся рецидивирующим течением. Необходимость оказания экстренной помощи в условиях хирургического стационара общего профиля обуславливает актуальность данной темы. Цель: определить алгоритм лечебной тактики при СП в неспециализированном хирургическом стационаре.

Материал и методы исследования. В период с 2012 по 2016 год под нашим наблюдением находилось 88 пациентов в возрасте от 16 до 78 лет (средний возраст $32,8 \pm 18,9$ лет), гендерное распределение: 62 мужчины (70,5%), 26 женщин (29,5%). Результаты и их обсуждение. При установленном диагнозе СП основным методом лечения являлось дренирование плевральной полости. В 9 случаях (10,2%) при пристеночном пневмотораксе небольшого объема предприняты попытки ограничиться выполнением плевральной пункции. У 6 больных данная тактика была эффективна, однако у остальных 3 пациентов в связи с неэффективностью пункционного метода ведения было выполнено дренирование плевральной полости. Всем остальным больным (79 пациентов - 89,8%) выполнено дренирование плевральной полости, как первый этап оперативного лечения. При этом у 26 пациентов (33%) применялась активная аспирация, у остальных больных (67%) - пассивное дренирование по Бюлау. Консервативная тактика привела к расправлению легкого у 73,8% больных, дренажи были удалены на 3-4 сутки, средний койко-день - 11 ± 2 дня. При отсутствии тенденции к расправлению легкого и продолжающемся сбросе газа по дренажу в течение 5-6 суток определялись показания к хирургическому лечению. Оперативное лечение было выполнено 21 пациентом (26,2%), из них: торакотомия с сегментарной резекцией верхней доли - у 5 больных (23,8%); торакоскопическое ушивание дефекта легкого - 6 пациентов (28,6%); видеоассистированная сегментарная резекция легкого из мини-доступа - 10 (47,6%). Всем больным интраоперационно выполнялся химиче-

ский плевродез с обработкой легкого раствором йода с последующим опылением сухими антибиотиками широкого спектра действия.

Заключение. Основным методом лечения СП является дренирование плевральной полости, приводящем к расправлению легкого в 73,8% случаев. При неэффективности консервативной тактики свыше 5 суток показано оперативное лечение, при этом предпочтение необходимо отдавать малоинвазивным и высокотехнологичным хирургическим вмешательствам. Всё большее распространение приобретают видеоассистированные оперативные вмешательства из минидоступа в связи с импортозамещением.

1688. ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ УСТАНОВКА СИСТЕМЫ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

*Разумовский А.Ю.(1,2), Дронов А.Ф.(1,2),
Смирнов А.Н.(1,2), Ковальчук А.С.(1,2),
Голованев М.А.(1,2), Чирков И.С. (1,2)*

Москва

1. РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2. ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова

Перитонеальный диализ (ПД) – метод очищения крови от эндогенных и экзогенных токсинов с одновременной коррекцией водно-солевого баланса путем диффузии и фильтрации растворов веществ через брюшину, как естественную полупроницаемую мембрану. Данный вид диализа вернее всего отнести к интракорпоральным методам фильтрации крови, в его основе лежит принцип уравнивания концентраций веществ в растворах разделенных полупроницаемой мембраной. Учитываю большую скорость фильтрации, возможность применения у новорожденных и недоношенных детей, отсутствие необходимости наложения сосудистой фистулы, возможность проводить диализ в домашних условиях, относительная дешевизна расходных материалов – все это делает этот метод более предпочтительным над гемодиализом. К относительным недостаткам можно отнести риск развития перитонита и спаечного процесса, неполный отток диализата, и обтурация просвета катетера нитями фибрина, подлипание большого сальника. С 2011 по 2016 года выполнено 11 видеоассистированных установки катетеров для перитонеального диализа у детей в возрасте от 1 мес. до 13 лет. С целью более надежной фиксации использован катетера Тенкхоффа с двумя



муфтами, расположенными в начале и конце подкожной части катетера. Погруженные под кожу муфты предназначены для прорастания в них соединительной ткани, что надежно фиксирует катетер и позволяет снизить вероятность довольно неприятного возможного осложнения – подтекания диализата помимо трубки через канал в брюшной стенке. Введение катетера в брюшную полость и его правильное положение контролировалось с помощью лапароскопии. До 2014 года выполняли лишь лапароскопический контроль правильности и безопасности установки катетера (6 пациентов). 3 пациента потребовали проведение повторной лапароскопии в связи с нарушением работы катетера. Во всех случаях причиной данного осложнения явилась обтурация просвета катетера большим сальником. Это потребовало резекции пряди сальника. С 2014 года одновременно с установкой перитонеального катетера выполнялась лапароскопическая резекция большого сальника (5 пациентов). Ни в одном случае обтурации катетера не отмечалось. Кроме того у трех пациентов во время проведения лапароскопии одновременно произведено ушивание необлитерированного пахового кольца. Таким образом видеоассистированная техника позволяет правильно и безопасно установить катетер для проведения перитонеального диализа, выполнить резекцию сальника для предотвращения обтурации катетера и в ряде случаев устранить сопутствующую хирургическую патологию.

1689. НАШИ ПОДХОДЫ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Восканян Э.А., М.А. Федюкин, И.Н. Тулюбаев, В.В. Скрипко, Д.В. Кувакин, К.Н. Заводский, Р.Е. Надха

Пятигорск

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница»

Экстренная онкология в настоящее время является одной из актуальных проблем медицины. Лечение пациентов с осложнённым раком ободочной кишки, с острой кишечной непроходимостью (ОКН), является одной из сложных задач абдоминальной хирургии. Летальность при этой патологии остаётся высокой и достигает 15-20%. Нами проведен анализ хирургического лечения больных колоректальным раком, осложнённым острой кишечной непроходимостью. Все больные оперированы в общехирургическом стационаре в

отделении гнойно-септической хирургии при неэффективности консервативной терапии. В диагностическом плане использовались рентгенография с оценкой пассажа водорастворимым контрастом по ЖКТ, УЗИ и в некоторых случаях – компьютерная томография брюшной полости.

Материалы и методы. За 2012-2016г в гнойно-септическое хирургическое отделение ГБУЗ СК ГКБ г. Пятигорска госпитализировано 213 пациентов с кишечной непроходимостью опухолевой этиологии. Возраст больных составил от 26 до 93 лет. Более чем у половины пациентов диагноз онкологического заболевания впервые был установлен нами, почти у 80% выявлена 3-4 стадия онкологического процесса. Нами оперированы пациенты с различной локализацией опухолей ободочной кишки: в восходящем отделе – 43 случая (20,1%), в поперечном отделе – 28 (12,9%), в нисходящем – 32 (14,9%), в сигмовидной кишке – 84 (39,9%) и в прямой кишке – 26 (12,2%). Таким образом, в 67% случаев причиной кишечной непроходимости являлись опухоли левой половины ободочной кишки и прямой кишки. У наших больных в 50% преобладали декомпенсированные формы ОКН, что требовало подготовки их в операции в условиях реанимации. При выборе объёма оперативного вмешательства мы руководствовались, прежде всего, наличием или отсутствием осложнений как кишечной непроходимости, так и самого опухолевого процесса. Таковыми осложнениями являются инфекционно-воспалительные процессы в брюшной полости или в забрюшинном пространстве, обусловленные перфорацией супрастенотического отдела кишечника либо самой опухоли (инфильтраты, абсцессы, диффузный и распространённый перитонит), а также кровотечение из опухоли. В случае, когда интраоперационно наблюдались исключительно явления кишечной непроходимости, мы ограничивали объём вмешательства выведением илео-, трансверзо- или сигмостомы. Эти операции были выполнены 136 больным (65,4%). У 72 пациентов (34,6%) интраоперационно были выявлены различные инфекционно-воспалительные осложнения. Этим больным выполнены операции в объёме резекции участка кишки с опухолью и выведением стомы в типовых объёмах: правосторонняя гемиколонэктомия с илеостомией – 22 (10,5%) случаев, резекция поперечной ободочной кишки – 6 случаев (2,8%), левосторонняя гемиколонэктомия, трансверзостомия – 12 случаев (5,7%), обструктивная резекция сигмовидной кишки – 32 случаев (15,3%).

Результаты. Послеоперационный период протекал наиболее благоприятно у больных, объём оперативного вмешательства которым ограничивался выведением илео- или колостомы. Всего у 3 пациентов (1,4%) отмечено инфицирование после-



операционных ран. Убольных, оперированных на фоне инфекционно-воспалительных процессов в брюшной полости, в послеоперационном периоде развивались осложнения в виде нагноения послеоперационных ран у 13 больных (6,3%); у одного больного (0,5%) – эвентрация; осложнения со стороны стомы (инфицирование раны, ишемический некроз выведенного отдела кишки) – у 7 больных (3,4%); ранняя спаечная непроходимость – у одной больной (0,5%); продлённый перитонит – в 15 случаях (7,2%). Послеоперационная летальность составила 13,9% (29 пациентов). Летальность обусловлена поздними сроками обращения в стационар; развившимися до поступления в стационар инфекционно-воспалительными осложнениями; запущенными формами онкологического процесса; декомпенсацией сопутствующей патологии (сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания, эндокринной системы и других) и преклонным возрастом.

Заключение. Важной задачей снижения летальности является необходимость ранней диагностики колоректального рака на амбулаторном уровне, широкое использование методов инструментальной диагностики, адекватная предоперационная подготовка и коррекция сопутствующей патологии на уровне стационара.

1690. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Хамид А.Х., Машкина А.А., Лапшин А.С., Баландов С.Г., Василевский Д.И., Жеребненко П.С.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО ПСПБГМУ ИМ. И.П.ПАВЛОВА
Минздрава РФ

Введение. В настоящее время основным методом лечения рака желудка (РЖ) является хирургическое вмешательство, а химиотерапия и лучевая терапия выполняют дополнительную роль в комплексном лечении РЖ. Комплексный подход к лечению РЖ позволяет улучшить прогноз заболевания, однако отдаленные результаты остаются неудовлетворительными: 5-летняя выживаемость колеблется в диапазоне 25-30%, что обусловлено, прежде всего, распространенностью процесса на момент постановки диагноза. Именно распространенность процесса определяет стабильно низкие показатели выживаемости и высокую частоту рецидивов после оперативного вмешательства.

Из общего числа пациентов, I–II стадия РЖ диагностируется лишь у 25 % больных, а на III и IV стадии приходится около 75%. При этом доказано, что при III и IV стадиях рака желудка перитонеальное метастазирование обнаруживается у 60-65% пациентов. В связи с чем, после радикального оперативного вмешательства (RO) у 79% больных отмечается прогрессирование заболевания в течение первых 2 лет, а медиана выживаемости составляет всего 6 месяцев. В таких случаях интраоперационная фотодинамическая терапия (ФДТ) может быть весьма эффективным методом воздействия, как на саму опухоль, так и на интраперитонеальные «свободные» опухолевые клетки. Механизм ее действия заключается в разрушении опухолевых клеток активными формами кислорода, которые генерируются после активации фотосенсибилизирующего препарата светом определенной длины волны.

Цель. Снижение степени перитонеальной диссеминации и повышение радикальности оперативного вмешательства при распространенных формах РЖ.

Материалы и методы. Проанализировано 10 клинических случаев использования интраоперационной ФДТ методом местного введения фотосенсибилизирующего препарата «Фотодитазин». Все пациенты были обследованы, стадия опухоли на момент госпитализации T4N1-2M0. Стадирование заболевания в соответствии с национальными клиническими рекомендациями. После оперативного доступа (лапаротомия), с поверхности опухоли выполнялись мазки-отпечатки и забор аспирата перитонеальной жидкости для цитологического исследования на наличие комплексов опухолевых клеток. Затем всем больным субсерозно, методом обкалывания вокруг визуальной границы опухоли, вводился препарат «Фотодитазин» в дозе 25 мг. В процессе введения и в течение 10 минут после него, можно было наблюдать перераспределение фотосенсибилизатора и его активное накопление в пораженных опухолью участках в виде окрашивания тканей в темно-зеленый цвет. Спустя 15 минут проводилось облучение операционного поля монохроматическим светом с длиной волны 661-662 нм при мощности, рассчитываемой по стандартной для фотодинамической терапии формуле. После окончания облучения повторно брались мазки-отпечатки и перитонеальная жидкость с целью контроля терапевтического эффекта. Далее выполнялось оперативное вмешательство - гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D2. Для доказательства эффективности метода оценивался результат цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности опухоли и перитонеальной жидкости до и после введения фотосенсибилизирующего препарата. Результаты.



У всех больных по результатам цитологического исследования определялись опухолевые клетки, как на висцеральной брюшине желудка, так и в перитонеальной жидкости. При повторном цитологическом исследовании после проведения интраоперационной ФТД в 100% случаев наблюдалась картина некроза атипичных клеток: полное разрушение компонентов цитоплазмы клеток с последующим высвобождением ядер (кариопикноз и кариорексис). Также местное введение фотосенсибилизатора, по сравнению с системным, позволяет достигать больших концентраций препарата в пораженной опухоли области.

Выводы. Применение интраоперационной ФТД методом местного введения фотосенсибилизирующего препарата приводит к некрозу опухолевых клеток, тем самым позволяет снизить степень перитонеальной диссеминации и улучшить результаты лечения местнораспространенных форм РЖ.

1691. АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Богомолов М.С. (1), Богомолова В.В. (2)

Санкт-Петербург

- 1) ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
- 2) СПб ГБУЗ «Городская больница № 14»

Цель исследования: Наиболее частыми причинами медленного заживления дефектов мягких тканей на нижних конечностях являются лимфovenозная недостаточность (ЛВН), сахарный диабет (СД) и хроническая ишемия нижних конечностей (ХИНК). Целями данного исследования были анализ наиболее частых тактических ошибок в лечении таких пациентов и оценка эффективности применения современных средств при лечении длительно не заживающих инфицированных раневых дефектов (послеоперационных ран и трофических язв) на нижних конечностях у пациентов, страдающих сосудистыми заболеваниями и/или сахарным диабетом.

Материал и методы: Проведен анализ информации о полноте диагностики основного и сопутствующих заболеваний, а также о предшествующем лечении у 67 пациентов (средний возраст – 65,2 года) с ЛВН нижних конечностей, у которых имелось 132 язвы. На момент включения у всех пациентов имелись глубокие язвы (Wagner 2-4), т.е.

раневые дефекты, выходящие за пределы собственно кожи и вовлекающие в ряде случаев в деструктивный процесс фасции, сухожилия или кости стопы. Повышенный уровень гликированного гемоглобина (т.е. недостаточная коррекция гипергликемии) обнаружен у 5 из 13 больных пациентов с сахарным диабетом, т.е. у 38,5%, страдающих этим заболеванием, коррекция гипергликемии проводилась не в полном объеме. Не диагностированная ранее хроническая ишемия конечностей выявлена у 8 (11,9%) пациентов. При этом, у пациентов с артериальной патологией адекватная коррекция лимфovenозной недостаточности на нижних конечностях на предшествующих этапах лечения не проводилась. У остальных 59 больных компрессионная терапия применялась лишь в 36 случаях (61,0%). Местное лечение язв на протяжении от 1 до 108 месяцев (в среднем – 12,3 месяца) у 46 (68,7%) пациентов проводилось с помощью влажно-высыхающих повязок и только у 21 (31,3%) больных эпизодически применялись водорастворимые мази или современные раневые повязки. После включения в исследование, у больных с симптомами лимфovenозной недостаточности обеспечивалась необходимая компрессионная терапия – эластическое бинтование (бинтами средней степени растяжимости) или ношение компрессионного трикотажа. При невропатической форме синдрома диабетической стопы с подошвенной локализацией язв подбиралась адекватная форма «разгрузки» стопы. Местное лечение на всех этапах течения раневого процесса осуществлялось с соблюдением принципа ведения ран в условиях влажной среды. До получения результатов посевов лечение во всех случаях начиналось с ежедневного местного применения водорастворимых мазей с антибиотиками или повидон-йодом (Браунодин, Пови-Силкофикс). На этапе формирования грануляционной ткани для сохранения влажной тканевой среды использовались гидроколлоидные (Fibrocold Ag) или гидрогелевые (Фиброгель Ag, Фиброгель Ag Plus) повязки. На этапе окончательной эпителизации применялись сетчатые повязки (Fibrotul Ag, Silkofix Povi). Результаты. После адекватной коррекции всех выявленных факторов риска, средняя скорость заживления язв составила 2,4 см² в месяц, длительность лечения до полного заживления язв – от 1 до 7 (в среднем – 2,6) месяцев. При этом, максимальная скорость заживления при сочетанном применении гидроколлоидных повязок и мембран нативного коллагена достигала 9 см² в месяц.

Выводы. В реальной клинической практике основной причиной недостаточной эффективности лечения хронических раневых дефектов на нижних конечностях является гиподиагностика ведущих факторов риска развития трофических язв и, как



следствие, недостаточно адекватная их коррекция. Использование современных перевязочных средств и методик, обеспечивающих ведение ран в условиях влажной среды, способствует более быстрому и полноценному заживлению трофических язв.

1692. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЭМБОЛОГЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Восканян Э.А., Галата А.А., Панычич М.М., Козинец А.С., Ораков А.Р., Поселенов А.В.

Пятигорск

ГБУЗ СК "Городская клиническая больница"

Актуальность проблемы. Выбор местного анестетика у больных с сопутствующей соматической патологией во многом зависит от выраженности гемодинамических нарушений, возникающих при проведении анестезии, длительности сенсорного блока. Нашей задачей было сравнить эффективность местных анестетиков ропивакаина и бупивакаина для спинномозговой анестезии при экстренных оперативных вмешательствах по поводу эмбологенных венозных тромбозов нижних конечностей.

Материал и методы. Нами были проанализированы особенности течения анестезий у 174 пациентов с эмбологенными тромбозами бедренной вены и илеофemorальным тромбозом за период с 2012 по 2015 годы, оперированных в нашем стационаре. Наиболее частым показанием к тромбэктомии являлся тромбоз бедренной вены (82% случаев или 142 пациента), реже – илеофemorальны тромбоз (18% или 32 пациента). Все оперативные вмешательства выполнялись по экстренным показаниям под спинномозговой анестезией. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от выбранного местного анестетика. В первой группе (79 пациентов) в качестве анестетика был использован 0.5% раствор ропивакаина, во второй (95 пациентов) – изобарический 0.5% раствор бупивакаина. Количество используемого местного анестетика зависела от пола, возраста, веса и роста пациента и не превышало 4 мл. Методика выполнения анестезии у всех больных была стандартной: после проведения инфузионной внутривенной преднагрузки изотоническим раствором NaCl в объеме 800 мл в положении сидя в межостном промежутке на уровне L3-L4 средин-

ным доступом выполнялась люмбальная пункция иглой 24G типа Квинке. Пациентам первой группы в субарахноидальное пространство вводился 0.5% раствор ропивакаина, а пациентам второй группы бупивакаин 0.5%. Фиксировалось времявозникновения, уровеньразвития и окончания сенсорного, моторного блока, САД, ЧСС, потребность в использовании вазопрессоров и дополнительных анальгетиков.

Полученные результаты. Первая группа- пациенты, получившие бупивакаин: уровень развития сенсорного блока- среднее значение: Th7 для холодной чувствительности Th8 для укола. Полный моторный блок возник у 97% больных. Средняя продолжительность анестезии 140 мин. Использования дополнительных анальгетиков во время обезболивания не требовалось. Гемодинамические нарушения в виде снижения САД на 30% от исходного- у 15% пациентов и были скорректированы увеличением темпа инфузионной терапии и назначение мезатона. Брадикардия была отмечена у 30% больных и потребовала введения атропина. Вторая группа- пациенты, у которых применялся ропивакаин: уровень развития сенсорного блока- среднее значение: Th9 для холодной чувствительности и Th10 для укола. Полный моторный блок -85% больных. Средняя продолжительность анестезии 110 мин. Использования дополнительных анальгетиков (фентанил) в 12% случаев. Гемодинамические нарушения в виде снижения САД на 10-20 мм.рт.ст отмечены у 3% пациентов и были скорректированы увеличением темпа инфузионной терапии. Инотропная поддержка у больных этой группы не проводилась.

Обсуждение. Уровень сенсорного блока при использовании ропивакаина ниже. Чем при использовании бупивакаина. Длительность полного блока при использовании бупивакаина дольше (в среднем 30-40 мин.). Выраженность гемодинамических нарушений, (вплоть до применения вазопрессоров) при применении сопоставимых доз анестетиков, чаще наблюдается при использовании бупивакаина. В группе, где использовался ропивакин, требовалось введение дополнительных анальгетиков.

Выводы и рекомендации. У пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией при спинномозговой анестезии целесообразно использовать ропивакаин как препарат выбора. Учитывая его менее выраженные гемодинамические нарушения. Однако длительность сенсорного блока при применении бупивакаина дольше в среднем на 30-40 минут.



1693. РЕДКАЯ ФОРМА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кочуков В.П., О.Ю.Василенко, А.Ю.Платонов,
И.В.Бунин, И.Э.Попова

Москва

ФГБУ "Объединенная больница с поликлиникой"
Управления делами Президента РФ

Желчнокаменная кишечная непроходимость, или билиарный илеус, не часто встречающееся заболевание. Распространенность ее, по данным разных источников, варьирует от 0,3% до 4% всех случаев острой кишечной непроходимости [Glenn F. Biliary enteric fistula / F.Glenn, C. Reed, W.R. Grafe //Surg Gynecol Obstet. -1981Oct.-Vol. 153, N4. – P.527-31]. Послеоперационная летальность составляет 7%-62%, зависит от возраста пациента, сопутствующей патологии и время от начала заболевания до установления диагноза [Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction /C.M. Nuno-Guzmano et al. //WJGS. -2010 May 27.- Vol. 2, N5. – P. 172-76]. Впервые в мире случай желчнокаменной непроходимости на секции описал в 1654 г. известный датский анатом Th.Bartholini. В России больного с билиарным илеусом впервые оперировал Н.В.Склифосовский в 1893 г. Возникает желчнокаменная непроходимость в результате образования холецистодуоденального свища, прохождения больших желчных конкрементов в двенадцатиперстную кишку, которые, как правило, вызывают нарушение пассажа в терминальном отделе подвздошной кишки. Клиника билиарного илеуса достаточно вариабельна и зависит от уровня обтурации. Специфических диагностических критериев данный вид кишечной непроходимости не имеет, аэрохолия, как типичный признак билиодигестивных свищей, встречается крайне редко [Кургузов О.П. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость// Хирургия. 2007. №6. С.13-19]. Существуют разные подходы хирургического лечения. Энтеролитотомия остается наиболее часто применяемой операцией. Для извлечения конкремента производится энтеротомия: над камнем, выше или ниже в зоне неизменной кишечной стенки. Ниже приводим наше клиническое наблюдение: Пациентка К., 56 лет, поступила в ФГБУ ОБП УДП РФ г. Москвы 17.01.2017г. с жалобами на многократную рвоту желчью и сильными болями в эпигастрии, появившимися 13.01.17. Болевой синдром за несколько дней до госпитализации значительно снизился по интенсивности, однако затем вновь присоединилась рвота, вздутие живота, схваткообразные боли, отсутствие стула в

течение нескольких суток. В анамнезе у пациентки более 30 лет желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, от предложенной ранее холецистэктомии больная отказывалась. Выраженных болевых приступов в анамнезе не было, отмечала тяжесть в правом подреберье, горечь во рту по утрам. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. ЧСС 78 в мин., АД. 140\80 мм.рт.ст. Язык суховат, белый налет. Живот симметричный, незначительно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в мезогастральной области, где выслушивается «шум плеска». Перистальтика не «резонирующая», несколько усиленна. Ректально – тонус сфинктера сохранен, на высоте пальца органической патологии не определяется, в ампуле каловые массы обычного цвета. Больной при поступлении выставлен диагноз острой кишечной непроходимости, для уточнения диагноза в срочном порядке выполнено: Рентгенография органов брюшной полости: на обзорных рентгенограммах органов брюшной полости, выполненных в положении больной "стоя"рентгенологические признаки аэрохолии. Диафрагма обычно расположена, четко очерчена. Плевральные синусы свободны. Базальные отделы легких без патологических изменений. В правом подреберье выявляется наличие воздуха по ходу желчевыводящих путей. Желудок обычно расположен с наличием жидкого содержимого, газовый пузырь желудка небольших размеров. По ходу отдельных петель тонкой кишки, расположенных в центральном отделе левой половины брюшной полости выявляются мелкие скопления газа неправильной формы. В слепой кишке, восходящем и нисходящем отделах толстой кишки определяется умеренное количество кишечного содержимого с небольшими скоплениями газа. Справа на уровне L1-L2 сегмента, вероятнее всего в желчном пузыре, выявляется газ с горизонтальным уровнем жидкости. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: Признаки аэрохолии. При обзорном осмотре брюшной полости в подпеченочном пространстве визуализируется раздутый участок кишки с наличием с наличием перистальтики по типу "маятникообразной". Вокруг визуализируется небольшое количество жидкости. МСКТ: Желчный пузырь имеет нечеткие неровные контуры, стенки его утолщены, с наличием жидкостного содержимого и газа в просвете. Двенадцатиперстная кишка сливается с желчным пузырем, создается впечатление о наличии фистулы, размерами около 11мм. Газ из кишки распространяется во внутрпеченочные желчные протоки: расширенные долевые протоки до 5мм, сегментарные до 2мм, в просвете определяется газ – аэрохолия. Петли тонкой кишки расширены, стенки представляются утолщенными,



субтотально заполнена жидкостью и газом. В петлях тощей и подвздошной кишке определяются неправильной формы слоистые структуры, с кальцинированными стенками, размерами 18x20мм и 22x26мм, соответственно - вероятно слоистые конкременты. Рентгеноскопия желудка и 12-ти перстной кишки: Желудок высоко и косо расположен в подреберье, нормотоничен, натощак содержит большое количество слизи. Начальная эвакуация из желудка своевременная. Луковица двенадцатиперстной кишки ориентирована кзади, средних размеров. По контуру малой кривизны луковицы двенадцатиперстной кишки выявляется дефект стенки длиной до 12-15 мм, через который отмечается затекание контрастного вещества неправильной формы, размерами 18x16 мм, скорее всего, в желчный пузырь. Помарки контрастного вещества отмечаются также по ходу общего желчного протока. В клиническом анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз (13,9 x 10⁹/л), незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (8% палочкоядерных нейтрофилов). Пациентке проводилась комплексная консервативная терапия, на фоне которой отмечено субъективное улучшение – купирование болевого синдрома, отхождение стула и газов. Однако, при контрольном рентгенологическом досмотре отмечена отрицательная динамика. В связи с неэффективностью проводимого консервативного лечения, пациентке предложено оперативное лечение, согласие на операцию получено. 18.01.17 произведена средне-срединная лапаротомия. При ревизии : в брюшной полости до 1000 мл прозрачного выпота. В правом подреберье «каменистой» плотности инфильтрат, состоящий из желчного пузыря, 12-ти перстной кишки и большого сальника. От радикальной операции решено воздержаться в связи с тяжестью состояния больной, обусловленной тонкокишечной непроходимостью. Тощая кишки, на протяжении 100 см от связки Трейца резко раздута, гиперемированная, отечная, с большим количеством жидкого содержимого. Ниже выявлены 2 конкремента кубической формы, диаметром более 3 см, на расстоянии 10 см друг от друга. Ниже кишка в спавшемся состоянии. С целью минимальной травматизации слизистой кишки при смещении конкрементов, между конкрементами произведена продольная энтеротомия, камни извлечены, произведена декомпрессия приводящего отдела кишки. Энтеротомия закрыта в поперечном направлении двухрядным швом. Брюшная полость дренирована. Послойное ушивание операционной раны. В послеоперационном периоде пациентка сутки наблюдалась в реанимационном отделении, затем переведена в хирургическое отделение. Проводилась комплексная послеоперационная терапия. Течение послеоперацион-

ного периода удовлетворительное. Выписана из отделения на 12-е сутки после операционного вмешательства в удовлетворительном состоянии. Таким образом: следует отметить, что желчнокаменная кишечная непроходимость является редкой формой острой кишечной, с целью уточнения причины непроходимости необходимо выполнить комплексную диагностику, включающую МСКТ брюшной полости, рентгеноскопии желудка и 12-ти перстной кишки с изучением пассажа бария по кишечнику, все это позволяет поставить правильный диагноз. Считаем целесообразно в этой ситуации провести двухэтапное лечение: первым этапом -устранение обтурационной кишечной непроходимости, вторым этапом, в плановом порядке, разобщение холецистодуоденального соустья.

1694. ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Осипов А.В.(1), Сафоев М.И.(1),
Демко А.Е.(1), Суров Д.А.(2)*

Санкт-Петербург

- 1) НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
- 2) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

За последние годы заболеваемость желчнокаменной болезнью резко возросла. ЖКБ страдают 8-20% взрослого населения планеты. Все чаще встречаются в литературе сообщения о возможности одноэтапного малоинвазивного лечения в случае осложненного холецистохоледохолитиаза. Цель: улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с «трудным» холецистохоледохолитиазом.

Материалы и методы. Выполнено 27 гибридных оперативных вмешательств в период с 2014 по 2017 годы. В группы пациентов с «трудным» холедохолитиазом включали больных с механической желтухой, осложненной холангитом легкой степени а также с крупными единичными конкрементами ОЖП (диаметром более 15 мм), с парафатериальными дивертикулами. Все вмешательства проводились в рентген-операционной с использованием лапароскопической и эндоскопической стоек. Средний возраст пациентов составлял 59,816,7 лет. Выполнено 16 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) в сочетании с лапароскопической холедохотомией и литоэкстракцией. В указанных случаях производили первичный шов холедоха с дренированием ОЖП по Холсте-



ду-Пиковскому. 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. Других осложнений и летальных исходов не было. Таким образом гибридные оперативные вмешательства могут использоваться для одномоментного лечения пациентов с осложненным холецистохоледохолитиазом, требуется дальнейшее накопление опыта и анализ результатов указанных вмешательств.

1695. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*Патютко Ю.И.(1), Котельников А.Г.(1),
Кудашкин Н.Е.(1), Мороз Е.А.(1),
Поликарпова С.Б.(2), Проскуряков И.С.(1),
Ястребова Е.В.(2)*

Москва

- 1) ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина»
- 2) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования: Показать возможности хирургического и комбинированного методов лечения больных раком большого дуоденального сосочка (БДС).

Материалы и методы: Хирургическое и комбинированное лечение проведено 237 больным по поводу рака большого дуоденального сосочка, из них 120 (51 %) мужчин и 117 (49%) женщин в возрасте от 20 до 79 лет (медиана 57 лет). Оперировано пациентов с предварительным желчеотведением 175 (74%), из них на фоне желтухи (билирубин более 17 мкмоль/л) 74 (42%). Без предварительного желчеотведения оперировано 56 пациентов, из них на фоне желтухи 21 (37,5%). Объем операций: стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) 222 пациента (94%), расширенная ГПДР – 8 (3%), модифицированная ГПДР – 2(1%), привратниксохраняющая ПДР (ППДР) – 2(1%). Ни в одном из наблюдений не потребовалась резекция магистральных сосудов. Время операции составило от 120 до 800 минут (медиана 250 минут), объем интраоперационной кровопотери от 250 до 6500 мл (медиана 1400 мл). Выполнен пересмотр

90 гистологических препаратов, из которых кишечный гистотип опухоли выявлен у 46 (51%) пациентов, панкреато-билиарный – у 38 (42 %), и у 6 (7%) пациентов – неопределенный подтип. Комбинированное лечение с п/о химиотерапией проведено 34 (14%) пациентам.

Результаты: Уровень осложнений в послеоперационном (п/о) периоде составил 124 (52%). Несостоятельность панкреатикодигестивного соустья у 45 (36%), несостоятельность билиодигестивного соустья у 20 (16%), внутрибрюшной абсцесс у 23(18,5%). Панкреонекроз развился у 11 (9%) пациентов, из них умерло в п/о периоде 9 человек. Летальность в п/о периоде составила 8,9% (21 человек), в 41,2 % случаев причиной смерти стал панкреонекроз. С 2004 года уровень п/о осложнений 46% (56 чел), летальность 5 % (6 человек), из них 3 умерли от панкреонекроза. Общая и актуальная 1,3,5-тилетняя выживаемость составила 81+3, 52+4, 43+4% соответственно (медиана 41 мес). 1,3 и 5-тилетняя выживаемость у больных после ГПДР и ГПДР+ХТ составила 79+3, 51+4, 42+4% и 89+7, 68+15, 54+17% соответственно (p>0,05). Выживаемость у пациентов оперированных после предварительного желчеотведения с уровнем билирубина > 17 мкмоль/л и < 17 мкмоль/л составила 86+4, 56+6, 50+6% (медиана 55 мес) и 80+5, 45+6, 34+6% (медиана 30 мес) соответственно (p 17 мкмоль/л и < 17 мкмоль/л составила 72+10, 53+12, 45+12% (медиана 43 мес) и 76+8, 56+10, 47+10% (медиана 50 мес) соответственно (p>0,05). Выводы: 1. Хирургическое лечение больных раком БДС в объеме ГПДР может проводиться с приемлемыми показателями п/о летальности. 2. Выживаемость пациентов, оперированных на фоне желтухи после предварительного желчеотведения статистически выше, чем без желтухи (p<0,05). 3. При комбинированном лечении с адъювантной химиотерапией показатели выживаемости выше, чем при хирургическом лечении. 4. Роль адъювантного лечения при том или ином гистотипе рака БДС продолжает изучаться.



1696. ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ

Разумовский А. Ю.(1,3), Смирнов А. Н.(1,3),
Чундокова М. А.(1,3), Дегтярева А. В.(2),
Куликова Н. В.(3), Голованев М. А.(1,2,3),
Ратников С. А.(1,3), Чирков И. С(1,3)

Москва

1. Российский национальный исследовательский университет им. Н. И. Пирогова, Москва
2. Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова, Москва
3. Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

Билиарная атрезия – идиопатическое заболевание, характеризующееся фибросклеротической облитерацией или нарушением формирования просвета крупных внутри- и внепеченочных желчных протоков, что приводит к полному прекращению выведения желчи. Билиарная атрезия – наиболее распространенная причина холестаза, который может быть успешно излечен хирургическим путем. Заболевание развивается в периоде новорожденности, обычно в течение первых 2-х – 4-х недель жизни. Билиарная атрезия – ведущая причина цирроза печени у детей; она также является наиболее частым показанием к трансплантации печени, выполняемой у детей. Заболеваемость билиарной атрезией в разных странах колеблется в достаточно широких пределах. Зарегистрированная заболеваемость билиарной атрезией варьирует в достаточно широких пределах: от 1 случая на 20 тыс. родившихся живыми в Нидерландах, до 1 случая на 3 тыс. во французской Полинезии. Заболеваемость билиарной атрезией является самой высокой в Азии и Тихоокеанском регионе. Девочки страдают несколько чаще, чем мальчики, соотношение девочек и мальчиков составляет примерно 1,2:1. Билиарную атрезию можно разделить на 2 формы: с изолированной билиарной атрезией (постнатальная форма), на долю которой приходится 80 – 90% случаев, и ассоциированной с другими аномалиями развития, такими как транспозиция органов, полиспления, аспления, сердечно-сосудистые аномалии, situs inversus, кишечная мальротация, атрезия тонкой кишки, аномалии развития общего желчного и панкреатического протоков, позиционные аномалии воротной вены и печеночной артерии (фетальная/эмбриональная форма), составляющая 10 – 20% случаев. Эти 2 формы представляют собой разные этиологические подгруппы билиарной атрезии. Патологические изменения внепеченочной билиарной системы широко варьирует, а сле-

дующая классификация основана на локализации атрезии: • Тип I включает облитерацию общего печеночного или желчного протока; проксимальные протоки сохранены; • Тип II характеризуется атрезией желчных протоков с формированием кистозных структур в воротах печени; • Тип III (> 90% пациентов) включает атрезия правого и левого печеночных протоков на уровне ворот печени. Этиология и патогенез билиарной атрезии остаются плохо изученным. Билиарная атрезия, вероятно, представляет собой конечный результат внутриутробного или перинатального повреждения желчных протоков, что приводит к их фиброзной облитерации и тяжелому холестатическому заболеванию в неонатальном периоде. Ранняя диагностика билиарной атрезии крайне важна, т. к. успех хирургического лечения при данной патологии напрямую зависит от сроков выполнения операции. Хирургическое лечение, проведенное позднее трехмесячного возраста, как правило, безуспешно из-за необратимых изменений ткани печени и облитерации микроскопических желчных протоков, находящихся в фиброзной площадке в воротах печени. Дети с билиарной атрезией рождаются как правило доношенными. На 3 – 4-е сутки жизни у них развивается желтуха, однако в отличие от транзиторной гипербилирубинемии новорожденных, желтуха при атрезии желчных ходов сохраняется длительно и постепенно нарастает, придавая кожным покровам ребенка шафрановый или зеленоватый оттенок. Характерными признаками атрезии желчных ходов, присутствующими с первых дней жизни ребенка, служат ахоличный (обесцвеченный) стул и моча интенсивного темного цвета. Билиарную атрезия следует всегда подозревать, если неонатальная желтуха длится более 3 недель, а ахоличный стул присутствует более 10 дней. К исходу первого месяца жизни нарастает снижение аппетита, дефицит массы, адинамия, кожный зуд, задержка физического развития. В это же время отмечается увеличение и уплотнение печени, а затем – селезенки. Каких-либо патогномичным симптомов для билиарной атрезии не существует. Нами разработан диагностический протокол, который позволяет с высокой точностью подтвердить или исключить билиарную атрезия. В первую очередь выполняют УЗИ печени, внутри- и внепеченочных желчных путей, селезенки. Хорошо сформированные желчные протоки, наличие сокращающегося желчного пузыря и отсутствие фиброзной площадки, либо ее размеры менее 3 мм, указывают на отсутствие билиарной атрезии. При билиарной атрезии атрезии желчный пузырь отсутствует или визуализируется в вид тяжа. Данный симптом был нами выявлен в 89,4% случаев. Также обычно не визуализируется общий желчный проток, а размеры фиброзной площадки пре-



вышают 3 мм. Оценивается состояние печеночной паренхимы, кровоток по воротной вене, размеры селезенки и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Эти изменения характеризуют не столько билиарную атрезию, сколько степень поражения паренхимы печени и формирование портальной гипертензии. УЗИ органов гепато-билиарной системы позволяет исключить кисты общего желчного протока и болезнь Кароли. Выполняется нейросонография с целью исключения аномалий развития мозга, УЗИ почек, эхокардиография и рентгенография грудных позвонков, как дифференциальная диагностика с синдромом Алажиля. Чрезкожная чреспеченочная холангиография, статическая и динамическая сцинтиграфия печени и гепатобилиарной системы мало информативны при диагностике билиарной атрезии и обычной указывают лишь на наличие холестаза, не позволяя визуализировать его причину. Кишечная экскреция контрастного вещества или радиофармпрепарата подтверждают проходимость желчных путей. МР-холангиография, на которую возлагались большие надежды, в диагностике билиарной атрезии не оправдала себя. Лабораторные методы включают в себя биохимический анализ крови, коагулограмму и ряд специфических исследований, направленных на исключение наследственной патологии и метаболических заболеваний печени. Биохимические изменения в крови являются неспецифическими и отражают картину холестаза. Отмечаются повышение уровня билирубина за счет его прямой фракции (при нарастании явлений печено-клеточной недостаточности – за счет непрямого билирубина), АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочной фосфатазы, холестерина. Определяют уровень альфа-фетопротеина. Снижение уровня белка и, в первую очередь, альбумина, ацетилхолинэстеразы, протромбина свидетельствуют о развитии печено-клеточной недостаточности. Исключают вирусные гепатиты (гепатиты В, С и дельта), цитомегаловирусную инфекцию. В последние годы стала доступна диагностика метаболических и холестатических наследственных заболеваний печени. С этой целью проводят молекулярно-диагностическую диагностику, которая позволяет исключить наследственные заболевания, ассоциированные с холестазом: недостаточность альфа-1-антитрипсина, болезни Вильсона-Коновалова, Гоше, Нимана-Пика, синдром Алажиля, врожденные нарушения синтеза желчных кислот и гликосилирования, гликогенозы, врожденные дефекты системы ацилкарнитина, митохондриальные гепатопатии, семейный внутривнутрипеченочный холестаз и ряд других наследственных патологий. Морфологическое исследование биоптатов печени при билиарной атрезии выявляет перипортальную пролиферацию желчных протоков, внутрипротоковый холес-

таз, портальный и перилобулярный отек и фиброз. Морфологическое исследование малоинформативное у детей в возрасте младше 2-х недель. При исключении вышеуказанных заболеваний вероятность билиарной составляет 98 – 99%. Оставшиеся 1 – 2 % составляют крайне редко встречающиеся наследственные синдромы, а также, возможно, еще не описанные и неизученные синдромы. В 0,5 – 1% случаев причину развития билиарного цирроза установить не удастся. Окончательным этапом диагностики является интраоперационная ревизия наружных желчных ходов. При билиарной атрезии желчные ходы представлены фиброзными тяжами, желчный пузырь часто отсутствует или также представлен фиброзным тяжом. В сомнительных случаях показана интраоперационная холангиография, которую возможно осуществить при наличии желчного пузыря и пузырьного протока. Выявленная билиарная атрезия является показанием для проведения портоэнтеростомии по Касаи, в случае выявления проходимости наружных желчных протоков операция ограничивается их ревизией.

1697. ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

*Врублевский С.Г. (1,3), Иманалиева А.А. (2,3),
Шмыров О.С. (1,3), Манжос П.И. (2,3)*

Москва

- 1) ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России,
- 2) ФГАОУ ВО Российский университет дружбы
народов,
- 3) ГБУЗ ДЗМ Морозовская детская городская
клиническая больница

Актуальность. На фоне значительных успехов лапароскопической эндовидеохирургии, в России научных публикаций по применению ретроперитонеоскопических операций у детей немного. В отечественной литературе нет убедительных данных об эффективности эндовидеохирургических ретроперитонеальных операций при заболеваниях верхних мочевых путей у детей. Отсутствуют четкие показания и противопоказания к выполнению данных операций, что делает представленную проблему чрезвычайно актуальной и перспективной для изучения.

Цель: определить роль и возможности ретроперитонеоскопических операций в лечении детей с различными заболеваниями верхних мочевых путей.



Материал и методы: в исследование включены 113 детей с различными заболеваниями верхних мочевых путей, оперированные в МДГКБ за период с 2008 по 2016 гг. I (основную) группу составили 33 пациента, оперированные ретроперитонеоскопическим доступом, в возрасте от 9 мес. до 18 лет (средний возраст 7,6 лет). Для сравнительного анализа результатов лечения были изучены две контрольные группы (II и III). Во II группу вошли 50 пациентов, оперированных лапароскопическим доступом, в возрасте от 8 мес. до 18 лет (средний возраст 7,5 лет), в III группу – 30 пациентов, оперированных открытым способом, в возрасте от 10 мес. до 18 лет (средний возраст 7,6 лет). По нозологическим формам больные основной группы распределились следующим образом: гидронефроз – 7; солитарная киста почки – 14; нефункционирующая почка, обусловленная рефлюкс-нефропатией – 7; мочекаменная болезнь, конкремент средней трети мочеточника – 5. Соответственно указанным формам пациентам выполнялись следующие ретроперитонеоскопические операции: пиелопластики – 7, резекции кист почек – 14, нефруретерэктомии – 7, уретеролитотомии – 5. В основной группе у 2-х пациентов в анамнезе был установлен вентрикуло-перитонеальный шунт по поводу врожденной гидроцефалии. Ретроперитонеоскопические и лапароскопические операции выполнялись с применением стандартного набора эндохирургического оборудования и инструментария. Открытые операции выполняли традиционным доступом по Федорову. Результаты: средняя продолжительность операций ретроперитонеоскопическим доступом составила 125,6 мин, лапароскопическим – 125,1 мин, а открытым – 93 мин. Объем кровопотери в I группе составил 19,0 мл, во II группе – 23,8 мл, а в III группе – 73,6 мл. При выполнении ретроперитонеоскопических операций не отмечено интраоперационных осложнений, а также случаев конверсии, в группе лапароскопических вмешательств у 1-го пациента с внутрипочечной дорсально-ориентированной лоханкой почки при пиелопластике пришлось выполнить конверсию из-за технических трудностей и невозможности достичь цели операции выбранным доступом. В основной группе и группе лапароскопических операций отмечена ранняя активизация пациентов (в среднем на 2,4 сут). Средний срок активизации пациентов после открытых операций составил 3,7 сут. Длительность пребывания больных в стационаре после ретроперитонеоскопических операций составила в среднем 5,9 дня, после лапароскопических – 5,8 дня, а после открытых – 11,8 дня. В основной группе послеоперационных осложнений не отмечено. В группе лапароскопических вмешательств осложнение в виде мочевого затека после пиелопластики зарегистрировано у 1-го пациента.

Выводы: ретроперитонеоскопические операции могут быть успешно использованы в детской хирургии при заболеваниях верхних мочевых путей и имеют преимущества перед открытыми операциями, о чем свидетельствует снижение объема интраоперационной кровопотери, сокращение сроков реабилитации и пребывания пациентов в стационаре после операции. При этом результаты ретроперитонеоскопических вмешательств сопоставимы с лапароскопическими операциями. Абсолютными показаниями к ретроперитонеоскопическим операциям являются: наличие в анамнезе неоднократных операций на органах брюшной полости; носительство вентрикуло-перитонеального шунта; дорсально-ориентированная лоханка почки у пациентов с гидронефрозом; солитарная киста почки, расположенная по заднелатеральной поверхности.

1698. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИАЛЬНОГО ДОСТУПА К БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ДЛЯ КОРТИКОТОМИИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Воробьев А.А., Баринов А.С., Царьков П.С., Демидов И.К.

Волгоград

ГБУВМНЦ

Актуальность: В настоящее время проведение операций у людей с косметическими деформациями нижних конечностей предъявляет высокие требования к технике оперативных вмешательств. Наиболее важными из которых являются максимальная безопасность оперативных приемов, а так же косметичность оперативных доступов. Для лучшего косметического результата размеры кожных разрезов должны быть минимальными. Но при этом разрез должен позволять без затруднения выполнять все этапы оперативного приема. Материалы и методы: в период с 2010 по 2017 года нами выполнено 662 кортикотомии большеберцовой кости, с целью исправления варусной деформации голеней. Возраст пациентов варьировался от 18 до 50 лет. Во всех случаях применялся медиальный доступ к большеберцовой кости для кортикотомии большеберцовой кости. Показанием для применения данного доступа является коррекция варусной деформации большеберцовой кости с использованием чрескостного остеосинтеза. Положение больного на операционном столе: на спине, под бедром и пяткой опоры, голень находится в горизонтальном положении. Направление разреза: начинают на 0,5-1 см дис-



тальнее проксимальной опоры аппарата или на 4-5 см дистальнее щели коленного сустава, ведут его продольно вдоль медиального края большеберцовой кости в дистальном направлении на 2,5-3 см. Этапы доступа: 1) Разрез кожи проводится аккуратно, чтобы не повредить поверхностно лежащие притоки v.Sarpena magna. 2) Затем тупо проводится расслоение подкожной клетчатки по ходу кожного разреза. 3) Удерживая края раны с помощью крючков Фарабефа, визуализируют большеберцовую кость. 4) С помощью зажима «москит» формируется отверстие в собственной фасции по медиальному краю большеберцовой кости, за заднюю поверхность большеберцовой кости заводится элеватор. Примечание. В зоне оперативного действия на большеберцовой кости могут визуализироваться места прикрепления сухожилий m.Semimembranosus, m.sartorius, gracilis, semitendinosus, которые, если находятся на линии остеотомии, могут быть частично пересечены скальпелем перпендикулярно продольной оси кости. Что бы ограничить травматизацию краев раны инструментами, не следует растягивать кожу. Оптимальная длина разреза должна быть равна половине периметра верхней апертуры операционной раны. Формула для расчета необходимого периметра верхней апертуры операционной раны: $P=2(a+2b)+2c$, где P-периметр верхней апертуры, a-ширина остеотомии, b-ширина элеватора, c-толщина элеватора. Таким образом минимальная длина разреза при использовании остеотомии и двух элеваторов или крючков средних размеров должна быть 2,5-3 см. Послеоперационные раны зашивались внутрикожным швом, нитями «пролен» 3,0. Швы снимались на 14-16 сутки после операции. Результаты: в послеоперационном периоде оценивалось состояние послеоперационного рубца. 25% процентов пациентов оценивали состояние рубца как отличное. 64% - хорошее. 11% - удовлетворительное. В отдаленном послеоперационном периоде (более одного года), ширина послеоперационного рубца не более 2-х миллиметров, что является хорошим результатом. У 468 (70,69%) отмечалось выравнивание цвета рубца по цвету кожи. Следует отметить, что явления лимфостаза в послеоперационном периоде выявлено не было ни в одном случае.

Выводы: учитывая что, описываемый доступ к большеберцовой кости отвечает требованиям малой травматичности, обеспечивает свободу действия хирурга, а так же отличный эстетический результат в послеоперационном периоде, его необходимо использовать при медиальной кортикотомии большеберцовой кости верхней трети голени.

1699. КАК УЧИТЬ ХИРУРГОВ МОСКВЫ?

Луцевич О.Э, Галлямов Э.А., Жаугашев А.Е.

Москва

- 1) МГМСУ имени А.И. Евдокимова
- 2) Учебный центр для медицинских работников - Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы

Актуальность: Проблема обучения навыкам лапароскопии актуальна как никогда ранее. По оснащенности хирургических стационаров Москва ничуть не уступает мировым столицам, а вот по доле лапароскопии в общем объеме выполняемых оперативных вмешательств, а также в спектре выполняемых лапароскопических операций уступает сильно. Возникает закономерный вопрос: чтобы хирурги лапароскопически оперировали больше и шире их нужно обучать. На сегодняшний день существует масса образовательных программ, тренажеров и курсов. Как выбрать из всего предложенного многообразия? Как именно обучать?

Материалы и методы: С 2014 года на кафедре факультетской хирургии №1 МГМСУ имени А.И.Евдокимова, а с марта 2016 года на базе МСЦ Боткинской больницы ведется исследование корреляции базовых навыков лапароскопии со спектром выполняемых операций. За это время проанализированы данные более чем 500 оперирующих хирургов, урологов, гинекологов. Сопоставлялся уровень базовых хирургических навыков со спектром выполняемых операций (из анкеты). Собранные данные позволили нам выяснить следующее: 1. более 80 % докторов, оперирующих лапароскопически не владеют навыками интракорпорального шва. 2. хирурги, владеющие навыками интракорпорального шва выполняют больший спектр лапароскопических операций. Это позволило сформулировать следующие положения - необходимо масштабное обучение хирургов, а также обучающие программы должны быть основаны на обучении мануальному лапароскопическому шву. В связи с этим, с марта 2016 года на базе Московского симуляционного центра Боткинской больницы по инициативе главного хирурга Москвы профессора Шабунина А.В. сотрудниками кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ организован авторский трехдневный курс «интракорпоральный шов» и начата масштабная программа по обучению всех хирургов Москвы. За неполный год обучение прошли более 430 хирургов городских стационаров. Навыки хирургов оценивались в начале курса и в конце.

Результаты: Анализ полученных данных показал



что более 90% курсантов прошедших курс при контрольных измерениях показывают экспертный навык мануального эндоскопического шва (полностью формируют отдельный интракорпоральный шов менее чем за 2 минуты). Анализ других базовых навыков в конце курса показал, что курсанты успешно прошедшие курс справляются с другими заданиями также на экспертном или на близком к экспертному уровню.

Обсуждение: При наличии такого успешного курса возникает вопрос - зачем нужны остальные?

Выводы и рекомендации: На сегодняшний день мы имеем самый эффективный в Европе курс. (90% курсантов выполняют самый сложный базовый мануальный навык лапароскопии на экспертном уровне). Мы имеем самую масштабную действующую программу по обучению хирургов мануальным навыкам лапароскопии (больше половины всех московских хирургов уже прошли обучение). При последующих опросах через месяц и через три месяца хирурги отмечали несколько моментов: 1. оперировать стали увереннее 2. начали делать более сложные операции 3. даже операции, не требующие навыков шитья стали проходить лучше. С марта 2017 года мы начинаем анализировать операционные журналы и оценивать реальный уровень изменений каждого хирурга, каждой московской больницы и всего города в целом. Остается вопрос - чему еще обучать хирургов?

1700. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Додай В.А., Борисов Д.Л., Терюшкова Ж.И.

Челябинск

МБУЗ ГKB №8 отделения гнойной хирургии и колопроктологии, кафедра госпитальной хирургии ЮУГМУ

Актуальность. Лечение пациентов с несформированными кишечными свищами (НКС) до сих пор остается актуальной проблемой современной хирургии. НКС составляют 1%-2% от всех послеоперационных осложнений абдоминальной хирургии. До настоящего времени летальность при НКС, особенно, высоких тонкокишечных, достигает 20%-71,7%. Попытки раннего радикального оперативного лечения НКС не всегда приводят к успешному результату. Известны способы купирования гнойно-деструктивных процессов в ране с исполь-

зованием мазевых повязок, временной obturацией свища и применением активно-аспирационной системы. Здесь имеет место ряд сложностей, связанных с трудно корригируемыми потерями химуса и тяжелой деструкцией тканей брюшной стенки в области свища. Obturация при НКС неизбежно приводит к увеличению размеров дефекта кишечной стенки.

Цель исследования. Проанализировать опыт применения вакуумной терапии (NPWT) в лечении НКС с 2013-2016 годы: а) сравнить время купирования гнойно-деструктивного процесса в области свища, с применением NPWT и без; б) определить прямую зависимость возможности консервативного закрытия свища с применением NPWT, от исходных размеров дефекта стенки кишки, несущей свищ.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты лечения 18 пациентов с НКС после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости методом NPWT. Критерием включения считали наличие наружного несформированного кишечного свища ЖКТ после хирургического вмешательства. Возраст пациентов варьировал в пределах от 18 до 81 лет и составил в среднем 56,9 лет. Преобладали женщины (67%). Распределение пациентов в зависимости от размеров дефекта стенки кишки до 10 мм – 14 (77,8%), 10 мм и более – 4 (22,2%). Группу сравнения составили 38 человек сопоставимых по возрасту и патологии за период 2004-2012гг. В данной группе для купирования гнойно-деструктивных осложнений не применялся метод вакуумной терапии (мазевые повязки, временная obturация свища, активная аспирация).

Результаты исследования. Применялся постоянный режим, диапазон -30 -50 мм.рт.ст (небольшой присасывающий эффект, не увеличивающий кишечные потери, выявлен эмпирически). Применение метода NPWT у пациентов с наружными НКС позволяет купировать гнойно-воспалительные осложнения в 100% , в сравнении с другими методами в 2-3 раза быстрее (4-8 е сутки). При дефекте стенки кишки до 10 мм способствует консервативному закрытию кишечного свища, а при более 10 мм сокращает сроки трансформации в сформированный трубчатый свищ с меньшим объемом потерь в сравнении с другими методами (в 1,5-2 раза); применению в дальнейшем калоприемников, компенсации потерь, подготовке пациента к плановой реконструктивной операции. Заключение. NPWT в лечении НКС позволяет в короткие сроки купировать гнойно-деструктивные осложнения в сравнении с другими методами (2-3 раза), усиливает репаративный потенциал окружающих тканей, стимулирует рост грануляционного вала, за счет чего, увеличивает возможность консерва-



тивного закрытия НКС при размерах дефекта до 10 мм. На наш взгляд является методом выбора в лечении пациентов с НКС.

1701. ВЫБОР СПОСОБА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ GIST ЖЕЛУДКА

*Эктов В.Н., Музальков В.А., Донченко В.К.,
Чернышова Н.В., Груднев А.А.*

Воронеж

БУЗ ВО "ВОКБ №1"

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST), описанные в 1983 г. относят к группе редких опухолей желудочно-кишечного тракта, мезенхимального происхождения с характерной морфологической и иммуногистохимической картиной. Цель нашего сообщения представить данные о лечении больных с GIST в БУЗ ВО «ВОКБ №1» с применением малоинвазивных технологий. 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 35 до 79 лет. В связи с распространенностью процесса, четверым больным выполнены субтотальные резекции желудка, одному гастрэктомия с удалением сальников, частичной лимфодиссекцией; 38 пациентов, оперированы малоинвазивными способами. В большинстве случаев GIST находились в теле и антральном отделе желудка. В 6 случаях опухоль располагалась в кардиальной части и дне желудка. Для подтверждения GIST, нами используется весь арсенал исследований, включенный в диагностический алгоритм. В обязательном порядке применяем эндоскопическое УЗИ. Используем видеозоэндоскопы 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 дает возможность выбрать способ оперативного лечения. В случае возможности удаления опухоли, дооперационная биопсия нами не проводится, так как высок риск диссеминации клеток, а малое количество полученного материала бывает недостаточным для морфологической верификации и установления степени митотической активности. В зависимости от размеров опухоли мы используем различные способы оперативного вмешательства. Эндоскопическая подслизистая резекция и энук-

клеация опухолей размером до 1 см 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, имеющей как эндофитный так и экзофитный рост, производим лапароскопическую секторальную резекцию желудка в пределах неизмененных тканей. Дефект стенки желудка ушиваем ручным эндоскопическим швом или с помощью сшивающих аппаратов (Covidien GIA). При локализации GIST на задней стенке, опухоль удаляем трансгастрально с помощью эндоскопических сшивающих аппаратов. У 11 больных GIST желудка были размерами от 5 до 10 см, которые относятся к среднему и высокому риску рецидива, в связи, с чем нами 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 дает возможность выбрать оптимальный вариант оперативного лечения, обеспечивающего радикальный объем вмешательства. Применение различных способов малоинвазивных технологий, в зависимости от стадии заболевания, позволяет избежать излишней операционной травмы, свести до минимума послеоперационные осложнения и добиться высокого качества жизни пациентов после операции.

1702. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ТЭЛА ПОСЛЕ ДЕЗОБЛИТЕРАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Немирова С.В.

Нижний Новгород

НижГМА

Тромбоэмболия легочных артерий, вне сомнения, является одним из наиболее сложных для диагно-



стики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, характеризующимся широкой распространенностью и высоким процентом рецидивов с последующей инвалидизацией значимой доли больных, в том числе – трудоспособного возраста. Риск рецидива ТЭЛА особенно высок в ближайшие 3 месяца после первого эпизода, однако у многих пациентов он остается на протяжении более длительного периода, иногда – всю жизнь, особенно это касается больных с тяжелыми врожденными тромбофилиями, онкопатологией и множественными сопутствующими заболеваниями органов сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем. Цель: оценить эффективность современных способов вторичной профилактики венозного тромбоза после дезоблитерации легочных. Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии им. Б.А. Королева Нижегородской государственной медицинской академии по поводу ТЭЛА и ХПТЭЛГ было прооперировано 152 пациента. Мужчин в группе было 72 (47,37%), женщин – 80 (42,63%), средний возраст составил 51,33±5,27 (от 19 до 85) лет. При визуализации тромботических масс в правом желудочке, стволе ЛА или ее главных ветвях на фоне дисфункции ПЖ больному проводили экстренное оперативное лечение в условиях специализированного стационара – эмболэктомию или тромбэндартерэктомию из ЛА в условиях ИК продольного стернотомного доступа. В случае острой эмболии при преимущественно одностороннем поражении легочной артерии выполнялась эмболэктомию «на работающем сердце» без ИК из одностороннего торакотомного доступа. Восстановление легочной гемодинамики считали адекватным при восстановлении центрального и ретроградного легочного кровотока и снижении ДЛА, определяемого прямыми методами и/или расчетно по степени регургитации на ТК, а также при отсутствии дефектов наполнения в ЛА при АПГ и приросте сатурации кислорода. Во всех случаях обеспечивали адекватную оксигенацию, инотропную поддержку, адекватное обезболивание, антибактериальную терапию и лечение сопутствующей патологии. При наличии эмболоопасного тромбоза магистральных вен выполняли тромбэктомию и клипацию сосуда проксимальнее места тромбоза (12), перевязку вены (3, во всех случаях – большой подкожной вены), при хроническом многократно рецидивирующем течении ВТЭО – имплантацию кава-фильтра (5, во всех случаях – TrapEase Cordis). В качестве антикоагулянтов интраоперационно применяли НФГ с последующим переходом на НМГ, дозу которых подбирали с учетом АЧТВ. В первые годы при выборе пероральных антикоагулянтов предпочтение отдавали антагонистам витамина К (варфарин), применяемым под контролем МНО (группа 1), при

достижении терапевтического диапазона которого пациент выписывался из стационара и дальнейший подбор и контроль дозы осуществлялся в амбулаторных условиях. В настоящее время для пролонгированной профилактики назначают прямые пероральные антикоагулянты в соответствии со стандартными схемами при достижении положительной динамики вплоть до исчезновения повышенного риска рецидива тромбоза, или пожизненно при наличии перманентных факторов (группа 2). На фоне АКТв обеих группах продолжали комплексное лечение и профилактику ТГВ, заключавшиеся в приеме флеботропных препаратов, ношении компрессионного трикотажа, а также оптимальной физической активности пациента. Результаты. В первой группе отмечалась достоверно меньшая приверженность пациентов к АКТ, в 2,07 раза чаще больные самостоятельно отменяли или «временно» прекращали прием антикоагулянтов с возобновлением в разные сроки, с чем отчетливо были связаны 12 случаев рецидива ТГВ и 4 рецидива ТЭЛА, в т.ч. – один, приведший к летальному исходу. Отсутствие необходимого лабораторного контроля стало причиной передозировки препарата и развития малых и больших, жизнеугрожающих кровотечений в 9 и 3 случаях соответственно. Во второй группе большинство пациентов соблюдали предложенную схему и придерживались сроков АКТ. Рецидивы ВТЭО в 3 случаях развились при нарушении рекомендаций. Также во 2 группе отмечалась большая скорость регресса резидуальной ЛГ, что мы связываем с отсутствием тромбозов «in situ» в микроциркуляторном русле легких, а также отсутствием новых очагов инфарктов легких при смешанной центральной и периферической локализации эмболов. Выводы. Адекватная профилактика рецидива ТЭЛА и предотвращения формирования ХТЛГ у пациентов, перенесших дезоблитерацию ЛА, возможна при оптимальном соблюдении схемы и сроков терапии и наиболее эффективна при использовании в комплексе лечения новых пероральных антикоагулянтов.



1703. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

Эктов В.Н., Музальков В.А., Донченко В.К., Чернышова Н.В., Сарычев П.В., Музальков И.В.

Воронеж

БУЗ ВО "ВОКБ №1"

Лапароскопическая спленэктомия признана «золотым стандартом» при хирургическом лечении аутоиммунной тромбоцитопении (ИТП), аутоиммунной гемолитической анемии (АИГА), наследственных гемолитических анемий (НГА), ряда других заболеваний крови и очаговых образований селезенки. Наиболее частой причиной конверсии ЛС, особенно у больных с выраженным геморрагическим синдромом, является интраоперационное кровотечение. Для снижения риска оперативного лечения применяется предоперационная эндоваскулярная эмболизация (ПЭЭ) селезеночной артерии с последующей спленэктомией через несколько дней до 1-1.5 месяцев. Однако, в отдаленные сроки после ПЭЭ развившаяся сеть коллатерального кровообращения, выраженный спаечный процесс вследствие периспленита исключает возможность лапароскопической спленэктомии. В настоящей работе мы сообщаем о результатах лечения больных с заболеваниями системы крови, в комплексную лечебную программу которых была включена спленэктомия с предоперационной эндоваскулярной тотальной эмболизацией селезеночной артерии, проведенной за 2 часа до хирургического вмешательства. По предложенной схеме оперировано 17 пациентов с ИТП с выраженным геморрагическим синдромом, у которых отсутствовал эффект от медикаментозного лечения. Больные с заболеваниями системы крови обследованы по единой схеме. Определение размеров селезенки до операции с помощью ультразвукового сканирования и компьютерной томографии имеет большое значение для выбора способа операции. Оценка степени выраженности геморрагического синдрома, выявлению характера биохимических нарушений позволяют определить риск проведения оперативного вмешательства, и развития возможных осложнений в послеоперационном периоде. Показания к спленэктомии определяли индивидуально для каждого больного совместно с гематологами с учетом диагноза заболевания, его осложнений, клинико-гематологических показателей. Оперативное лечение начинали с эндо-

вазкулярной эмболизации селезеночной артерии, которую выполняли из доступа через бедренную артерию, по методике Сельдингера. На диагностическом этапе выполняли целиакографию и только затем проводили катетеризацию и окклюзию селезеночной артерии с помощью спирали для сосудистой эмболизации IMWCE, гемостатической губки, фрагментами фетровой ткани. Через 2 часа после эмболизации селезеночной артерии больным производили ультразвуковое сканирование селезенки, при котором было установлено уменьшение ее в размере до 10-15%, при определении времени образования сгустка отмечается его сокращение на 30-50 секунд. При определении количества тромбоцитов значимых изменений не было. Следующим этапом оперативного лечения выполнялась лапароскопическая спленэктомия на стойке "Aesculap" (Germany). Положение больного на спине. После создания карбоксиперитонеума (CO₂ с давлением 12-15 мм. рт. ст.) устанавливали три дополнительных порта, располагая их по переднелатеральному краю реберной дуги справа и слева, и один – под мечевидным отростком грудины. Затем поднимали головной конец операционного стола на 12-15° с поворотом на правую сторону. Для операции использовали лапароскоп с углом обзора 30°. При мобилизации селезенки применяли электрохирургическую платформу «Force Triad», Covidien (USA), Ultra Cision Harmonic Scalpel. Вначале освобождали нижний полюс селезенки, затем рассекали желудочно-селезеночную связку получая доступ к сосудистой ножке. Сосуды ворот селезенки по отдельности выделяли, клипировали и пересекали. Если ширина селезеночной артерии и вены превышали размеры клипсы, то для пережатия использовался хирургический клиппапликатор «Hem-o-lok» или наложение сосудистого степлера. Для профилактики посттравматического панкреатита важно визуализировать хвост поджелудочной железы, чтобы избежать повреждения или рассечения ее паренхимы. Окончательно выделенную селезенку удаляли после ее размельчения в эндоскопическом мешке через 12-миллиметровый латеральный порт. После этого выполняли ревизию брюшной полости. Дренирование брюшной полости после спленэктомии считаем обязательным этапом, так как это позволяло динамически наблюдать за характером отделяемого из брюшной полости. При использовании описанной схемы оперативного лечения, конверсий при лапароскопической спленэктомии не было. Таким образом, предварительная эндоваскулярная редукция селезеночного кровотока позволила свести к минимуму интраоперационную кровопотерю не только за счет снижения кровотока и сокращения объема селезенки, но и из-за уменьшения выраженности геморрагическо-



го синдрома. Лапароскопическая спленэктомия в ранние сроки после ПЭЭ предотвращает развитие болевого синдрома, сокращает вероятность осложнений связанных с ишемическими изменениями селезенки. Лапароскопическая спленэктомия, усовершенствованная предложенными техническими приемами, позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений у больных, особенно среди пациентов с выраженным геморрагическим синдромом.

1704. ПРИЧИНЫ ДИСФАГИИ ПОСЛЕ АНТИРЕФЛЮКСНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Тимербулатов М.В. (1), Сендерович Е.И. (1),
Гришина Е.Е. (1), Зиганшин Т.М. (2)*

Уфа

1) ФГБОУ ВО БГМУ2) ГБУЗ РБ ГKB №21

Актуальность. В настоящее время количество успешных лапароскопических антирефлюксных операций составляет около 90%. Кроме рецидива рефлюкса, послеоперационная дисфагия является самым распространенным осложнением, частота которого по литературным данным составляет 3-30%. Цель исследования. Выявление морфологических причин дисфагии после лапароскопических антирефлюксных операций.

Материалы и методы. Ретроспективно анализированы результаты оперативного лечения 259 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, оперированных в клинике факультетской хирургии БГМУ на базе 1 хирургического отделения ГБУЗ РБ ГKB №21 с 1999 по 2017 годы. Также с 2010 по 2017годы обратились 8 пациентов, оперированных в различных клиниках страны с жалобами на стойкую дисфагию в сроки от 6 месяцев до 2 лет после операции. Все больные разделены на группы в зависимости от метода выполненной лапароскопической циркулярной фундопликации: «Nissen-Rossetti» (N=149), «Floppy Nissen» (N= 87) и «Сетка» (N=23). У всех больных выполнена позадипищеводная крурорафия, в группе « Сетка» швы на ножках диафрагмы дополнительно укреплены прямоугольным сетчатым имплантом 6x4 см. Изучены непосредственные результаты на 2-е сутки после оперативного лечения и отдаленные: от 6 месяцев до 5 лет после операции. Для градации дисфагии использована шкала: 0- нет дисфагии, 1 – легкая дисфагия на твердую пищу, 2 – выраженная дисфагия на твердую пищу, 3- дисфагия на жидкую пищу, 4 – дисфагия на воду. Проведено комплексное исследование причин дисфагии с

использованием современных инструментальных методов. Предоперационная манометрия пищевода выполнена у 86% пациентов, у 100% пациентов с выявленной дисфагией в послеоперационном периоде.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде 56 пациентов (23%) жаловались на проблемы с глотанием жидкой пищи, 7 пациентов (3%) не могли глотать воду. Не выявлено различий в частоте ранней дисфагии между у группами ($p=0,871$). В отдаленном послеоперационном периоде 21 пациент отмечали дисфагию различной степени тяжести. Медиана давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) до операции составляла 13,9 (интерквартильный размах от 9 до 20,1) мм.рт.ст. Не выявлено различий в среднем значении давления НПС между группами ($p=0,673$). Во всех группах до оперативного лечения выявлены манометрические признаки неэффективной моторики пищевода. У пациентов с дисфагией давление НПС статистически значимо выше предоперационных значений ($p=0,00003$), медиана 28 (интерквартильный размах от 15,7 до 36,8) мм.рт.ст. Надо отметить, что из 23 больных в группе «Сетка» 7 пациентов испытывали стойкую дисфагию той или иной степени. По данным рентгенологического и эндоскопического исследований пациенты с дисфагией разделены на группы: 1 - с признаками стеноза на уровне пищеводно-желудочного перехода и супрастенотическим расширением пищевода (N=10); 2- с признаками рецидива грыжи или миграцией манжеты в грудную клетку (N=8); 3- без рентгенологических изменений с эндоскопическими признаками патологии манжеты (N=3). У 5 пациентов из 1 группы сдавление пищевода ножками диафрагмы подтвердилось во время рефундопликации, у 3 пациентов из 1 группы симптомы и рентгенологические признаки купировались на фоне нескольких бужирований эндоскопом. Обсуждение. Многие авторы связывают стойкую дисфагию в послеоперационном периоде с пересечением коротких желудочных сосудов и, как следствие, с формой фундопликационной манжеты. В нашем исследовании не выявлено различий между группами «Nissen-Rossetti» и «Floppy Nissen» в количестве пациентов с послеоперационной дисфагией, значительно отличается группа с протезирующей пластикой пищевода отверстия диафрагмы. В ходе исследования у 18 из 21 пациента с дисфагией выявлены проблемы на уровне пищевода отверстия диафрагмы, не связанные с манжетой.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что стойкая дисфагия в отдаленном послеоперационном периоде связана в большей мере с чрезмерной или недостаточной крурорафией, нежели с фундопликационной манжетой.



1705. ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОКОЛЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Павленко А.Н. (1), Крестьянинов С.С. (1),
Сахаров А.А. (2), Павлов Р.В. (1)

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ «СПМЦ» Минздрава РФ
- 2) ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»

Введение. По данным анализа современной литературы, аудит результатов хирургического лечения больных раком правых отделов ободочной кишки привел к изменению техники выполнения правосторонней гемиколэктомии. В настоящее время рекомендованной методикой является - тотальная мезоколэктомия ("complete mesocolic excision"). Эта операция подразумевает центральную перевязку питающих сосудов у их основания с моноблочным удалением апикальных лимфатических узлов (лимфодиссекция D3) ограниченных висцеральной фасцией толстой кишки и отсечением ее брыжейки у места прикрепления.

Цель исследования. Изучить безопасность и целесообразность метода тотальной мезоколэктомии. Материалы и методы исследования. С 2010 года на базе Ленинградского областного онкологического диспансера проводится проспективное рандомизированное исследование по оценке безопасности и онкологической эффективности метода тотальной мезоколэктомии у пациентов с опухолями правых отделов ободочной кишки. Для анализа результатов лечения была составлена карта кодирования историй болезни основанная на 91 признаке. Для статистической обработки информации использован пакет прикладных программ Statistica 10.0 for Windows.

Результаты. С 2010 по март 2017 гг выполнено 71 операция с тотальной мезоколэктомии и лимфодиссекции D3, эти пациенты составили контрольную группу. У 105 пациентов выполнена правосторонняя гемиколэктомия по стандартной методике с лимфодиссекцией D2, эти пациенты вошли в группу сравнения. Комбинированные операции с резекцией или удалением смежных органов были выполнены у 11 (15,4%) пациентов в контрольной группе и у 20 (19,04%) в группе сравнения. Средний возраст, сопутствующая патология и индекс массы тела в обеих группах достоверно не отличались. Послеоперационные осложнения развились у 11 (10,4%) пациентов в группе сравнения и у 7 (9,8%) пациентов в контрольной группе. Летальность в группе сравнения составила 1%,

умер 1 пациент. Летальных исходов в контрольной группе не было.

Выводы. Методика тотальной мезоколэктомии и лимфодиссекции D3 при правосторонней гемиколэктомии является безопасной и не отличается от традиционной методики операции по частоте послеоперационных осложнений. Ключевые слова: тотальная мезоколонэктомия, правосторонняя гемиколэктомия, лимфодиссекция D3.

1706. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Лядов В.К., Ильина О.В.

Москва

ФГАУ "Лечебно-реабилитационный центр"
Минздрава РФ

Актуальность. Количество радикальных операций на желудке, выполняемых в том числе и у пожилых пациентов, с каждым годом растет. В то же время число хирургических осложнений после радикальных операций на желудке остается довольно большим. На переносимость травматичных операций влияют пожилой возраст, индекс коморбидности и сопутствующая нутритивная недостаточность. Госпитальная послеоперационная летальность после гастрэктомии составляет 2,4%, частота послеоперационных осложнений 11%. По данным литературы общая частота осложнений после операций у пожилых пациентов (медиана возраста 82 года) составляет 18% и смертность 3,6%, частота тяжелых осложнений (>3 степени по Clavien-Dindo) 8,4%. К наиболее часто встречающимся осложнениям относятся несостоятельность эзофагоэнтеро- и гастроэнтероанастомозов, а также язвы гастроэнтероанастомозов и замедленная эвакуация из культи желудка. К нехирургическим осложнениям относятся пневмонии, респираторный дистресс-синдром, нарушения ритма сердца, послеоперационная энцефалопатия. Внедрение стандартизованных протоколов ускоренного восстановления способствует снижению числа осложнений.

Материал и методы. В 2016 г в отделении хирургической онкологии ФГАУ ЛРЦ Минздрава РФ выполнено 105 радикальных операций на желудке, в том числе 9 по поводу ГИСО. Медиана возраста пациентов 65 лет. Среди пациентов было 50 женщин и 55 мужчин. Всего выполнено 32 лапароскопических операции и 73 открытые операции. По возможности операции выполнялись лапароско-



пически. Медиана продолжительности открытых операций составила 220 минут и 237 минут лапароскопических. Время предоперационного голодания не превышало 6-8 часов для твердой пищи и 2 часа для сладких жидкостей. Все пациенты были активизированы в первые сутки после операции. Питье прозрачных жидкостей разрешено с первых суток после операции, начиная с 200 мл и постепенно увеличивая объем до литра. Адекватная анальгезия обеспечивалась комбинацией НПВС, продленной эпидуральной анальгезии и наркотических анальгетиков, при необходимости КПА. Полученные результаты В группе лапароскопических операций отмечено 6 осложнений 1 степени по Dindo-Clavien (25%), 2 осложнения 2 степени (8,3%), 1 осложнение 3b степени (4,3%). Смертность составила 16,6% (4 пациентов). Начало перорального питания на 4-5 сутки, удаление дренажа на 2-3 сутки. Медиана койко-дня 8. Основной причиной летальных исходов в данной группе послужила несостоятельность аппаратного эзофагоэнтероанастомоза и связанное с ней развитие гнойно-септических осложнений. В группе открытых операций отмечено 16 осложнений 1 степени по Dindo-Clavien (22%), 5 осложнений 2 степени (7%), 5 осложнений 3a степени (7%), 9 осложнений 3b степени (12,3%), 1 осложнение 4b степени (1,4%). Послеоперационный делирий, потребовавший перевода пациента в отделение реанимации, развился у одного пациента с известной ранее ДЭП. 1 пациент погиб в результате развития мезентериального тромбоза на 10 сутки после операции. Начало перорального питания на 5-6 сутки, удаление дренажа на 4-5 сутки, медиана койко-дня 8. При решении вопроса о выписке оценивалось соответствие пациента 4 основным функциональным критериям: адекватное обезболивание пероральными анальгетиками, достаточная активность и самообслуживание, адекватное пероральное питание, отсутствие клинически значимых отклонений в лабораторных анализах и инструментальных данных. Обсуждение Активное внедрение протоколов ускоренного восстановления на всех этапах послеоперационного ведения пациента позволяет снизить частоту осложнений после операций, улучшить общие исходы и сократить послеоперационное пребывание в стационаре и затраты на лечение. Выводы и рекомендации Применение протоколов Fast Track после операций на желудке способствует более раннему восстановлению пациентов как после открытых, так и после лапароскопических операций и не сопровождается значимым увеличением количества осложнений. Применение протоколов ускоренного восстановления может с успехом применяться у пожилых пациентов, не приводя к увеличению количества осложнений. Лапароскопический доступ

при гастрэктомиях требует дальнейшего усовершенствования и стандартизации методики наложения эзофагоэнтероанастомоза.

1707. ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ. ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

*Инжеватов В.В.(1), Раскатова Е.В.(4),
Резяпкин Г.И.(2), Алексанян В.М.(1),
Ермаков Д.Ф. (1), Оськин А.Н. (3),
Шабловская Т.А. (1)*

Москва

1) МГМСМУ, 2) ГКБ №1, 3) ЦКБ УДП РФ, 4) ГКБ №68

Актуальность. Экспериментальное подтверждение эффективности и безопасности планового оперативного лечения больных с грыжами передней брюшной стенки по программе хирургии одного дня с позиций мультимодальной стратегии ускоренной реабилитации пациента.

Материал и методы. За 2013-2015 гг., в условиях Центра амбулаторной хирургии располагавшегося на базе многопрофильной поликлиники г. Москвы – Филиал №1(ГП№185) ГП№36, проведено плановое хирургическое лечение 176 пациентов с заболеваниями. Мужчин - 95 (54%), женщин – 81 (46%). Средний возраст 51,3 года. Распределение пациентов в зависимости от локализации грыжи: паховая грыжа – 68 (38%), пупочная грыжа – 63 (36%), послеоперационная вентральная грыжа (ПОВГ) – 21 (14%), грыжа белой линии живота – 24 (12%). Перед операцией проводилось стандартное лабораторно-инструментальное обследование, а также консультации специалистов и анестезиолога. Оперированные пациенты принадлежали к I,II и III классу по шкале оценки физического состояния ASA. Сопутствующие заболевания имели 67% пациентов: гипертоническая болезнь – у 26%, ИБС - у 15%, сахарный диабет – у 7%. Возможность хирургического лечения пациентов III класса по ASA, т.е. с тяжелыми, но компенсированными заболеваниями решались в каждом случае индивидуально, с учетом кардиального статуса, вида анестезиологического пособия, характера и продолжительности оперативного вмешательства. Операционно-анестезиологический риск по шкале МНОАР не превышал 2-й степени. Основной метод обезболивания – спинальная анестезия. Местная инфльтрационная анестезия применялась при грыжах небольшого размера, а также при высоком расположении грыж белой линии живота и послеоперационных грыж. Ненатяжная герниопластика современными макропористыми монофиламентными полипропиленовыми имплантатами



(Parietene PPL, Prolene, Surgipro SPM) выполнена 155 (88%) пациентам. У пациентов с паховыми грыжами во всех случаях был использован способ Lichtenstein. При пупочных грыжах и грыжах белой линии живота применена sub-lay пластика. Пациентам с ПОВГ выполнены реконструктивные методы пластики с ретромускулярным расположением синтетического имплантата и полным сопоставлением прямых мышц живота. 15-ти пациентам с пупочными грыжами при величине грыжевых ворот до 1,0 см (9 %), пластика выполнена местными тканями. После кратковременного (4-6 часов) наблюдения в дневном стационаре, по восстановлению функции тазовых органов и нижних конечностей со стабильными гемодинамическими показателями пациенты активизировались в бандажах, получали подробные рекомендации и транспортировались по месту жительства. Далее — амбулаторный режим. Результаты. 175 (99,4%) пациентов хорошо перенесли анестезию и оперативное вмешательство, активизированы и выписаны на амбулаторный режим в день операции. Один случай (0,6%) госпитализации в стационар из Центра – ТИГМ развилась через 2 часа после операции по поводу паховой грыжи у пациентки 60 лет с ГБ в анамнезе. Один случай (0,6%) госпитализации из дому – на 2 день после операции по поводу паховой грыжи – напряженная гематома послеоперационной раны. После кратковременного пребывания в стационаре пациенты продолжили амбулаторное лечение. Исход благоприятный. Обсуждение. На всех этапах лечения, от предоперационной подготовки до выписки, действия персонала и пациента были подчинены единой задаче – создание условий для ранней активизации пациента и, через это, переходу на амбулаторный режим в день операции. Определяющие факторы — рациональный отбор пациентов и минимизация операционной травмы. Спинальная анестезия для лечения паховых и пупочных грыж в условиях однодневной хирургии — метод выбора и хорошо переносится больными при использовании малотравматичных методик спинальной пункции. Ранняя активизация с использованием бандажей сразу после операции способствуют профилактике тромбозомболических и септических осложнений. Предопределенный порядок быстрого реагирования при возникновении неотложных состояний в раннем послеоперационном периоде, предполагающий мобильную связь, взаимодействие с СМП и многопрофильным стационаром — еще один фактор надежности в амбулаторных условиях. Выводы и рекомендации. Результаты исследования показали, что значительная часть пациентов с грыжами передней брюшной стенки могут быть эффективно и безопасно прооперированы в условиях хирургии одного дня.

1708. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Павленко А.Н., Крестьянинов С.С., Павлов Р.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ "СПМЦ" Минздрава РФ

Введение. Развитие малоинвазивной хирургии за последние 2 десятка лет привело к широкому внедрению лапароскопических технологий в повседневную практику. Не является исключением и онкология. В настоящее время "золотым стандартом" при локализованных опухолях колоректальной локализации становятся малоинвазивные вмешательства.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты выполнения лапароскопических вмешательств.

Материалы и методы. В анализ не вошли пациенты оперированные в 2009 и 2010 году. Для статистической обработки информации использован пакет прикладных программ Statistica 7 for Windows. В период с 2011 по март 2017 год на базе Онкологического центра комбинированных методов лечения ФГБУ «СПМЦ» и на базе Ленинградского областного онкологического центра были включены в исследование 206 пациента, которым выполнили операции по поводу колоректального рака лапароскопическим способом. У 11 пациентов (5.3 % от общего числа оперированных) произведена конверсия. Малоинвазивное хирургическое вмешательство выполнено 195 пациентам. Характеристика выполненных вмешательств: - лапароскопически-ассистированная брюшно-промежностная экстирпация - 16 (8.2%); лапароскопически-ассистированная правосторонняя гемиколэктомия - 52 (26.6%); лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки - 56 (28.7%) из них низкие резекции в сочетании с тотальной мезоректумэктомией - 28 (14.3%); лапароскопическая резекция сигмовидной кишки - 55 (28.2%); лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия - 12 (6.1%); лапароскопическая субтотальная колэктомия - 1 (0,51%, лапароскопическая резекция поперечной ободочной кишки – 2 (1.02%).

Результаты. В большинстве случаев (у 8 пациентов) причинами конверсии явилось местное распространение опухоли сопряженное с ожирением, в 2-х случаях причиной конверсии послужили конституциональные особенности (Г-образный анатомически узкий таз в одном случае и длинная брыжейка поперечной ободочной кишки в другом), у 1 пациента развилось интраоперационное



кровотечение из пресакральных вен, что также послужило причиной конверсии. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 6 пациентов перенесших лапароскопические вмешательства (3.07%). У 1 пациента развился синдром Маллори-Вейса с кровопотерей тяжелой степени, многократной меленой, в дальнейшем развилась несостоятельность десцендоректоанастомоза с разлитым перитонитом, что потребовало выполнения лапаротомии. У второго пациента в раннем послеоперационном периоде развилось внутрибрюшное кровотечение, что потребовало выполнения релапароскопии, остановки кровотечения из паранефральной клетчатки. В 3 (1.53 %) случаях развился послеоперационный парез кишечника, разрешившийся на фоне консервативной терапии. В послеоперационном периоде умер 1 пациент от ТЭЛА, послеоперационная летальность составила 0,51%.

Выводы. Таким образом, использование лапароскопически-ассистируемых оперативных вмешательств при колоректальном раке является целесообразным, стандартизированным подходом, который имеет ряд неоспоримых преимуществ. Применение лапароскопических технологий приводит к уменьшению числа послеоперационных осложнений, значительного снижения болевого синдрома и быстрого восстановления после операции.

1709. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЭТАПНОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ИЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ

*Акчури Р.С., Ширяев А.А., Галяутдинов Д.М.,
Власова Э.Е., Васильев В.П., Ильина Л.Н.,
Исмагилов Б.Р.*

Москва

Институт Клинической Кардиологии
им. А.Л.Мясникова РКНПК МЗ РФ

Выбор оптимальной хирургической тактики у пациентов с сочетанным поражением коронарного и брахицефального русла остается сложным, особенно при тяжелом поражении обоих сосудистых бассейнов.

Цель: провести анализ результатов одномоментной операции прямой реваскуляризации миокарда в сочетании с эндартерэктомией из коронарных артерий (ЭЭКА) и каротидной эндартерэктомии (КЭЭ). Материалы и методы: с января 2010 по декабрь 2016 года сочетанная операция

коронарного шунтирования (КШ) и каротидной эндартерэктомии была выполнена 66 пациентам, из них в 25 случаях тяжелое диффузное поражение коронарного русла потребовало выполнения одновременной эндартерэктомии из коронарных артерий. Средний возраст составил $68,3 \pm 6,9$ лет (от 52 до 79), соотношение мужчин и женщин - 21/4. У всех пациентов – трехсосудистое диффузное поражение коронарного русла и III – IV функциональный класс стенокардии. В 3 случаях до операции выполнялись чрескожные коронарные вмешательства с последующим рестенозом стентов. Клинические проявления церебральной недостаточности отмечены у 19 пациентов (76%), в 3 случаях (12%) в анамнезе имелось острое нарушение мозгового кровообращения. Операцию начинали с каротидной эндартерэктомии, после чего выполняли этап реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК). Во всех случаях на этапе коронарного шунтирования использовали значительное оптическое увеличение операционного микроскопа и микрохирургическую технику. Среднее время пережатия сонной артерии составило – $24,2 \pm 6,4$ мин, в 3 случаях был использован внутрисосудистый шунт. Продолжительность ИК – $117,4 \pm 28,5$ мин, ишемии миокарда – $73,6 \pm 21,7$ мин. Среднее количество коронарных шунтов – 4,5 на пациента (3-6). Эндартерэктомия из одной коронарной артерии была выполнена у 14, из 2х артерий – у 9, из 3х артерий – у 2 больных. В 2 случаях эндартерэктомия из коронарных артерий сопровождалась удалением ранее установленных стентов.

Результаты: В анализируемой группе летальных исходов, случаев периоперационного инфаркта миокарда, возобновления стенокардии, а также случаев периоперационного инсульта не было. В 3 случаях (12%) наблюдали явления умеренно выраженной послеоперационной энцефалопатии, без очагового поражения головного мозга, с быстрым эффектом от проведенной нейротрофической терапии. Еще в 2 случаях (8%) отмечена послеоперационная нейропатия ветвей лицевого нерва. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде назначались прямые антикоагулянты (гепарин) с переходом на терапию непрямыми антикоагулянтами, продолжительностью 6 месяцев.

Выводы: одномоментная реконструкция каротидного и коронарного русла в сочетании с эндартерэктомией из коронарных артерий является эффективным методом лечения пациентов с сочетанным критическим поражением сонных артерий и тяжелым диффузным поражением коронарного русла.



1710. ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИКОГДА НЕ ПОТЕРЯЮТ АКТУАЛЬНОСТЬ

*Бесов В.А., Смолькина А. В., Евсеев Р.М.,
Маракаев Д.Х., Ахмадуллоев И.Т.*

Ульяновск

Медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова
Ульяновского государственного университета

Целью нашего исследования явилось выявление определений резервов повышения качества оперативного лечения больных торакоабдоминальными ранениями. Во время экстренных дежурств хирургического отделения ГУЗ "Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М. Чучкалова", где располагается кафедра госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета проведён ретроспективный анализ 214 случаев торакоабдоминальных ранений (ТАР) за последние 5 лет. В ходе нашего анализа выявлены в 32,6 % случаев ошибки на первых этапах оказания медицинской помощи, что ещё раз подтверждает трудность постановки диагноза в первые часы травмы. Выявлена следующая локализация ранений: левосторонние - 67,3 % (144), правосторонние - 30,8 % (66), двусторонние - 1,9 % (4). Размер кожных ран, по нашим исследованиям, варьировал от 0,5 до 7,0 см. Чаще встречались одиночные ТАР, множественные - в 4,8 % случаев (10). В состоянии шока поступило 71 % пострадавших. Травма костного каркаса отмечена у 9,3 % (20). Кровотечение из наружной раны встречалось в 73 % (156). Но массивное было только у 1,2 %. Подкожная эмфизема, часто ограниченная, выявлена у 30 % раненых. Торакотомия проводится при ранении сердца, обширном повреждении легкого, большого гемоторакса, клапанного пневмоторакса. В других случаях применяли пункционный метод ликвидации гемоторакса и пневмоторакса или проводили дренирование плевральной полости с активной аспирацией. Только в случае неэффективности этих методов проводилась операция. При повреждении плевральной полости ранение сердца отмечалось в 7,5%, а легкого ранение отмечалось в 41,8%. По данным литературы ранение сердца наблюдалось в 5,1% - 10,5%, легкого соответственно 14,4% - 65,9%. Для диагностики повреждений брюшной полости использовали лапароскопическое исследование, и только при выявлении катастрофы в животе применяли лапаротомию. Показания к проведению лапаротомии более расширены. В наших наблюдениях ранения печени было у 25,2% пострадавших, селезёнки у

16,4%, кишечника - 10,5%. По данным литературы ранение печени отмечено в 19,8-31%, селезёнки - 13,5 - 22,9% и кишечника 6,3-16,2% случаев. После ликвидации повреждения в грудной или брюшной полости проводится ушивание раны диафрагмы. Ушивание раны диафрагмы со стороны брюшной полости сложнее, чем из плевральной полости. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 12,7% пострадавших. Летальный исход наблюдался у 9 пациентов, что составило 4,2% раненых. Причинами чего были: геморрагический шок, перитонит, острая сердечная недостаточность. Выводы: 1. Клиника колото - резаных торакоабдоминальных ранений характеризуется тяжёлым состоянием пострадавшего, массивной кровопотерей и развитием травматического шока. 2. Для проведения экстренной диагностики необходимо широко использовать инструментальные методы исследования, в том числе лапароскопию. 3. Для проведения оперативного вмешательства на обеих серозных полостях наиболее оптимальным является раздельный доступ. Раннее выявление торакоабдоминального ранения и проведение своевременного оперативного вмешательства с восполнением дефицита крови и проведение противошоковых мероприятий позволяет снизить летальность.

1711. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМОЙ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В.,
Савельева Т.А., Цуканов А.С.*

Москва

ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России

Актуальность: Ослабленная форма семейного аденоматоза толстой кишки (САТК) выявляется у 5-10% от общего числа всех пациентов, страдающих этим заболеванием. Общепринятой точки зрения на выбор лечебной тактики и объема хирургического вмешательства у этих пациентов до настоящего времени не выработано.

Цель: разработать хирургическую лечебную тактику при ослабленной форме САТК.

Материалы и методы: В данное исследование включен 41 пациент с клинической картиной ослабленной формы САТК, которые прошли генетическое тестирование в ГНЦ колопроктологии. Мутация в гене APC выявлена у 10 (24,4%) пациентов, мутация в MYN гене у 9 (21,9%). Семейный анамнез прослеживается у 22(40,9%) из всех тести-



рованных пациентов. Средний возраст развития первых жалоб 46,6 лет. С диагнозом множественные полипы проходило неоднократное лечение, направленное на эндоскопическую санацию толстой кишки 7 пациентов в течение 30 лет вплоть до развития рака. Рак толстой кишки развился у 24 (58,3%) пациентов в возрасте 55,1 год. Первичное хирургическое лечение выполнено 37 (90,2 %) пациентам. 6 (14,6%) пациентов оперированы нами повторно в связи с развитием метастатического рака в оставшихся сегментах толстой кишки. Выполнялись следующие операции: 11 колэктомий (КЭ) с резекцией и демукозацией прямой кишки, формированием тонкокишечного резервуара; 12 КЭ с формированием илеоректального анастомоза (КЭ с ИРА); 5 колпроктэктомий; 5 правосторонних гемиколэктомий (ПГКЭ); 3 левосторонних гемиколэктомий (ЛГКЭ); 5 субтотальных резекций ободочной кишки с формированием асцендоректального анастомоза (СРОК с АРА); 2 брюшно-анальная резекция ободочной кишки. От хирургического лечения категорически отказывается 4 пациента в связи с отсутствием у них рака, в виду чего им выполняется регулярная эндоскопическая санация толстой кишки. Результаты: Сроки наблюдения после КЭ с тонкокишечным резервуаром составили 1-5 лет. При наблюдении за сохраненной частью прямой кишки роста полипов выявлено не было на протяжении всего периода наблюдения. Сроки наблюдения после КЭ с ИРА составили от 1 до 22 лет (медиана 7,7 лет). Неоднократное эндоскопическое удаление полипов из оставшейся части толстой кишки потребовалась 3 пациентам после КЭ с ИРА, 1 пациенту после ПГКЭ и 1 пациенту после СРОК с АРА спустя 5 лет после операции. У 8 пациентов несмотря на семейный анамнез, наличие более 20 полипов в толстой кишке и неоднократных полипэктомий в анамнезе, были выполнены неадекватные операции, направленные на резекцию различных сегментов толстой кишки пораженных злокачественной опухолью. Шестерым из них потребовалась повторная операция в отдаленные сроки после операции (медиана - 13,8 лет) в связи с развитием рака в оставшейся части толстой кишки, двум другим производится регулярная эндоскопическая санация оставшихся отделов толстой кишки. Выводы: Таким образом, в связи с неправильностью в постановке диагноза, пациентам выполнялся неадекватный объем операции, направленный на удаление лишь части толстой кишки. Ослабленная форма САТК устанавливается на основании эндоскопического исследования (более 20 полипов), семейного анамнеза или мутации в APC-гене или MYN-гене. Операциями выбора у этих пациентов являются КЭ с резекцией и демукозацией прямой кишки и формированием тонкокишечного резервуара или КЭ с ИРА.

1712. ПРИМЕНЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Догадов Э.А., Бондаренко С.Б. к.м.н.,
Котловский А.М. к.м.н.*

Москва

ГБУЗ "Научно-Практический Центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ"

Актуальность: пункционная эндоскопически-ассистированная гастростомия (ПЭГ) является методом выбора для сохранения или восстановления полноценного энтерального питания при нарушении функции глотания у детей с поражением центральной нервной системы (ЦНС). Выполнение ПЭГ может сопровождаться определенными трудностями с последующими возможными осложнениями.

Цель: представить собственный опыт использования ПЭГ у детей с нарушением функции глотания на фоне поражения ЦНС. Материал и методы: проведен ретроспективный анализ выполненных гастростом у пациентов с поражением ЦНС и нарушением функции глотания, находившихся на лечении в НПЦ в период с сентября 2012 года по февраль 2017 года.

Результаты: установлены гастростомы у 106 пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Показаниями к ПЭГ являлись отсутствие акта глотания и осложнения, связанные с длительным использованием назо-гастрального зонда. Пункционные эндоскопически ассистированные гастростомы были установлены у 87 пациентов. ПЭГ под лапароскопическим контролем выполнялась в 4 случаях и в сочетании с лапароскопической ассистенцией у 2 пациентов. В 19 случаях была выполнена замена гастростомических трубок пациентам, у которых гастростомия производилась ранее в других клиниках. Послеоперационный период протекал благополучно. Осложнений, связанных с техникой выполнения ПЭГ, не было.

Заключение: пункционная эндоскопически-ассистированная гастростомия является малотравматичным, безопасным и надежным методом.



1713. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Лубянский В.Г.(1), Аргучинский И.В.(2),
Андреев П.В.(2), Скороход В.В.(2),
Сергиенко А.И.(2)

Барнаул

- 1) ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России Кафедра факультетской хирургии имени профессора И.И.Неймарка, госпитальной хирургии с курсом хирургии ДПО
- 2) КГБУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул

Актуальность. За последние годы количество больных с хроническим панкреатитом (ХП) повысилось, в основном в группе пациентов трудоспособного возраста.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты лечения больных с ХП.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 220 больных. Показаниями к хирургическому лечению являлись: стойкий болевой синдром, осложнения ХП. В зависимости от методов операций, больные были разделены на две группы. Первая группа – 81(36,8%) больной с наружным и внутренним дренированием кист и протока ПЖ без её резекции, вторая – 139 (63,2%) больных, которым произведены резецирующие операции. Среди них: ПДР - 12 (8,7%), операция Бегера - 2 (1,4%), дистальная резекция ПЖ - 17 (12,2%), центральная резекция - 6 (4,3%), операция Фрея - 27 (19,4%), и интрапаренхиматозная резекция ПЖ - 60 (43,3%). Летальность среди первой группы – 1 (1,2%) больной, во второй группе больных – 4 (2,9%). В отдаленные сроки обследовано 62 пациента первой группы, и 98 пациентов второй группы. При анализе результатов первой группы 26 (41,9 %) больных отмечали сохранение болевого синдрома, который вынуждал их обращаться к врачу. Из них в 3 случаях потребовалась повторная операция – субтотальная резекция головки ПЖ. У 1 после наружного дренирования парапанкреатического абсцесса через год был диагностирован рак ПЖ. При анализе группы резецирующих операций сохранение болевого синдрома отмечено только у 8 (7,9%) больных. Абсцессы дренированы у 2, билиарная гипертензия, потребовавшая оперативного вмешательства, у 1 больного. У 1 больного после ПДР и 1 после субтотальной резекции головки ПЖ через 2-3 года диагностирован рак ПЖ. В 3 случаях рецидив болевого синдрома был связан с фиброзированием зоны панкреатоэнтероанастомоза. Причина последнего

требует дальнейшего изучения. Все трое больных оперированы, им проведены: дистальная резекция ПЖ (1 больной) и 2 больным резекция вновь образованной фиброзной ткани с реанастомозированием ПЖ с выключенной кишечной петлей. Выводы: 1. В ранние сроки летальность после резецирующей операции выше, по сравнению с больными, которым выполнены дренирующие операции 2. В отдаленные сроки результаты резецирующих операций значительно лучше, по сравнению с дренирующими. Рецидив болевого синдрома после резекции 7,9%, после дренирующих операций 41,9% 3. Причины рецидива болевого синдрома после дуоденумсохраняющих резекций может являться регенерация фиброзной ткани в зоне панкреатоэнтероанастомоза.

1714. ОСТРЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ И КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Кириенко А.И. (1), Ефремова О.И. (1,2),
Андряшкин В.В (1), Васильев В.Е.(1)

Москва

- 1) РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
- 2) ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

До настоящего времени выявление венозного тромбоза у пациента с травмой опорно-двигательного аппарата (ОДА) делало невозможным экстренное оперативное лечение костных повреждений и приводило к его задержке на неопределенно длительный срок. Современные условия требуют сокращения сроков лечения, что возможно только при стандартизации лечебно-диагностического процесса.

Цель работы. Оценка эффективности и безопасности предлагаемой лечебной тактики “ранней” травматологической операции у пациентов с симультанным тромбозом глубоких вен (ТГВ), нуждающихся в неотложных оперативных вмешательствах на ОДА.

Материалы и методы. В исследование включали пациентов травматологических отделений с верифицированным в ходе предоперационной подготовке острым венозным тромбозом, находившиеся на лечении в стационаре в период с 2008 г по 2014 г. Всем пациентам с момента госпитализации проводилась тромбопрофилактика, включающая введение гепаринов (нефракционированного или низкомолекулярных) в профилактических дозировках, а также выполнялось УЗ-ангиосканирова-



ние вен нижних конечностей. Средний койко-день от момента поступления до выполнения первичного УЗ-исследования у наблюдаемых пациентов составил 6,2 дней (ст.отклонение $\pm 0,7$ дней). В исследование были включены 221 пациент, среди которых было 109 мужчин (49,4%) и 112 женщин (50,6%) в возрасте от 22 до 98 лет (средний – 61,3, медиана – 65,0 лет). Наиболее часто ТГВ выявлялся при травмах бедренной кости и тазобедренного сустава – 116(52,4%) пациентов. В 99 (44,7 %) случаях верифицировано дистальное поражение венозного русла, у 103(46,6%) пациентов выявлен эмболоопасный характер. При выявлении венозного тромбоза проводилась коррекция антикоагулянтной терапии до лечебных дозировок (при отсутствии противопоказаний) с выполнением контрольного УЗ-ангиосканирования. У 10 (4,6%) больных выявлена отрицательная динамика (нарастание проксимальной границы, эмболоопасный характер), что продлеvalo длительность антикоагулянтной терапии в предоперационном периоде и требовало проведения повторного контроля или выполнения хирургической профилактики ТЭЛА (99 пациентов). В 12 наблюдениях была выполнена перевязка поверхностной бедренной вены, в остальных случаях – имплантация кава-фильтра (съёмные модели использовались в 27 случаях – 31,0%). В среднем оперативное пособие по поводу основной патологии выполнено в срок $16,2 \pm 0,7$ дней, а продолжительность госпитализации составила $34,3 \pm 1,8$ дня. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от срока выполнения травматологического вмешательства – “ранняя” (59 пациентов) и “отсроченная” (162). Основными критериями оценки стали сроки этапов лечебного процесса, частота развития тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) и геморрагических осложнений.

Результаты. В группе “ранней” травматологической операции отмечено сокращение срока до первичного УЗАС до $3,6 \pm 0,6$ дней.

1715. СУБКСИФОИДАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СНИЖЕНИЯ ТРАВМАТИЧНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЛОБЭКТОМИЙ

Качур А.К. Ядута Р.Т. Лядов В.К.

Москва

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздрава России

Актуальность. Всем функционально операбель-

ным больным с немелкоклеточным раком легкого 0-IIВ (N0) стадией показано хирургическое лечение. Выполнение видеассистированных торакоскопий (ВАТС) в сравнении с открытыми методами способствует уменьшению количества осложнений при одинаковых онкологических результатах. Сейчас растет интерес к снижению травматичности торакоскопических операций. Резекционный этап операции возможен через 3-4 односантиметровых доступа в плевральную полость. Применение субкисфоидального доступа для извлечения препарата способствует уменьшению послеоперационного болевого синдрома. Основной целью нашего исследования явилась оценка результатов ВАТС-лобэктомии с извлечением препарата через субкисфоидальный доступ.

Материалы и методы. ВАТС-лобэктомия по поводу рака легкого с извлечением препарата через субкисфоидальный доступ выполнена 25 пациентам. Оценивались продолжительность операции, длительность дренирования плевральной полости, срок выписки из стационара, осложнения по шкале Диндо-Клавьен, объём опиатного анальгетика (трамадол), использованного в послеоперационном периоде. Техника операций: троакары устанавливались в 4-м 7-м, 8-м межреберье. Разделение тканей выполняли с помощью ультразвукового скальпеля. Разделение тканей легкого и лигирование анатомических структур выполнялось с использованием сшивающих аппаратов и клипс. Выполнялась радикальная лимфодиссекция. После завершения резекционного этапа выполняли субкисфоидальный экстраперитонеальный доступ в плевральную полость. Для этого выполнялось рассечение апоневроза прямых мышц живота от нижнего края мечевидного отростка вдоль белой линии живота протяженностью 4-6 см. В предбрюшинной клетчатке по задней поверхности мечевидного отростка тупым способом формировали тоннель в передненижнее средостение. Далее, под визуальным контролем, рассекалась париетальная плевра и канал расширялся для безопасной экстракции контейнера с удаленным препаратом. Дренаж заводился в плевральную полость по сформированному каналу.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 164 минуты, объем кровопотери составил 120 мл. Медиана времени дренирования плевральной полости 2 ± 1 (2-6) дней. Медиана нахождения в стационаре после операции $6 \pm 1,8$ (5-11) дней. Объем использованного трамадола у 1 пациента $10 \pm 4,6$ (0-16) мл. Госпитальной летальности и летальности в течение 30 суток после операции не было. Интраоперационных осложнений не отмечено. Все пациенты получали двухкомпонентную схему обезболивания: НПВС (кеторолак 10 мг) 3 раза в сутки в течение первых трех суток и



далее по требованию пациента, и трамадол 2 мл внутримышечно по требованию. За время госпитализации средний объем потребленного одним пациентом трамадола составил $8,3 \pm 4,6$ мл (0-14 мл). Осложнения по Диндо-Клавьен II ст-1 IIIA ст-2, IIIB ст-1, IV ст – 1 пациент.

Обсуждение. В настоящее время предлагаются методики выполнения радикальных вмешательств при опухолях легких через единый субкисфоидальный доступ. Техника классической 4х портовой VATC лобэктомии с извлечением препарата через отдельный субкисфоидальный доступ. Это позволяет безопасно провести радикальное вмешательство и извлечь удаленную долю без мини-тораэтомии. Наш опыт свидетельствует, что выполнение субкисфоидального доступа не увеличивает время операции и не приводит к повышению количества осложнений.

Выводы и рекомендации. Количество осложнений в нашей серии операций не отличается от стандартных VATC-лобэктомий. Болевой синдром не требует назначения наркотических анальгетиков и поддается коррективке. Наш опыт показывает, что VATC-лобэктомия с использованием 4 портов и субкисфоидального доступа для извлечения препарата является простой в освоении и безопасной с хирургической и онкологической точек зрения операцией.

1716. ИЗМЕНЕНИЕ КАЛИБРА ГЛУБОКИХ И ПОДКОЖНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА

Золотухин И.А., Селиверстов Е.И., Захарова Е.А., Брюшков А.Ю., Солдатский Е.Ю.

Москва

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Эластичная компрессия служит основой лечения хронических и острых заболеваний вен. Механизм лечебного действия компрессии до конца не исследован. Не установлено, что происходит в венозной системе пациента, использующего компрессионный трикотаж.

Цель исследования: оценить влияние компрессионного трикотажа 1 класса компрессии на калибр глубоких и подкожных вен голени.

Материал и методы: В исследование включили 17 добровольцев без признаков заболеваний вен (20 нижних конечностей). Женщин было 7, мужчин - 10. Возраст варьировал от 20 до 44, сред-

ний – 32,3 (ст. откл. 7,07). Проводили ультразвуковое исследование глубоких и подкожных вен голени без компрессионного трикотажа и после того, как пациент надевал эластичные гольфы 2 класса. Фиксировали диаметр и площадь сечения задней большеберцовой вены (ЗББВ) и большой подкожной вены (БПВ) в нижней половине голени в произвольно выбранной точке в поперечной плоскости сканирования в горизонтальном и вертикальном положении исследуемого. Площадь сечения вены измеряли с помощью программного обеспечения ультразвукового сканера. Результаты: Калибр глубоких вен проанализировали в подгруппе, включившей 20 нижних конечностей, калибр поверхностных - на 10 конечностях. Средний передне-задний диаметр БПВ лёжа и стоя составил 0,31 и 0,34 соответственно, боковой - 0,41 и 0,41 см. Средний передне-задний диаметр ЗББВ лёжа и стоя составил 0,42 и 0,45 соответственно, боковой - 0,49 и 0,5 см. В компрессионном гольфе средний передне-задний диаметр БПВ лежа и стоя составил 0,27 и 0,34 соответственно, боковой 0,33 и 0,36 см. Средний передне-задний диаметр ЗББВ лёжа и стоя составил 0,36 и 0,42, боковой - 0,4 и 0,46 Средняя площадь сечения БПВ без гольфа и в гольфе лежа составила 0,12 и 0,08 кв. см. Средняя площадь сечения ЗББВ без гольфа и в гольфе стоя составила 0,19 и 0,13 кв.см. Стоя мы зарегистрировали схожие изменения – 0,14 и 0,09 кв.см и 0,19 и 0,18 кв.см.

Заключение: Компрессионный трикотаж 1 класса компрессии приводит к уменьшению калибра как глубоких, так и поверхностных вен голени. Необходимо проведение дальнейших исследований с целью оценки влияния трикотажа разных классов компрессии на венозную систему, в т.ч. у пациентов с ХЗВ.

1717. СТЕНТИРОВАНИЕ, ЛИБО ФОРМИРОВАНИЕ ДВУСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, КАК СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ

Лебедев И.С. (1), Селиверстов Е.И.(2), Иванов В.В (1), Василенко К.В.(1), Солдатский Е.Ю.(2)

Москва

1. ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Москва
2. РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Колоректальный рак является одной из самой рас-



пространённых онкологических нозологий, характеризующийся высокой летальностью. Нередко впервые этот диагноз устанавливают в хирургическом стационаре, куда пациент поступил с явлениями острой толстокишечной непроходимости. Экстренное хирургическое вмешательство при данной патологии не всегда соответствует принятым онкологическим стандартам и сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений, послеоперационной летальности, которая, по мнению ряда авторов, достигает 34%. Минимизировать осложнения в послеоперационном периоде, снизить послеоперационную летальность, увеличить продолжительность жизни пациентов с опухолями левой половины ободочной кишки и прямой кишки, позволяет применение эндоскопического стентирования поражённого участка ободочной кишки, либо формирование временной стомы.

Цель: оценить целесообразность и эффективность в лечении и дальнейшей подготовке к радикальному хирургическому лечению пациентов с опухолью левой кишечной непроходимости левой половины ободочной кишки.

Методы: в 3 хирургическом отделении ГКБ № 1 за 2015-2016 годы поступило 116 пациентов с признаками обструктивной кишечной непроходимости левой половины ободочной кишки и прямой кишки. Распределение по полу было следующим: 56 женщин, 60 мужчин. Средний возраст составил 72 года, Средняя длительность заболевания составила 5,5 дней. У 69 пациентов анестезиологический риск составил IV ASA. Всем пациентам первым этапом лечения была выполнена экстренная колоноскопия. При этом локализация опухоли была выявлена в следующих отделах кишки: прямая кишка и ректосигмоидный изгиб – 62%, сигмовидная кишка – 20%, нисходящая часть ободочной кишки – 4%, поперечная-ободочная – 5%, восходящая ободочная и слепая кишка 9%. Расположение опухоли повлияло на выбор тактики ликвидации кишечной непроходимости. Результаты: 70 пациентам с локализацией опухоли в ректосигмоидном отделе толстой кишки выполнено стентирование опухоли «непокрытым» стентом. 6 больным с локализацией опухоли в нисходящей части ободочной кишки выполнено формирование двустольной стомы. У всех пациентов перенесших стентирование на следующий день выполнялось контрольное рентгенологическое исследование, с целью определения корректного стояния стента и его раскрытия. У 1 пациента, перенесшего стентирование нисходящей части ободочной кишки в послеоперационном периоде было отмечено признаки перфорации кишки – при рентгенологическом исследовании выявлено большое количество свободного газа. Была выполнена видеола-

пароскопия – признаков перитонита не выявлено, сформирована двустольная колостома. В послеоперационном периоде пациентам проведена консервативная терапия, выполнено дообследование. У 54 пациентам рекомендовано проведение неоадьювантной химиотерапии. 68 пациентам было выполнено радикальное лапароскопически-ассистированное хирургическое вмешательство, с одномоментным формированием анастомоза. При этом были соблюдены все необходимые онкологические принципы. Заключение: Таким образом, формирование двустольной временной колостомы, либо выполнение стентирования у пациентов, страдающих колоректальным раком, осложнившегося развитием обструктивной толстокишечной непроходимости является эффективным и безопасным методом ее ликвидации. Что позволяет подготовить пациентов к радикальному вмешательству.

1718. ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

*Иванов А.А., Жданов А.И., Брежнев А.С.,
Лаблюк Н.Ф., Азаров Е.А., Верховых А.В.,
Кутузов М.А., Шмойлова Т.А.*

Воронеж

БУЗ ВО ВОКБ №1

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины являются тромбозы глубоких вен нижних конечностей. В последнее время появилась новая группа оральных антикоагулянтов, что позволило изменить мнение на стандартные схемы лечения, требующие госпитализации в хирургические стационары пациентов, которым заведомо не будет проводиться оперативное лечение. В результате применения новых оральных антикоагулянтов (НОАК) отсутствует необходимость строго лабораторного контроля, многократных внутривенных инъекций, инвазивных исследований, что обуславливает возможность амбулаторного лечения этих больных. В настоящее время НОАК рассматриваются как альтернатива антагонистам витамина К в некоторых клинических ситуациях. Цель исследования: оценка эффективности и безопасности амбулаторного применения НОАК в лечении дистальных венозных тромбозов нижних конечностей.

Материал и методы. С 2014 года по 2016 годы находились под наблюдением 32 пациента в возрасте 31-78 лет с дистальными венозными тром-



бозами (тромбоз вен голени, подколенной вены, феморопоплитеальные тромбозы). Диагноз подтверждался УЗДС, у 12 пациентов дополнительно проводилась КТА ЛА (у 7 человек выявлена ТЭЛА мелких ветвей без клинически значимых проявлений). 21 пациент имели окклюзивный тромбоз, 9 – неокклюзивный, из которых у 5 пациентов имелась флотация головки тромба от 1 до 3,5 см. У 8 пациентов имелась сопутствующая онкопатология (2 – после удаления опухоли на фоне проводимой ПХТ). Через 7 дней, 3 и 6 мес от начала терапии всем пациентам проводилось контрольное УЗДС венозной системы. 18 пациентов получали ривароксабан, 14 дабигатрана этексилат с 5-дневной начальной терапией НМГ. Курс лечения у всех пациентов составил от 3 мес (тромбоз вен голени) до 6 мес (феморопоплитеальные тромбозы).

Результаты. Все больные удовлетворительно перенесли проводимое лечение НОАК. Случаев геморрагических осложнений не было. Положительная динамика отмечена у 29 пациентов. У 1 пациента произошло нарастание до илеофemorальной тромбоза и он был госпитализирован на курс внутривенной гепаринотерапии с последующим переводом на антивитамины К (пациент с опухолью панкреато-дуоденальной зоны, 4 стадия). У 2 больных реканализация вены через 6 мес не произошло. У 9 из 13 пациентов с тромбозами вен голени отмечена полная реканализация. При вовлечении подколенной вены и феморопоплитеальном тромбозе (18 больных) полная реканализация отмечена у 6 пациентов. Степень реканализации более 50%, не препятствующая кровотоку, отмечена у 10 пациентов, частичная – 2 пациента. Таким образом, полная реканализация вен на фоне терапии НОАК составила 15 больных (46,88%). Флотирующая часть тромба через 7 дней терапии всегда уменьшалась и через 3 месяца случаев флотации не отмечено.

Выводы. Терапевтическое лечение дистальных венозных тромбозов НОАК является эффективным и безопасным. При курации НОАК важен отбор больных с небольшим объемом тромбов в просвете вен, что обуславливает высокий процент полной реканализации венозного русла. Хорошие результаты применения НОАК в лечении тромбозов, привлекают все большее внимание числа клиник, что позволяет накопить опыт и повысить уровень доказательной базы их применения, что позволит улучшить результаты лечения пациентов с ТГВ.

1719. АКТИВНАЯ ЛАПАРОСТОМА – НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

Москва

- 1) Кафедра госпитальной хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова, при поддержке Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере
- 2) ГКБ им. А.К. Ерамишанцева г.Москва

Проблема лечения распространенного гнойного перитонита не теряет своей актуальности. Несмотря на эрадикацию источника инфекции, тщательность санаций живота и современные антибактериальные препараты, летальность пациентов, страдающих распространенным гнойным перитонитом, остается очень высокой. Важнейшим условием эффективности лечения таких больных является полноценная эвакуация инфицированной жидкости из брюшной полости. В некоторых случаях, безнадёжность закрытого дренирования заставляет хирургов использовать открытый метод лечения – лапаростомию. Лапаростомия может пассивно выводить жидкость из брюшной полости в марлевую повязку (традиционная лапаростома), либо активно аспирировать ее с помощью вакуумного устройства (активная лапаростома). Кафедра госпитальной хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова провела ретроспективное изучение результатов лечения больных, у которых распространенный гнойный перитонит лечили открытым методом в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева за период 2010 – 2017 г. Цель исследования: определить оптимальный способ открытого лечения больных распространенным гнойным перитонитом. В исследование вошло 112 больных. Из них 67 (59,8%) пациентов были мужчины, 45 (40,2%) – женщины. Средний возраст составил 59 ± 16 лет. Тяжесть органной недостаточности перед операцией, оцененная по шкале SOFA, была равна $3,9 \pm 1,3$ балла. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью Мангеймского индекса перитонита (МИП), составила 30 ± 6 балла. Из всех изученных наблюдений умерло 51 пациент, что соответствует летальности в 45,5%. Для определения оптимального способа открытого лечения больных распространенным гнойным перитонитом, все пациенты были разделены на две группы, в зависимости от использованного способа: группа традиционной лапаростомии и группа активной лапаростомии. В группу



традиционной лапаростомии вошли 52 (46,4%) пациента. Из них, 31 (59,6%) мужчина, 21 (40,4%) – женщина. Средний возраст составил $61 \pm 14,1$ год. Тяжесть органной недостаточности, оцененная по шкале SOFA, была равна $3,3 \pm 1,4$ балла. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью МИП, составила 30 ± 6 баллов. Умерло 34 (65,4 %) больных. В группу активной лапаростомии вошли 60 (55,6%) больных, у которых для лапаростомии использовали устройство для активной аспирации жидкости из брюшной полости (патент на полезную модель №126587). Из них 33 (55%) пациента были мужчины, 27 (45%) – женщины. Средний возраст составил 58 ± 18 лет. Тяжесть полиорганной недостаточности, оцененная по шкале SOFA, была равна $4,5 \pm 1,6$ баллов. Тяжесть перитонита, оцененная с помощью МИП, составила $31 \pm 5,3$ балл. Умерло 17 (28,3 %) больных. Сравнительный анализ образованных групп обнаружил их сопоставимость по численному составу, полу, возрасту тяжести полиорганной недостаточности и тяжести перитонита ($p < 0,05$). Летальность в группе традиционной лапаростомии достигала 67,3 %, в то время, как в группе активной лапаростомии данный показатель составил 28,3 %. Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что способ активной лапаростомии является предпочтительным способом открытого лечения больных распространенным гнойным перитонитом, так как позволяет снизить летальность более, чем в два раза.

1720. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

*Мошуров И.П., Фонштейн М.С., Здобников В.Б.,
Летников Б.А., Ниникашвилли Л.В.*

Воронеж

БУЗ ВО ВОКОД

Анализируется опыт внедрения методики в условиях областного онкологического диспансера. Актуальность темы определяется показателем заболеваемости раком почки в Воронежской области - 13,7 на 100 000 населения.

Введение: Преимущества лапароскопических методик хорошо известны - менее выраженная послеоперационная боль, укорочение периода госпитализации, хороший косметический эффект, сравнительно короткая реабилитация. В настоящее время, нельзя игнорировать многочисленные данные о развитии почечной недостаточности после нефрэктомии, которая долгое время была «золотым стандартом» хирургического лечения

больных с почечно-клеточным раком. По данным опубликованным в обзорах установлено что снижение функции почек ассоциируется с увеличением заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и смертности от них, а так же с повышением частоты госпитализаций по поводу других заболеваний. В настоящее время продемонстрирована эффективность и безопасность оргносохраняющих операций /ОСО/ при опухоли менее 7 см в диаметре.

Материалы: В 2016 году в Воронежском онкологическом диспансере на базе двух отделений прооперировано 96 пациентов. С использованием лапароскопических методик прооперировано 38 пациентов – у 26 пациента (68%) произведено оперативное вмешательство в объеме лапароскопическая нефрадреналэктомия или нефрэктомия и у 12 пациентов (32%) выполнена резекция почки. Все операции выполнены чрезбрюшинным доступом. Было прооперировано женщин - 25 и 13 мужчин. Средний возраст пациентов у которых была выполнена резекция почки - 57 лет. Средний возраст пациентов после органосохраняющих операций - 59 лет. У 6 пациентов (15%) выполнена нефрэктомия. У 3 пациентов резекции органа выполнена без использования временной ишемии почки. Сторона поражения - левая почка у 17 пациентов, правая почка у 21 пациентов. Предоперационное обследование было выполнено в соответствии со стандартами и использовано для предоперационного стадирования. Оперативная техника. Доступ к сосудистой ножке по стандартной методике после мобилизации ободочной кишки. Рассечение тканей проводилась с помощью ультразвукового диссектора «Sonisicion» и монополярной коагуляции. Обработка сосудов почечной ножки проводилась с использованием сшивающих аппаратов GIA-Universal и клипс типа «Absoloc» и металлических с застезжкой, размером -XL. К вынужденным конверсиям мы прибегли у трех пациентов – две при резекции почки, одна при нефрэктомии - причины трудно- контролируемые лапароскопически кровотечения из паравазальных сосудов сосудистой ножки. Доступ при конверсии – минилапаротомия в проекции источника кровотечения. Удаление препаратов через разрез в подвздошной области размером 6-7 см. Послеоперационные осложнения наблюдались у двух пациентов - кровотечение из мышц передней брюшной стенки, кровотечение при двухмоментном разрыве селезенки. Повторные вмешательства проведенные в день операции позволили справиться с осложнениями и не привели к увеличению пребывания пациентов в стационаре. Результаты: Средняя кровопотеря при нефрэктомии - 155 мл. (50 мл - 300мл) Средняя кровопотеря при резекции почки - 215 мл. (50 мл - 500мл). Время тепловой ишемии почки со-



ставляло 10 -25 минут. При выполнении операции в объеме резекции почки опухоль локализовалась вне чашечно-лоханочной системы. Среднее время нефрэктомии- 125 минут, среднее время резекции почки – 156 минут. Послеоперационное ведение в первые сутки проводили в отделении реанимации и интенсивной терапии. Все пациенты на 2 –е сутки переводились в профильное отделение. Наркотические анальгетики применялись только в первые сутки в условиях ПИТ. Далее обезболивание проходило с использованием НПВП. Дренажи удалялись на 3 сутки при лимфорее 50-100 мл в сутки. Средний койко-день пребывания в п/о периоде не превышал 7-8 дней, что не редко было обусловлено сроками получения результатов гистологического заключения, а не состоянием пациента. Распределение по группам: При резекции почки - T1a- 11, T1b-1. При нефрэктомии-T1b-16, T2a-3, T2b-2. Заключение: 1. Использование лапароскопических методик для лечения локализованного рака почки является безопасным методом и сопровождается коротким послеоперационным пребыванием в стационаре, 2. Подавляющее большинство конверсий и осложнений встречено во время выполнения первых операций, что обусловлено недостатком опыта, а так же недостаточным взаимодействием внутри операционной бригады. 3. Динамика « кривой обучения» наблюдалось после 10 выполненных однотипных вмешательств.

1721. КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Лечение хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей и обусловленной ими критической ишемии нижних конечностей (КИНК), в т.ч. критической, представляют на сегодняшний день одну из нерешенных проблем ангиологии и сосудистой хирургии. Несмотря на имеющиеся в настоящее время достижения в сосудистой хирургии и фармакотерапии сосудистых заболеваний, существует целая группа пациентов с хронической ишемией нижних конечностей, в отношении которых существующие лекарственные средства малоэффективны, а методы хирургического лечения (даже наиболее современные) не позволяют достичь клинически значимого результата, либо демонстрируют хоро-

шие результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде, но отдаленные их результаты по-прежнему остаются неудовлетворительными

Материалы и методы: проведенное исследование включало в себя 178 больных, которые были прооперированы в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2015-2016 годы. У всех больных имелось гнойно-некротические поражения стоп, развивающиеся на фоне критической ишемии при синдроме диабетической стопы. Всем пациентам в отделении в зависимости от сегмента поражения периферических артерий нижних конечностей произведена транслюминальная баллонная ангиопластика и по показаниям стентирование пораженного сегмента. Длительная внутриартериальная катетерная терапия чаще всего проводилось после осложненных реваскуляризирующих оперативных вмешательств. В начале нашей работы при проведении баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей наблюдались интраоперационные и в послеоперационном периоде (экстравазация, диссекция, гематома и дистальный тромбоз). У 42 (23,6%) пациентов из 178 проведена длительная внутриартериальная катетерная терапия (ДВАКТ). С целью создания максимальной концентрации лекарственных препаратов в очаге поражения больным под рентгенангиографическим контролем устанавливался внутриартериальный катетер с подведением дистального конца к устью бедренной артерии на стороне поражения. Внутриартериальное введение лекарственных веществ осуществляли подключением к системе «высокой бутылки» с постоянным введением базисных растворов. Антибактериальная терапия, включающая цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды и противогрибковые препараты, который носил эмпирический характер. Пациентам антикоагулянтная (гепарин, клексан, стрептокиназа) и антиагрегантная (клопидогрель) терапия проводилось в зависимости время свертываемости крови и локального статуса. При этом суточный объем жидкости в артерию не превышало 1200 мл и составе инфузата были спазмолитики, антикоагулянты и простагландины (вазапростан). Необходимо отметить, что катетеризация бедренной артерии для ДВАКТ на стороне поражения у всех больных проводилось на следующий день или 2-ые сутки после реваскуляризирующих операций. Длительность проведения ДВАКТ в среднем составлял 5 дней, это зависело от состояния больного и степени ишемии конечности. Результаты: во время проведения ДВАКТ больные находились под наблюдением и через катетер получали антибактериальную (цефалоспорины, аминогликозиды), антиоксидантную (актовегин, вазопростан) антикоагулянтную (гепарин, клексан) и



антиагрегантную (клопидогрель) терапию. В динамике наблюдения и проведения комплекса лечебных мероприятий у этих больных удалось снизить процент прогрессирования ишемических явлений конечностей. У данной категории больных наблюдалось сокращение сроков появления демаркационной линии в очаге поражения. Обсуждение: реваскуляризирующие оперативные вмешательства на сосудах на фоне сахарного диабета представляет собой высокий риск потери конечности, особенно при появлении признаков критической ишемии или трофических нарушений. Эндоваскулярное вмешательство возможно, ему отдается предпочтение в связи с малой инвазивностью, но ожидать хороших результатов всегда невозможно. Необходимо отметить, что в большинстве случаев (85,7%) нам удалось предотвратить прогрессирования критической ишемии конечности и тем самым сохранить опорно-двигательную функцию конечности. Это в свое очередь показывает высокую эффективность ДВАКТ после рентгенэндоваскулярных вмешательств у больных гнойно-некротическими осложнениями на фоне сахарного диабета при проведении правильной разработанной техники. Выводы: внутриаартериальное введение лекарственных препаратов после эндоваскулярной баллонной ангиопластики (или после стентирования) является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы. Это в свое очередь дает практическому хирургу уменьшит количество осложнений связанной реваскуляризацией артерий нижних конечностей в послеоперационном периоде.

1722. РОЛЬ ОЦЕНКИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖЕНОСИТЕЛЕЙ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

*Федосеев А.В.(1), Муравьев С.Ю.(1),
Инютин А.С.(1), Шкляр В.С.(2)*

1) Рязань, 2) Химки

1) РязГМУ, 2) ХЦРБ

Актуальность: Грыжа живота является одним из самых распространенных заболеваний, которое наблюдается у больных во всех возрастных группах. На протяжении последних 20 лет коренным образом изменились принципы и методы лечения больных с грыжами. Поиски простых и достоверных способов прогноза, а, следовательно, и профилактики развития этих осложнений являются актуальным и перспективным направлением со-

временной герниологии.

Материалы и методы: В предоперационном периоде у грыженосителей уточнялся мотивационный фактор к оперативному лечению. В послеоперационном периоде проводилось анкетирование по оценке качества жизни с применением опросника MOS SF-36, результаты сравнивались с предоперационными пока-зателями. Параллельно проводилась ультразвуковая санация зоны протезирования брюшной стенки.

Результаты: Мотивация к оперативному лечению у мужчин (n=47) и у женщин (n=153) не совпадает. У 68,1% мужчин (32 чел.) фактором мотивации явилась эстетическая коррекция брюшной стенки, у 31,9% (15 чел.) – ее дисфункция. У женщин, напротив, в 75,8% (116 чел.) случаях причиной была функциональная недостаточность передней брюшной стенки, и только в 24,2% (37 чел.) – эстетическая составляющая. В раннем послеоперационном периоде динамика ультразвуковой картины зоны протезирования замедленна, характеризуясь наличием гипо- или анэхогенной полоски над протезом различной ширины. Спустя 3 года соединительнотканная капсула имплантата лишь у 54,4% обследуемых спаяна по всему периметру с мышечной тканью. Образование сращения имплантата к подкожно-жировой клетчатке по всей его площади – выявлено только в 58,1% случаев. У 53% обследуемых пациентов выявлена частичная и не равномерная подвижность имплантата. Толщина соединительнотканной капсулы через 3 года после протезирования брюшной стенки лишь у 42% - менее 1 мм. Положительная динамика качества жизни грыженосителей наблюдалась после выполнения каждой методики: после пластики местными тканями – у 83,3%, после комбинированной пластики – у 71,4%, после onlay, inlay – у 75%, после sublay – у 80%. В отдаленном послеоперационном периоде из-за боязни рецидива, наличия сопутствующих заболеваний и особенностей психологии и образа жизни – 93,2% ограничивают себя в проведении активного отдыха, 86,7% не позволяют себе выполнять полноценную физическую нагрузку, а 26,6% продолжают носить бандаж. При этом частота такого поведения не зависит от вида проведенной коррекции брюшной полости. Выводы: 1. У 75,8% женщин с вентральными грыжами мотивационной причиной к оперативному лечению является функциональная несостоятельность передней брюшной стенки, а у мужчин в 68,1% случаев - эстетическая составляющая. 2. Независимо от способов пластики передней брюшной стенки в отдаленном послеоперационном периоде у грыженосителей наблюдается улучшение качества жизни, в первую очередь из-за устранения дефекта. 3. Несмотря на устранение вентрального дефекта 93,2% бывших грыженосителей ограничи-



вают себя в про-ведении активного отдыха, 86,7% не выполняют полноценную физическую нагрузку, в 26,6% продолжают носить бандаж.

1723. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Онницев И.Е., Хохлов А.В., Трофимов В.М., Янковский С.А., Ивануса С.Я.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Цель исследования: поиск наиболее оптимального и малотравматичного метода лечения больных с рецидивирующими кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) на основе использования миниинвазивного хирургического лечения. Синдром портальной гипертензии характеризуется рядом осложнений, среди которых наиболее угрожающим для жизни больного является кровотечение из ВРВП.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 26 больных с синдромом портальной гипертензии, которым выполнена лапароскопическая деваскуляризация пищевода и желудка (ЛДПЖ) с перевязкой селезеночной артерии (мужчин – 16, женщин – 10) в возрасте от 45 до 60 лет. Цирроз печени (группа «С» по Child) диагностирован у всех пациентов. Показанием к операции служили высокий риск пищеводного кровотечения на фоне выраженной печеночной недостаточности и энцефалопатии, резистентного асцита. В 4 случаях операция выполнена на фоне острого кровотечения, в остальных 22 случаях показанием являлись рецидивирующие кровотечения и неэффективность эндоскопического лигирования вен пищевода и желудка. С целью морфологической верификации диагноза всем больным выполнялась интраоперационная краевая биопсия печени. В зависимости от тактики лечения сформированы 2 группы пациентов. В первой группе из 11 человек выполняли лапароскопическую деваскуляризацию пищевода и желудка. Вторую группу составили 15 пациентов, которым операция была выполнена в сочетании с эндоскопическим лигированием варикозно расширенных вен пищевода (ЭЛВРВП). Результаты послеоперационного обследования свидетельствовали об эффективности разобщения сосудов гастроэзофагеального бассейна. Кровоток в селезеночной артерии не определялся, по данным УЗИ отмечено уменьшение

размеров селезенки. По данным эндоскопического исследования отмечено снижение степени ВРВП пищевода и желудка до I-II степени. В первой группе отмечено 5 случаев рецидивов кровотечения, причем 3 из них в течение 2-го месяца после операции, что привело к летальному исходу. Во второй группе пациентов, которым деваскуляризация выполнялась в сочетании с ЭЛВРВП, эпизод кровотечения отмечен у одного пациента. Летальность во второй группе в сроки от 1 до 6 месяцев составила 2 больных, которые умерли от прогрессирования печеночной недостаточности. Частота рецидивов кровотечения в раннем послеоперационном периоде значимо отличалась, в первой группе она составила 45,5%, а во второй – 6,7%. Вывод. Применение лапароскопической деваскуляризации пищевода и желудка, особенно в сочетании с дооперационным или интраоперационным эндоскопическим лигированием, является малотравматичным и эффективным методом для остановки и профилактики пищеводно-желудочных кровотечений у больных с декомпенсированным циррозом печени.

1724. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМИ СТРОМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛУДКА

Шаповальянц С.Г., Плахов Р.В., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Михалева Л.М., Горбачев Е.В., Эрнazarов Э.Э.

Москва

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии (зав. - проф. С.Г. Шаповальянц); Городская Клиническая Больница № 31

Актуальность. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) - наиболее распространенные неэпителиальные опухоли ЖКТ. Нередко они являются причиной развития желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) и вынужденно оперируются в неотложном порядке. Данных об отдаленных результатах лечения больных с ГИСО в общехирургических стационарах недостаточно. Мы предприняли попытку восполнить этот пробел.

Материал и методы исследования. В клинике с 01.01.2000г. по 01.02.2016г. оперированы 52 пациента с ГИСО желудка, из них 16(30,7%) - в неот-



ложном порядке по поводу ГИСО, осложнённых ЖКК. Мужчин было 9(17,3%), женщин - 43(82,7%); возраст от 39 до 77 лет, средний 61,1+8,9 лет. Традиционные хирургические операции были выполнены у 24(46,2%) больных; лапароскопические (ЛСК) - у 14(26,9%); робот-ассистированные - у 3(5,7%); эндоскопические внутрисветовые операции у 11(21,1%) больных, в том числе у 2(3,9%) - ЛСК ассистированные. Средний диаметр удаленных ГИСО был 5,2+2,3 см. У всех оперированных пациентов диагноз ГИСО был подтвержден данными морфологического и иммуногистохимического исследования, при этом у 28(53,8%) больных констатирован низкий потенциал злокачественности (ПЗ) ГИСО, у 2(3,9%) - промежуточный, у 22(42,3%) - высокий. Стадия Ia опухолевого процесса была установлена у 22(42,3%) больных, стадия Ib - у 7(13,5%), стадия II - у 15(28,8%), стадия IIIa - у 5(9,6%), IV стадия у 3(5,8%) больных. Больным, оперированным по поводу ГИСО с высоким и промежуточным ПЗ, больным после циторедуктивных операций, а также больным с рецидивом заболевания после операции, по согласованию с онкологом в послеоперационном периоде в течение года назначался препарат иматиниб в дозе 400 мг/сутки. По истечении указанного срока в зависимости от результатов контрольного обследования и клинической картины определялась дальнейшая тактика. Методика контрольного обследования включала в себя: физикальный осмотр, рентгенографию легких, ЭГДС, УЗИ и КТ брюшной полости с контрастированием. Частота контрольных обследований зависела от ПЗ ГИСО. Больным (n=28), оперированным по поводу ГИСО с низким ПЗ исследования проводились один раз в 12 мес.; при ГИСО с промежуточным и высоким ПЗ (n=24) - каждые 6 мес. Результаты исследования и их обсуждение. Отдаленные результаты лечения изучены в течение 1-14 лет после операции. Результаты лечения через 1-2 года изучены у 19(36,5%) больных, спустя 3-4 года - у 14 (26,9%), спустя 5-14 лет - у 19(36,5%) больных. У 47(90,4%) пациентов данных за рецидив или прогрессирование ГИСО желудка выявлено не было, больные находятся под нашим наблюдением совместно с онкологами. От прогрессирования ГИСО через 1, 2 года и 6 лет умерли 3(5,7%) пациента, несмотря на послеоперационный прием иматиниба. Операции у них выполнялись в неотложном порядке по поводу местно-распространенных форм заболевания на фоне тяжелой исходной кровопотери. Рецидив ГИСО обнаружен у 2(3,9%) больных. У 1 пациента после ЛСК парциальной резекции желудка спустя 1 год после операции была произведена субтотальная резекция желудка с выздоровлением. Еще у 1 больной через 7 лет после парциальной резекции желудка, осложненной ЖКК, выявлен

рецидив ГИСО; летальный исход на фоне прогрессирования заболевания. Вероятными причинами рецидива ГИСО явились интраоперационные технические сложности и отсутствие приема иматиниба во втором случае. Выводы и рекомендации. Больные с ГИСО желудка являются кандидатами на оперативное лечение. Абсолютным показанием к операции является осложненное течение заболевания. Выбор метода операции определяется клиническим течением, размером и локализацией опухоли, предполагаемым потенциалом её злокачественности. У 47(90,4%) оперированных больных с ГИСО отсутствовал рецидив заболевания в ближайшие и отдаленные сроки после операций, что доказывает высокую эффективность оперативного лечения при данной патологии. Немаловажно, что при тщательном отборе у 53,8%(28/52) больных с ГИСО возможно их удаление малоинвазивным способом и у 96,4%(27/52) пациентов наблюдается безрецидивное течение.

1725. ХИРУРГИ – ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ АМН СССР – РАМН (1944 – 2006)

Сточик А.А., Глянцев С.П.

Москва

ФГБНУ "Национальный НИИ общественного
здоровья им. Н.А. Семашко"

За 60 лет существования АМН СССР – РАМН (1944 – 2006) хирурги составляли существенную часть отделения клинической медицины (ОКМ) Академии. В первый состав АМН СССР, утвержденный СНК СССР 30.06.1944 в количестве 56 человек, было включено 13 хирургов (23,2%): в том числе Н.Н. Бурденко (нейрохирургия), С.С. Гирголав, С.С. Юдин, И.Г. Руфанов, Ю.Ю. Джанелидзе, А.Г. Савиных, Г.М. Мухадзе и П.А. Куприянов – как действительные члены (д.ч.) академии, а В.Н. Шевкуненко, Н.Н. Петров (онкология), В.М. Мыш, А.Л. Поленов и Н.А. Богораз – как почетные (п.ч.). В то же время в списке кандидатов в д.ч. (80 чел.) и п.ч. (10 чел.) от 26.02.1944 фигурировало 21 фамилия хирургов. Из них в состав от 30.06.1944 из кандидатов в д.ч. не вошли: А.В. Вишневский (избран в 1946), В.Н. Шамов (избран в 1945), П.Г. Корнев (утвержден 14.11.1944), С.Р. Миротворцев (избран в 1945), М.А.-О. Топчибашев (избран в 1948; ч.-к.), И.И. Орлов и К.Х. Орлов (не избраны); а из кандидатов в п.ч. – Т.П. Краснобаев (избран д.ч. в 1945) и П.А. Герцен (не избран). Кроме того, из списка, утвержденного 14.11.1944, были исключены п.ч. Н.А. Богораз (не избран), В.М. Мыш и А.Л. Поленов (избра-



ны в 1945). В окончательный состав д.ч. АМН СССР, утвержденный СНК СССР 14.11.1944 в количестве 60 человек, попали 12 хирургов (20%). После II сессии АМН СССР (1945) число хирургов в Академии возросло на 7: дополнительно к 5 выше названным были избраны В.Р. Брайцев и А.П. Крымов. В 1946 к ним добавились А.В. Вишневский, А.Н. Бакулев (ч.-к.) и А.Н. Максименков (ч.-к.); в 1948 были избраны Б.Г. Егоров (ч.-к.) и А.В. Мельников (д.ч.), в 1950 – А.И. Савицкий (ч.-к.) и Н.В. Антелава (ч.-к.), в 1952 – А.А. Вишневский (ч.-к.), в 1953 – А.Н. Филатов (ч.-к.) и Б.В. Петровский (ч.-к.). К 10-летию АМН СССР (1954) в ней состояло 273 члена, из которых хирургов и онкологов было 43 (15,7%). Через 40 лет (1984) из 584 членов АМН СССР хирургов и онкологов было 91 (15,6%). Через 50 лет (1994) из 795 членов РАМН хирургов и онкологов было 115 (14,5%). Через 60 лет (2004) из 1033 членов РАМН число хирургов и онкологов равнялось 155 (15%). Специальности «хирургия» (С.С. Гирголав, С.С. Юдин, И.Г. Руфанов и др.), «нейрохирургия» (Н.Н. Бурденко) и «онкология» (Н.Н. Петров) были открыты в 1944; «оперативная хирургия и топографическая анатомия» появилась в 1946 (А.Н. Максименков), «хирургия легочного туберкулеза» – в 1957 (Л.К. Богуш), «детская хирургия» – в 1963 (Г.А. Баиров), «сердечно-сосудистая хирургия» – в 1971 (В.И. Бураковский), «топографическая анатомия и экспериментальная хирургия» – в 1971 (Ю.М. Лопухин), «урология» – в 1974 (Н.А. Лопаткин), «трансплантология» – в 1978 (В.И. Шумаков), «сосудистая хирургия» – в 1982 (А.В. Покровский), «военно-полевая хирургия» – в 1984 (К.М. Лисицын), «кардиохирургия» – в 1991 (Л.А. Бокерия), «онкохирургия» – в 1995 (В.П. Харченко), «кардиохирургия (детская)» – в 1997 (В.П. Подзолков), «микрохирургия» – в 1997 (Р.С. Акчурун), «хирургия печени» – в 1999 (В.А. Журавлев), «торакальная хирургия» – в 2002 (Я.Н. Шойхет), «гнояная хирургия» – в 2002 (А.М. Светухин), «эндоваскулярная хирургия» – в 2005 (Б.Г. Алекян). Таким образом, из 21 хирурга, кандидата в члены АМН СССР, в ее состав ни в 1944, ни в последующем не попали Н.А. Богораз, П.А. Герцен, И.И. Орлов и К.Х. Орлов. Последним д.ч. АМН СССР, избранным без прохождения степени ч.-к., был А.В. Мельников (1948). Если в первом составе АМН СССР хирургом был каждый 5-й (20%), что, очевидно, было обусловлено запросами военного времени, то в последующем количество хирургов (включая онкологов) было относительно постоянным и составляло в среднем 15% всего состава АМН СССР – РАМН. В 1944 в АМН СССР было 3 хирургических специальности (хирургия, нейрохирургия и онкология). Во 2-й половине XX века по мере дальнейшей дифференциации медицины число хирургических специальностей в РАМН росло и в начале XXI века превысило 20.

1726. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ FAST TRACK-ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГАНГРЕНАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Пименова Н.Ю., Кузнецов В.В.,
Дроздовский А.К., Новичков Г.М.*

Тула

ГУЗ "Городская больница №7 г.Тулы"

Актуальность: Смертность в России после высоких ампутаций по данным разных авторов составляет от 13 до 18%. Прогресс в развитии эндоваскулярных и открытых сосудистых оперативных методов лечения не повлиял на этот показатель. Материалы: За период с 2013 по 2016г нами пролечено 54 пациента с гангренами нижних конечностей. Всем была выполнена ампутация на уровне бедра. Из них 58% пациентов с облитерирующим атеросклерозом, 62% в сочетании облитерирующего атеросклероза с сахарным диабетом. 5 больных доставлены из сосудистого отделения после ревизий артерий для выполнения ампутаций. Результаты: Всем больным при поступлении выполнялись клинические и биохимические анализы крови и мочи, ЭКГ, консультация терапевта и анестезиолога, УЗИ версий нижних конечностей. 23% больных прооперированы в день поступления, остальные на следующий день. Инфузионная дезинтоксикационная терапия проводилась по показаниям. Ампутация на уровне средней трети бедра выполнялась стандартным способом без жгута с послойным циркулярным рассечением тканей ампутационным ножом с отдельной обработкой седалищного нерва и сосудистого пучка. Под мышцы и фасцию устанавливались дренажи с активной аспирационной системой типа "гармошка", удалялись на третьи сутки. Швы на кожу накладывались кетгуттом. Время выполнения ампутации занимало от 22 до 45 мин. Все операции проводились под спинно-мозговой анестезией. В послеоперационном периоде через 6-8 часов после операции после операции больному разрешалось совершать сгибательно-разгибательные движения в тазобедренном суставе прооперированной конечности. До операции каждому больному устанавливался мочевого катетер для адекватного контроля диуреза, и удалялся через 3-4 дня. Инфузионная терапия со 2 суток не проводилась. Через сутки после операции больному разрешалось сидеть. На 5-6 сутки после ампутации пациент выписывался домой со швами. За три года из 54 больных в стационаре умер всего один больной от мочевого перитонита, что составляет 1.9%. У остальных пациентов послеоперационных осложнений не было. Выводы: Вы-



полнение ампутации в кратчайшие сроки от поступления, определенная техника и быстрое время выполнения ампутации, адекватная инфузионная терапия, активизация в день операции и выписка больного домой через 5-6 суток резко снизило раннюю послеоперационную летальность.

1727. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Матмуратов К.Ж.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Несмотря на развитие ангиохирургии и появление новых способов лечения больных сахарным диабетом, частота ампутации конечности у больных данной категории достигает 28% и не имеет тенденции к снижению. Ежегодное число ампутаций конечности в экономически развитых странах варьирует от 13,7 до 32,3 на 100 тыс. населения. Гангрена конечности является тяжелым осложнением хронической артериальной недостаточности при сахарном диабете.

Материалы и методы: исследование включает 225 пациентов, пролеченные в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2016 году. Эти больные имели гнойно-некротические поражения стоп и голени, развивающиеся на фоне нейроишемии при синдроме диабетической стопы. Возраст пациентов было от 44 до 81 лет, медиана 62 лет. Необходимо отметить, что более 69,4% (n=157) пациентов были старше 60 лет, 48% женщин, 52% - мужчин. Длительность заболевания сахарным диабетом у больных составляло от 6 мес (диагностирован при обследовании по поводу гнойно-некротического поражения стоп) до 26 лет, медиана – 9 лет. Длительность поражения стоп в исследованной группе больных составляло от 7 дней до 3-х лет, в среднем 2 месяца. У пациентов часто наблюдалось поражение правой нижней конечности – 62,5% наблюдений, что связано с большой нагрузкой на правую ногу и в связи с этим большей ее подверженностью травмирующим воздействием, которые являются фактором развития гнойно-некротических поражений стоп. Первичным критерием отбора больных для определения объема оперативного вмешательства и показанием к эндоваскулярному баллонной ангиопластики считали признаки критической ишемии конечности и незаживающие трофические раны стоп. Для уточ-

нения характера окклюзионно-стенотического поражения и планирования тактики лечения всем больным выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) артерий нижних конечностей. При наличии гнилостного процесса ее вскрытие и резекционные операции на стопе выполнялось до реваскуляризации. Из 225 больных у 39 (15,3%) до реваскуляризации произведено вскрытие флегмоны и 25 больных (11,1%) выполнено резекционные операции на стопе. При ограничении гнойно-некротического процесса на стопе, при отсутствии тенденции к распространению инфекционного фактора и при наличии окклюзионно-стенотических поражениях артерий нижних конечностей производили транслюминальную баллонную ангиопластику. В случае отграничения некротического процесса на стопе без риска прогрессирования вначале производилось баллонная ангиопластика артерий нижних конечностей, затем – резекционные операции стопы.

Результаты: все больные, проведенные транслюминальная баллонная ангиопластика находились под наблюдением и получали антибактериальную (цефалоспорины, аминогликозиды), антиоксидантную (актовегин, вазaproстан) и антикоагулянтную (гепарин, клексан) терапию. В динамике наблюдения и проведения комплекса лечебных мероприятий пациентам проведенным баллонную ангиопластику в 56 (24,9%) случаях произведена экзартикуляция пальца, у 29 (12,9%) больных выполнялось поэтапная некрэктомия. Для сохранения опорно-двигательной функции конечности 21 (9,3%) пациентам выполнена ампутация стопы по Шарпу.

Обсуждение: если реваскуляризация артерий нижних конечностей возможно, ему отдается предпочтение в связи с малой инвазивностью. Ограничение длительности эффекта баллонной ангиопластики компенсируется легкой повторяемостью и минимальной угрозой для жизни больного. Следует отметить, что в большинстве случаев нам удалось сохранить опорно-двигательную функцию конечности (91,4%). Это в свое очередь показывает высокую эффективность эндоваскулярных оперативных вмешательств в процессе заживления ишемических ран у больных гнойно-некротическими осложнениями стоп на фоне сахарного диабета.

Выводы: транслюминальная баллонная ангиопластика является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы. Реваскуляризионные операции на артериях нижних конечностей позволяет добиться к быстрому заживлению гнойно-некротических поражений стопы ишемического характера и выполнить адекватную удалению гнойно-некротических поражений.



Оценка и разработка методов ранней диагностики поражения периферического артериального русла (до гнойно-некротического поражения стоп) и своевременная баллонная ангиопластика являются перспективными направлениями улучшения оказания помощи больным с синдромом диабетической стопы.

1728. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Онницев И.Е., Зубарев П.Н., Хохлов А.В., Янковский С.А., Ивануса С.Я.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова

Асцит - один из наиболее распространенных вариантов осложнений цирроза печени, встречающийся более чем у 50 % больных. В 10 % случаев у пациентов асцит приобретает резистентный характер. Более 50% из этих больных погибают в течение года. Данные мировой литературы свидетельствуют о благоприятном влиянии на течение заболевания лапароцентеза, фракционной эвакуации асцитической жидкости с последующей реинфузией экстракорпорально модифицированной асцитической жидкости. Цель: оценить эффективность применения реинфузии экстракорпорально модифицированной асцитической жидкости в лечении цирроза печени, осложненного диуретикорезистентным асцитом. Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 83 пациентов, подвергшихся лапароцентезу, эвакуации асцитической жидкости. В зависимости от тактики лечения сформированы 2 группы пациентов. Основную группу составили 43 пациента, которым выполняли лапароцентез, эвакуацию асцитической жидкости с последующей экстракорпоральной обработкой при помощи диализатов с супер-высокопроницаемыми мембранами и ее реинфузией. В контрольной группе, состоящей из 40 человек выполняли лапароцентез, фракционную эвакуацию асцитической жидкости с возмещением потери белка переливанием 25% альбумина из расчета 10 г на 2 литра удаленной жидкости. Оценка эффективности проводимого лечения оценивалась по динамике суточного диуреза, длительности лечебного эффекта (частота госпитализаций), степени коррекции белковых потерь. Результаты: По данным анализа результатов лечения основной группы пациентов отмечается значимое увеличение суточного диуреза до

1300±120 мл по сравнению с контрольной 900±80 мл, увеличение экскреции натрия с мочой в основной группе 132±7 ммоль/л по сравнению с контрольной 120±6 ммоль/л. Возмещение белковых потерь после эвакуации асцитической жидкости оценивалась по концентрации альбумина в сыворотке крови. В основной группе увеличение концентрации альбумина в сыворотке крови отмечено до 33,4 ± 1,5 г/л, по сравнению с контрольной до 28,2 ± 1,2 г/л. Снижение количества молекул средней массы в плазме крови в основной группе до 0,254±0,098 ед. по сравнению с контрольной группой 0,298±0,045 ед. Длительность лечебного эффекта (интервалы между рецидивами асцита) в основной группе сохранялись 12±4 недели, когда в контрольной группе не более 4±2 недели. Вывод: Реинфузия экстракорпорально модифицированной асцитической жидкости показывает более высокую эффективность по сравнению с традиционной коррекцией белковых потерь и водно-электролитных нарушений на фоне эвакуации асцитической жидкости.

1729. ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ. ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Инжеватов В.В.(1), Григорьев В.В.(2), Резяпкин Г.И.(3), Щетинин С.А.(4), Ауде Ф.С.(2), Котова М.Н.(5), Оськин А.Н.(6)

Москва

1)МГМСМУ, 2)РУДН, 3)ГКБ№1, 4) Клиника «Креде эксперто», 5) ФНКЦ ФМБА, 6) ЦКБ УДП РФ

Актуальность. Экспериментальное подтверждение эффективности и безопасности планового оперативного лечения пациентов с ортопедической патологией по программе хирургии одного дня. Материал и методы. За 2013-2015 гг., в условиях Центра амбулаторной хирургии располагавшегося на базе многопрофильной поликлиники г. Москвы – Филиал №1 (ГП№185) ГП №36, проведено плановое хирургическое лечение 158 пациентов с патологией плечевого, коленного и голеностопного суставов, а также с приобретенной деформацией переднего отдела стопы. Среди пациентов 45,6% мужчин и 54,4% женщин, в возрасте от 18 до 68 лет, средний возраст - 44,1 года. Им выполнено 160 операций. Пациенты принадлежали к I, II и III классу по шкале оценки физического состояния ASA. Возможность хирургического лечения пациентов III класса по ASA, т.е. с тяжелым, но компенсированным заболеванием (сахарный



диабет, ишемическая болезнь сердца и т.д.) решался в каждом случае индивидуально, с учетом кардиального статуса, вида анестезиологического пособия, характера и продолжительности оперативного вмешательства. Операционно-анестезиологический риск по шкале МНОАР не превышал 2-й степени. Операции на нижних конечностях выполнены под спинальной анестезией с редукцией кровотока в области операции; на верхних – под проводниковой, без управляемой гипотензии. Выполнено 119 санационных артроскопических операций: на коленном – 109 (резекция мениска, удаление хондромного тела и т. д.), плечевом – 4 (субакромиальная декомпрессия при импиджменте), голеностопном – 6 (удаление хондромных тел, резекция спаек и остеофитов) суставах; и 8 реконструктивных артроскопических операций: на коленном – 5 (реконструкция передней крестообразной связки) и плечевом – 3 (реконструкция суставной губы, шов вращательной манжеты) суставах. Реконструктивные операции выполнены на 33 стопах, 31 пациенту. Для пластики переднего отдела стопы выполнялись - остеотомия SCARF, изолированно, и в сочетании с остеотомией Akin; артродез плюсне-фалангового сустава, проксимальная остеотомия плюсневой кости, резекционная артропластика пальцев стопы с трансартикулярной фиксацией спицей. Операции завершались наложением бандажей и ортезов, соответствующих патологии. Болевой синдром эффективно купировался НПВС. После кратковременного наблюдения в дневном стационаре, по восстановлении функции тазовых органов и нижних конечностей со стабильными гемодинамическими показателями пациенты активизировались (после операций на нижних конечностях – дозированная нагрузка на оперированные конечности с опорой на костыли, после операций на стопах – дополнительно – туфли Барука) и транспортировались по месту жительства. Далее – амбулаторный режим. Результаты. Все пациенты хорошо перенесли анестезию и оперативное вмешательство, активизированы и выписаны на амбулаторный режим в день операции. Осложнений спинальной анестезии не отмечено. Случаев перевода пациентов с ортопедической патологией на стационарный режим не было.

Обсуждение. На всех этапах лечения, от предоперационной подготовки до выписки, действия персонала и пациента были подчинены единой задаче – создание условий для ранней активизации пациента и, через это, переходу на амбулаторный режим в день операции. Определяющие факторы – рациональный отбор пациентов и минимизация операционной травмы. Спинальная анестезия в условиях однодневной хирургии – метод выбора и хорошо переносится больными при исполь-

зовании малотравматичных методик спинальной пункции. Ранняя активизация после операции способствуют профилактике тромбоэмболических и септических осложнений. Предопределенный порядок быстрого реагирования при возникновении неотложных состояний в раннем послеоперационном периоде, предполагающий мобильную связь, взаимодействие с СМП и многопрофильным стационаром – еще один фактор надежности в амбулаторных условиях. Выводы и рекомендации. Результаты исследования показали, что значительная часть пациентов с ортопедической патологией могут быть эффективно и безопасно прооперированы в условиях хирургии одного дня.

1730. ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Голубев А.Г., Мосина Л.М., Давыдкин В.И.,
Вилков А.В.*

Саранск

Медицинский институт Национального
исследовательского Мордовского
государственного университета им.Н.П. Огарёва

Актуальность. Острый панкреатит – одно из наиболее распространенных острых хирургических заболеваний, имеющих тенденцию к росту. Аутолитический процесс в железе сопровождается изменениями в парапанкреатической клетчатке, в системе воротной вены и смежных органов.

Целью исследования явилось изучение динамики некоторых гемодинамических показателей в системе воротной вены в зависимости от формы острого панкреатита. Материалы и методы исследования. В группу исследования вошли 58 пациентов с установленным диагнозом – острый панкреатит, среди них было 30 мужчин и 28 женщин. Средний возраст мужчин составил 47,2±3,4 лет, женщин – 56,3±2,3 лет. Пациентам на 1, 3, 6, 9 и 12-е сутки лечения проводили ультразвуковое исследование с использованием ангиодопплерографии с определением размеров правой доли печени; линейного и объемного кровотока в селезеночной и воротной вене; измеряли индекс гиперемии.

Результаты и обсуждения. Наиболее значимые и стойкие изменения гемодинамических параметров отмечались при панкреонекрозе алкогольного генеза: увеличение переднезаднего размера правой доли печени (18,6 % (18,0±4,0 мм)); диаметра воротной вены (19,4% (14,3±0,6 мм)); скорости линейного кровотока (увеличение с 9 суток



и достигало максимума к 12 суткам 33,3+5,0 см/с) и объемного кровотока (максимально увеличивалась к 6 суткам - 4021,6+134,3 мл/мин) по воротной вене; скорости линейного кровотока (повышалась максимально на 6 сутки до 43,1+6,3 см/с, а к 12 суткам нормализовалась (13,7+2,2 см/с)) и объемного кровотока (повышалась максимально к 6 суткам до 757,0+46,3 мл/мин и к 12 суткам нормализовалась до 297,6+44,1 мл/мин) по селезеночной вене. При панкреонекрозе алкогольной этиологии, возникший на органном уровне «блок» микроциркуляции, характеризуется уменьшением линейной скорости — 16,21 см/с (р

1731. БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Краснолуцкий Н.А., Стебенев А.Н.,
Литвиненко А.А., Поляков В.Ю.,
Губанов В.А., Кузнецов П.В.*

Липецк

ГУЗ ЛГБ №3 "Свободный сокол"

В настоящее время проблема ожирения и заболеваний, связанных с избыточной массой тела очень актуальна. В развитых странах, где большинство населения ведет малоподвижный образ жизни, 10-25% людей старше 30 лет страдают от данных нарушений. В старшей возрастной группе показатели возрастают до 40%. Так, в Европе количество больных превысило 50 млн человек. В России в возрасте 30–69 лет около 20,6% россиян имеют метаболический синдром, при этом у женщин он встречается в 2,4 раза чаще. За последние два десятилетия количество больных среди детей и подростков увеличилось до 6,5%. Эту тревожную статистику связывают с пристрастием к углеводной диете и малоподвижным образом жизни. Проблема усугубляется тем, что консервативное лечение малоэффективно. Бариатрические операции в нашем отделении выполняются с 2013 года. Всего оперировали 12 пациентов. Женщин было 10, мужчин 2. Возраст от 32 до 55 лет. Индекс массы тела от 40,2 до 71,3. Почти все пациенты имели сопутствующую патологию: гипертоническую болезнь, сахарный диабет, дислипидемию, остеоартрозы разной степени выраженности. Выполнены следующие операции: лапароскопическая рукавная резекция в 5-ти наблюдениях, билиопанкреатическое шунтирование в 7 наблюдениях, из них в модификации Scopinaго было 6 случаев, в модификации Hess-Marseau в 1. Результаты: послеоперационной летальности не наблюдали, ос-

ложнения отмечены в 2-х случаях, эвакуированы серомы послеоперационной раны. койко-день от 4 до 12. Все пациенты взяты на диспансерное наблюдение. Процент потери избыточной массы тела у пациентов, перенесших билиопанкреатическое шунтирование составил от 77% до 90%, регрессировали проявления метаболического синдрома. У пациентов, перенесших рукавную резекцию процент потери избыточной массы тела колебался от 40% до 85%. Качество жизни у всех пациентов удовлетворительное. Случаев стойкой утраты трудоспособности не было. Наш начальный опыт подтверждает эффективность бариатрических операций в лечении пациентов с ожирением, метаболическим синдромом. Для более широкого распространения операций при морбидном ожирении в нашем регионе, необходимо улучшить преемственность в работе между терапевтической и хирургической службами, активно информировать население, проводить работу в первичном звене, с целью преодоления определенных опасений относительно результатов хирургического лечения данной патологии.

1732. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «РУТИННОГО» НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Турбин М.В. (1), Бондаренко В.А. (1),
Красенков Ю.В. (2), Бондаренко И.В. (1)*

Ростов-на-Дону

- 1) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону,
- 2) ГБОУ ВПО РостГМУ

В исследование вошло 255 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) по поводу острого калькулезного холецистита в хирургическом отделении МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону в 2015-2016 гг. Все больные были распределены на 2 сопоставимые группы. В первую группу (контрольную) вошли 125 пациентов, которым было выполнено наружное дренирование холедоха во время ЛСХЭ. Во вторую группу вошли 130 пациентов, которым не выполнялось дренирование холедоха. Возраст пациентов от 22 до 68 лет, в исследования приняли участие 171 женщина, 84 мужчины. У пациентов обеих групп при нормальных показателях билирубина и амиллазы крови, отсутствии по данным ультразвукового исследования (УЗИ) холедохолитиаза и расширения холедоха, не было желтух механического характера в анамнезе, выявлены «сомнительные»



признаки нарушения желчеоттока (наличие в анамнезе опоясывающих болей в анамнезе, расширение пузырного протока более 3 мм, конкременты менее 5 мм в просвете желчного пузыря). До операции в обеих группах проводилось общеклиническое (анамнез заболевания, физикальное обследование и др.), и инструментальное обследование, включая УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию с осмотром дуоденального соска, обзорные рентгенограммы органов грудной клетки, и брюшной полости, при необходимости компьютерное исследование. Так же проводились консультации смежных специалистов при необходимости. Дренажирование проводилось соответственно Патенту RU 2218949 – «Способ наружного дренирования желчных путей при лапароскопической операции». Суть метода заключается в следующем: Клипируем или перевязываем проксимальный отдел пузырного протока. Пересекаем пузырный проток. Создаем отверстие в стенке пузырного протока. На культю пузырного протока ниже отверстия набрасываем петлю Редера из кетгута. В отверстие вводим мочеточниковый катетер сначала на 15-20 см, затем на 3-4 см. Внешний конец катетера выводим на переднюю брюшную стенку. Закрепление осуществляют так, чтобы в брюшной полости катетер располагался свободно, без натяжения. Для надежной фиксации использовалась дополнительная петля Редера. Дренаж укладывался в подпеченочное пространство. Интраоперационно выполнялась холангиография. Наблюдения за пациентами контрольной группы принесли позитивные данные. Этот метод получил название «рутинного дренирования холедоха». Во время наблюдения у пациентов с установленным дренажем холедоха отмечалась положительная динамика в стабилизации лабораторных (биохимических) показателей состояния гепатобилиарной зоны, нормализация температуры тела проходила в наиболее сжатые сроки после дренирования, достигая нормы к 2-3 суткам. Состояние пациентов становилось удовлетворительным в среднем на 2-3 дня раньше, чем в основной группе, что сокращало срок пребывания пациентов в стационаре. Результаты: У 1 пациента из второй группы течение послеоперационного периода осложнилось развитием механической желтухи, в связи с чем выполнено ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - диагностирован холедохолитиаз. У двух пациентов без дренирования холедоха отмечено желчеистечение в раннем послеоперационном периоде, в связи с чем выполнено ЭРХПГ, ЭПСТ, диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). После выполнения ЭПСТ у этих пациентов отмечено закрытие свищей на 4-5 сутки. В контрольной груп-

пе был выявлен в 8,8% случаев холедохолитиаз, либо стеноз БДС, ввиду чего производилась ЭПСТ, литоэкстракция. Так же, в контрольной группе отмечается быстрая нормализация показателей биохимии крови, а именно билирубин, амилаза; показателей общего анализа крови – лейкоцитов; нормальные показатели температуры тела. Выводы: «Рутинное» наружное дренирование холедоха при остром холецистите у пациентов с «сомнительными» признаками нарушений желчеоттока зарекомендовало себя с положительной стороны. Метод прост в выполнении (необходимое время для дренирования 3-5 минут), обеспечивает надежность фиксации и герметичность дренажа, позволяет быстро нормализовать лабораторные показатели крови, позволяет выполнить холангиографию, что позволяет избежать осложнений при ЛСХЭ.

1733. ПРИМЕНЕНИЕ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Мамошин А.В. (1, 2, 3), Альянов А.Л. (1, 2),
Борсуков А.В. (3), Мурадян В.Ф. (1,2),
Аболмасов А.В. (2)*

1) Орёл; 2) Смоленск

- 1) ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»;
- 2) БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»;
- 3) ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»

Целью работы явилась оценка возможностей методов интервенционной радиологии в диагностике и лечении деструктивного панкреатита и его осложнений.

Материалы и методы. Миниинвазивные вмешательства в рамках лечебно-диагностического алгоритма применены у 372 пациентов с различными клинико-морфологическими формами деструктивного панкреатита. Возраст больных варьировал от 19 до 84 лет (мужчин было 278, женщин – 94). Интраоперационно основными лучевыми методами контроля проведения миниинвазивных вмешательств явились ультразвуковой и рентгенологический методы исследования. При наличии клинико-инструментальной картины деструктивного процесса, подозрительного в отношении инфицирования, в целях верификации характера поражения тканей, всем больным про-



ведены мультифокальные тонкоигольные диагностические пункции под соно-флуороскопическим контролем. Полученный материал подвергался бактериологическому, цитологическому и микроскопическому исследованию. Пред- и интраоперационные данные УЗИ имели приоритетное значение в решении вопроса о проведении тонкоигольной диагностической пункции с рентгенологической оценкой особенностей распространения контрастного вещества в различных тканях и полостях. У больных с экссудативными осложнениями деструктивного панкреатита выполняли дренирующие миниинвазивные вмешательства под рентгеносоноскопическим контролем. Малокалиберное дренирование осуществляли одноразовыми пункционными нефростомическими дренажными наборами по двухмоментной методике Сельдингера и одномоментной методике с помощью стилет-катетера с установкой дренажа с памятью формы типа «pig tail». При гнойных осложнениях деструктивного панкреатита с признаками секвестрации тканей операционный доступ осуществляли с использованием первичного и вторичного крупнокалиберного дренирования (28 - 36 Fr) под соно-флуороскопическим контролем, минидоступа под ультразвуковым контролем с санацией зоны деструкции и этапной инструментальной некрсеквестрэктомией. Результаты. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность ультразвукового исследования составили соответственно 85,3%, 76,2% и 79,8%. Введение контрастного вещества при диагностической тонкоигольной пункции под флуороскопическим контролем во всех случаях подтвердило и уточнило данные ультразвукового исследования о объеме поражения и в 22% случаев позволило выявить распространение процесса, не визуализирующееся при УЗИ. Всего выполнено 840 чрескожных миниинвазивных вмешательств. Доля малокалиберного дренирования среди всех вмешательств составила 38%, преимущественно у пациентов с острыми жидкостными скоплениями (42,6%) и постнекротическими кистами (57,4%). Первично крупнокалиберное дренирование выполнено в 12% случаев при наличии секвестрации в зонах деструкции. Бужирование имеющегося малокалиберного доступа выполнено в 13% случаев. Минидоступ под контролем ультразвукового исследования выполнен в 12 случаях (3%) при гнойно-деструктивном процессе в забрюшинном пространстве. 34% всех вмешательств составили коррекция и замена дренажей при динамическом соно-флуороскопическом контроле. Осложнения возникли у 42 (11,3%) пациентов, с переходом на лапаротомию у 18 (4,8%) больных. Летальность составила 8,8%. В 91,2% случаев выполнение чрескожных миниинвазивных вмешательств на фоне

активной комплексной консервативной терапии позволило купировать патологический процесс и избежать открытых оперативных вмешательств. Выводы. Своевременная уточняющая ультразвуковая диагностика различных клинко-морфологических форм деструктивного панкреатита в сочетании с введением контрастного вещества при диагностической пункции под флуороскопическим контролем позволяют дифференцированно подойти к выполнению чрескожных миниинвазивных вмешательств и обосновать тактическую позицию в хирургическом лечении деструктивного панкреатита и его осложнений. Перкутанные диапневтические вмешательства представляются эффективным миниинвазивным методом санации экссудативно-некротических зон при деструктивном панкреатите.

1734. ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Голубев А.Г., Мосина Л.М., Давыдкин В.И.,
Вилков А.В.*

Саранск

Медицинский институт Национального
исследовательского Мордовского
государственного университета им. Н.П. Огарёва

Актуальность. Острый панкреатит — одно из наиболее распространенных острых хирургических заболеваний, имеющих тенденцию к росту. Аутолитический процесс в железе сопровождается изменениями в парапанкреатической клетчатке, в системе воротной вены и смежных органов. Целью исследования явилось изучение динамики некоторых гемодинамических показателей в системе воротной вены в зависимости от формы острого панкреатита.

Материалы и методы исследования. В группу исследования вошли 58 пациентов с установленным диагнозом — острый панкреатит, среди них было 30 мужчин и 28 женщин. Средний возраст мужчин составил 47,2±3,4 лет, женщин — 56,3±2,3 лет. Пациентам на 1, 3, 6, 9 и 12-е сутки лечения проводили ультразвуковое исследование с использованием ангиодопплерографии с определением размеров правой доли печени; линейного и объемного кровотока в селезеночной и воротной вене; измеряли индекс гиперемии.

Результаты и обсуждения. Наиболее значимые и стойкие изменения гемодинамических параметров отмечались при панкреонекрозе алкогольного генеза: увеличение переднезаднего размера



правой доли печени (18,6 % (18,0+4,0 мм)); диаметра воротной вены (19,4% (14,3+0,6 мм)); скорости линейного кровотока (увеличение с 9 суток и достигало максимума к 12 суткам 33,3+5,0 см/с) и объемного кровотока (максимально увеличивалась к 6 суткам - 4021,6+134,3 мл/мин) по воротной вене; скорости линейного кровотока (повышалась максимально на 6 сутки до 43,1+6,3 см/с, а к 12 суткам нормализовалась (13,7+2,2 см/с)) и объемного кровотока (повышалась максимально к 6 суткам до 757,0+46,3 мл/мин и к 12 суткам нормализовалась до 297,6+44,1 мл/мин) по селезеночной вене. При панкреонекрозе алкогольной этиологии, возникший на органном уровне «блок» микроциркуляции, характеризуется уменьшением линейной скорости — 16,21 см/с.

1735. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УПРАВЛЯЕМОЙ НОВОКАИНОВОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ГРУДНОГО СИМПАТИЧЕСКОГО СТВОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Мидленко В. И., Чавкин П. М., Смолькина А. В.,
Евсеев Р.М., Маракеев Д.Х.*

Ульяновск

Медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова
Ульяновского государственного университета

Цель работы: улучшение лечения больных острым панкреатитом в раннем посттравматическом периоде при сочетанной травме.

Задачи исследования: Оценить эффективность управляемой новокаиновой денервации грудного симпатического ствола (УНДСС) при лечении больных острым панкреатитом (ОП) при сочетанной травме.

Методы и материалы: Под нашим наблюдением за последние 10 лет на базе кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета находилось 106 больных с ОП, развившийся в раннем посттравматическом периоде при сочетанной травме. Основную группу составили 26 больных, которым наряду с традиционным консервативным лечением была применена УНДСС. Больным в асептических условиях, проводилась пункция ретроплеврального пространства слева на уровне Th8 – Th9 с последующей блокадой грудного симпатического ствола на этом уровне раствором новокаина 0,5% в количестве 35 – 40 мл и постановкой катетера в ретроплевральное пространство для постоянного введения раствора новокаина в период лечения. Группу сравне-

ния составили 80 человек – больные ОП, которым проводилась традиционная терапия. Результаты исследования оценивали по клиническим проявлениям, срокам купирования болевого синдрома, лабораторным показателям (снижения уровня амилазы крови и диастазы мочи) количеству койко-дней, летальности. Результаты: С легким течением ОП было 68(85%) больных в группе сравнения и 19(73%) больных в основной группе. Тяжелое течение болезни было выявлено у 12(15%) и 7(23%) больных в группах соответственно. ОП билиарной этиологии в данной возрастной группе выявлен у 47(59%) в группе сравнения и 15(58%), что составило основную массу пациентов в группах. В результате проводимого лечения и применения УНДСС продолжительность пребывания больных в стационаре сократилась в среднем на 2 дня и койко-день составил 8,3+3,3 в группе сравнения и 5,6+2,1 в основной группе.

1736. АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Бондаренко В.А., Турбин М.В., Кулешов О.И.,
Устименко И.В.*

Ростов-на-Дону

МБУЗ Городская больница скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону

Цель работы: анализ преимуществ эндоскопической остановки кровотечения при язвенных кровотечениях желудка и 12-перстной кишки.

Материалы и методы: С 2013 по 2016гг. в отделение хирургии МЛПУ ГБСМП г. Ростова на Дону поступило 508 пациентов, у которых была выявлена на ЭГДС язва желудка или 12-перстной кишки, осложненная желудочно-кишечным кровотечением. У 41 (8,1%) пациентов кровотечение было профузным, в связи с чем выполнено экстренное оперативное вмешательство – лапаротомия, остановка кровотечения. 467 (91,9%) больным выполнена эндоскопическая остановка кровотечения введением вокруг источника кровотечения спирт-адреналиновой смеси, коагуляцией в режиме монополярной коагуляции или аргоно-плазменной коагуляцией. У 38 (7,4%) после эндоскопической остановки кровотечения, при стабилизации состояния, проведены протившоковые мероприятия, гемотрансфузии и в отсроченном периоде, в связи с риском рецидива кровотечения (неустойчивый гемостаз, подтекание свежей крови по н\г зонду и т.д.), через 12-24 часа выполнена лапаротомия,



остановка кровотечения. У 11 прооперированных больных, что составило 2,1% от общего числа оперированных, в послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения (подтекание крови из линии швов желудка и 12-перстной кишки, эрозивный геморрагический гастрит и др.). Этим пациентам выполнена эндоскопическая остановка кровотечения, позволившая избежать повторной операции. Больным после эндоскопической остановки кровотечения проводим комплексную противоязвенную, гемостатическую, гемотранфузионную терапию и местное эндоскопическое лечение язвы. Выполняем следующие манипуляции: 1 – введение в мышечный слой вокруг язвы репаратантов (солкосерил, даларгин, актовегин и др.); 2 – медикаментозная ваготомиа; 3 – орошение поверхности язвы облепиховым маслом; 4 – введение в просвет ДПК и желудка 0,5% раствора новокаина. Проводим медикаментозную противоязвенную терапию. Результаты. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 9,8 койко - дня. Осложнений во время проведения местного лечения язвы ДПК не наблюдали. Выводы. Комплексный метод лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением, включающий местное эндоскопическое лечение язвы, позволяет остановить кровотечение у большинства больных – 429 человек (84,4%): сократить сроки пребывания больных в стационаре, снизить летальность, избежать рецидива кровотечения и достичь заживления язвы до стадии «красного рубца» за 9-11 дней.

1737. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Карпова Д. С., Мосина Л. М., Голубев А.Г.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Медицинский институт

Цель работы: изучить влияние препаратов групп β -адреноблокаторов и и - АПФ на коррекцию синдрома ПГ у больных ЦП.

Материалы и методы исследования. Обследовано 24 больных ЦП в возрасте от 29 до 58 лет, с длительностью заболевания от 11 месяцев до 10 лет. Диагноз был подтвержден данными клинических, лабораторных, инструментальных исследований. Контрольная (I группа)-базисная терапия ЦП; II группа-базис+кардином (2,5мг/сут); III группа-

базис+рамиприл(5 мг/сут). У больных определяли степень ПГ, стадию компенсации ПГ, наличие и частоту осложнений, изменение размеров печени, селезенки, динамику линейной(ЛС), объемной(ОС) скоростей в воротной(ВВ), селезеночной(СВ) венах для 3-х групп. Результаты: ЦП наиболее часто, по данным нашего исследования, встречался у мужчин (37,5%) в возрасте от 30 до 50 лет (60%). УЗ-признаки ПГ обнаруживались у 87,5% больных. Больные ЦП с ПГ класса В составили 25%, класс С – 75%. Частые осложнения:отечно-асцитический синдром – 100%, печеночная энцефалопатия II-III ст – 95 %, кровотечения из ВРВП и ВРВЖ – 67 %, синдром гиперспленизма – 62%. Размеры печени наблюдаемых больных увеличены в 91,7% случаев, уменьшены – в 8,3%; нормальных размеров не обнаружено. ПЗР правой доли: у I группы - увеличивался, но был недостоверным; у II группы увеличился на 6,8% относительно данных при поступлении, на 4,2% относительно I группы; у III группы увеличение на 12,4% относительно данных при поступлении, на 8,5% относительно I группы. ВНР правой доли печени – для I и II групп увеличивался, был недостоверным; у III группы – увеличился на 7,1% относительно данных при поступлении и на 4,1% относительно I группы. ПЗР и ВНР левой доли у всех трёх групп имели тенденцию к уменьшению (ПЗР), увеличению (ВНР), но были не достоверны, как в отношении данных при поступлении, так и при сравнении их с I группой. Длинник селезенки-увеличивался относительно данных при поступлении для I группы на 2,9%, II группы на 3,7%, III группы на 5,9%; относительно данных I группы – увеличение на 3,1% у II группы и на 3,9% у III группы, соответственно. Поперечник селезенки: для I,II групп увеличивались, но были не достоверны. Для III группы увеличение показателя на 2,6% относительно данных при поступлении и на 2,9% относительно I группы.

Выводы: преобладание пациентов с ПГ класса С свидетельствует о том, что необходимость в госпитализации и проведении неотложной интенсивной терапии происходит при осложненном течении ЦП. При включении гипотензивных препаратов в схему лечения ПГ у больных ЦП отмечается значительная коррекция размеров печени и селезенка, что свидетельствуют об усилении и процессов микроциркуляции в исследуемых органах. Более выраженный эффект на коррекцию ПГ оказывал рамиприл (5 мг/сут), способствующий улучшению почечного кровотока как фактора участвующего в формировании ПГ при ЦП.



1738. ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ: КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ФАКТОРЫ РИСКА

*Варданян А.В.(1), Мумладзе Р.Б. (1),
Доллидзе Д.Д.(1), Шевякова Т.В. (2)*

Москва

- 1) ФГОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- 2) ГБУЗ города Москвы, Городская клиническая больница имени С.П.Боткина.

Актуальность: необходимость проведения эффективной послеоперационной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) с соблюдением принципов геморрагической безопасности и в настоящее время является актуальным. Цель: провести анализ результатов профилактики послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений в хирургическом стационаре у больных с умеренным риском. Материал и методы: проведен анализ результатов профилактики ВТЭО 69 больных с умеренным риском, находившихся на лечении в хирургическом стационаре ГКБ им. С.П. Боткина с 2014 по 2016г. Критерием градации риска развития ВТЭО явилась шкала балльной оценки клинических характеристик (по Caprini), вошедшая в состав 9-й редакции Рекомендаций "Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 2012" (приложение 1), а так же система оценки риска с использованием в качестве основных факторов объема, продолжительности оперативного лечения и возраста пациента вошедшие в состав Российских клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО в 2015 г. Больные разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 37(53,6%) пациентов которым проводилась комплексная профилактика ВТЭО включающая низкомолекулярные гепарины, за 8-12 часов до операции, эластическую компрессию и аппаратную пневмокомпрессию нижних конечностей (н/к). В состав 2-й группы вошли 32(46,4%) пациента, которым антикоагулянтная профилактика ВТЭО проводилась не ранее чем через 6-12 часов после операции, а выше перечисленные физические методы ускорения венозного кровотока н/к обеспечивались как непосредственно до операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде до полной активации пациента. Возраст пациентов варьировал от 24 до 60 лет (средний возраст $41,6 \pm 10,7$ год). Число мужчин и

женщин: 34 (56,7%) и 26 (43,3%) соответственно. У 37 (61,7%) пациентов возраст до 45 лет и 23- старше 45 лет. Основным объективным критерием оценки результатов профилактики ВТЭО явились данные ультразвукового ангиосканирования (УЗАС) вен нижних конечностей (н/к) и таза. Исследование системы гемостаза включало общепринятые коагуляционные тесты. Изучались так же факторы риска, влияющие на развитие ВТЭО. Результаты и обсуждение: В 1-й группе по результатам УЗАС н/к тромботических осложнений не выявлено. Во 2-й группе, где антикоагулянтная профилактика ВТЭО начата в ближайшем послеоперационном периоде, также тромботических осложнений по данным УЗАС не обнаружено. Однако следует отметить, что у этих больных с умеренным риском профилактика ВТЭО включающая аппаратную пневмокомпрессию была начата до операции и продолжена в ближайшем послеоперационном периоде. При гемостазиологическом исследовании в обеих группах пациентов состояние системы гемостаза характеризовалось как «Компенсированная нормокоагуляция». Частота факторов риска распределилась следующим образом: возраст >40 лет в 1-й группе у 25,4%, во 2-й у 23,0% пациентов; ожирение II-III степеней в 1-й группе у 10,2%, во 2-й у 9,0%; варикозное расширение вен н/к C2-C4 (классификация CEAP) в 1-й группе у 5,2%, во 2-й у 5,1%.

1739. ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Шорников А.И., Меркулова Л.М., Гаврилов С.Н.

Чебоксары

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова» Кафедра нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией

Актуальность работы. Расстройства кровоснабжения определённых органов и тканей, выступающие в качестве самостоятельных заболеваний или сопутствующие различным патологическим процессам, существенно возросли, им принадлежит ведущая роль в общей и частной патологии человека. Одной из важнейших причин таких нарушений может быть вариантная анатомия сосудов. Кроме того, в клинической практике при оперативных вмешательствах этот факт необходимо так же учитывать. Целью нашего исследования было выявить варианты отхождения висцеральных ветвей брюшной аорты в половом аспекте. Материал и методы. Изучены 60 препаратов



брюшной аорты. Препараты до препаровки фиксировали в 5% растворе формалина.

Результаты. Исследование показало, что среди висцеральных ветвей брюшной аорты наиболее часто вариабельно отхождение почечных артерий. Большинство вариантов представлено двумя самостоятельными почечными артериями, как правых, так и левых примерно в равном процентном соотношении (23.2% и 18.3% соответственно). В 12.5% наблюдается двустороннее симметричное отхождение парных почечных артерий. У 5% изученных препаратов отмечено 3 правых почечных артерий. Прослеживается следующая закономерность: при наличии вариантов почечных артерий имеются варианты отхождения и других магистральных артерий от всей аорты у 12.5%. Различны и варианты отхождения чревного ствола (11.7% случаев). В 8.3% случаев чревной ствол представлен не одним сосудом, а от брюшной аорты отходят обычные его три сосуда самостоятельными ветвями. В 1.7% случаях чревной ствол отходит от аорты двумя артериями, вероятнее всего, печёночной и селезёночной. Нам, к сожалению, выяснить это не удалось, т.к. препараты были без органов. В одном случае (1.7%) мы наблюдали на месте чревного ствола отхождение четырех артерий. Стабильно и безвариантное отхождение верхней брыжеечной артерии. Из всех рассмотренных препаратов лишь в двух случаях (3.4%) наблюдали отхождение двух нижних брыжеечных артерий самостоятельными ветвями. У женщин варианты отхождения магистральных висцеральных ветвей брюшной аорты встречаются реже и составляет 10% среди изученных препаратов, у мужчин – 28% случаев. При этом отмечены преимущественно варианты отхождения только почечных артерий – 25 случаев (у мужчин 17 случаев и 8 – у женщин), что составляет 41,7% изученного материала. В старческом возрасте ни у одной женщины не отмечено вариантов отхождения почечной артерии. Вероятно, до старческого возраста люди с различными вариантами не доживают из-за сосудистой патологии, связанной с вариабельностью отхождения сосудов. У мужчин обнаружены различные варианты отхождения не только почечных артерий, но и чревного ствола, а также нижней брыжеечной артерии. Таким образом, нами установлено, что большее число вариантов отхождения висцеральных ветвей брюшной аорты выявлено у мужчин. При этом чаще всего встречаются варианты отхождения почечных артерий. Как правило, у большинства людей, имеющих варианты отхождения почечных артерий, отмечены варианты отхождения и других магистральных артерий от всей аорты. Описано четыре типа отхождения чревного ствола.

1740. СОСТОЯНИЕ ОНКОМАРКЕРОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

Матвеева Л.В., Мосина Л.М.

Саранск

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Медицинский институт

Цель исследования: определить сывороточные концентрации пепсиногенов, гастрин, канцерных антигенов при заболеваниях желудка. Материал и методы. Проведен иммуноферментный анализ образцов сыворотки крови 60 больных хроническим атрофическим гастритом в стадии обострения, 60 больных язвенной болезнью желудка в стадии обострения, 30 больных раком желудка II–IV ст., 30 практически здоровых лиц с использованием тест-систем фирм-производителей «Вектор-Бест», «ВІОНІТ». Результаты. Наименьший уровень пепсиногена-1 (ПГ-1) наблюдался при хроническом атрофическом гастрите – $42,1 \pm 2,8$ пг/мл (р

1741. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЛОЖЕНИЯ ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНОГО ОПЫТА ПОДГОТОВКИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ В РОССИИ

Мантурова Н.Е.(1), Кочубей В.В.(2)

Москва

1)РНИМУ им.Н.И.Пирогова,
2)МГМСУ им.А.И.Евдокимова

Подготовка сертифицированных пластических хирургов в России ведется с 2009 года, когда была утверждена специальность «пластическая хирургия». Первые пластические хирурги готовились в рамках программ профессиональной переподготовки, но, одновременно в медицинских ВУЗах страны шла организация двухгодичной ординатуры. Следует отметить, что с момента вступления в силу приказа Минздрава России №707н от 08.10.2015 года, подготовка пластического хирурга возможна исключительно в ординатуре. Причем, высказывается мнение в пользу увеличения срока подготовки пластических хирургов в ординатуре до 5 лет. То есть, отечественная система подготовки и профессионального развития пластического хирурга все больше стремится к международным



эталонам. Нами был изучен и обобщен интернациональный опыт программ подготовки пластических хирургов в странах Западной Европы (Великобритания, республика Ирландия, Дания, Германия) и северной Америки (Канада, США). На наш взгляд к положительным особенностям, которые обеспечивают качество подготовки пластических хирургов и могут быть копированы в отечественной системе, можно отнести: 1) высокие требования к кандидатам в ординатуру, как в отношении их академической успеваемости, так и научной деятельности. 2) стандартизация программ обучения в ординатуре одной организацией, что обеспечивает одинаковый уровень подготовки. 3) независимость организации, стандартизирующей программы ординатуры от профессионального сообщества, которое стремится усложнить программу подготовки, дабы ограничить доступ к своей специальности, и от образовательных организаций, которые напротив заинтересованы в упрощении программ подготовки. В тоже время независимая организация должна учитывать разумные предложения от всех заинтересованных сторон при разработке требований к программам ординатур. 4) дополнительные программы подготовки по ряду разделов пластической хирургии. 5) востребованность сертификатов профессионального сообщества пластических хирургов помимо обязательной лицензии на медицинскую деятельность. Заметим, что ряд положительных сторон интернациональной системы подготовки могут быть реализованы благодаря утверждению унифицированной примерной программы ординатуры по специальности пластическая хирургия. Типовая программа ординатуры должна разрабатываться с учетом содержания Профессионального стандарта врача-пластического хирурга и при активном привлечении профессионального сообщества. Создание типовой программы ординатуры поможет сформировать качественно новый маршрут подготовки врачей-пластических хирургов и обеспечит единый уровень подготовки пластических хирургов во всех образовательных учреждениях страны.

1742. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ 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), как правило, диагностируется в возрасте 15-35 лет. Единственным радикальным методом лечения является хирургическое вмешательство. При этом операционные раны заживают длительное время, а частота рецидивного течения ПК достигает 40%. Учитывая то, что ПК часто страдают люди трудоспособного возраста, улучшение результатов лечения является актуальной задачей. Цель исследования. Оценить эффективность пластического закрытия операционной раны при радикальном лечении ПК. Материалы и методы. Проведен анализ данных о лечении 26 больных с ПК в возрасте от 16 до 36 лет, которым выполнены радикальные операции. Мужчин было 23 (88,5%), женщин 3 (11,5%). Диагноз ПК установлен на основании клинической картины, результатов хромофистулографии, рентгенографии крестца и копчика, магнитно-резонансной томографии, ректороманоскопии. Начиная с 2016 года в отделении гнойной хирургии для радикального лечения ПК применен способ пластического закрытия операционной раны при наличии разветвленных свищевых ходов, рецидивном течении заболевания, выраженном волосяном покрове в области межъягодичной складки. Сущность операции заключается в том, что после хромофистулографии иссекается ПК согласно предоперационной разметке, операционная рана закрывается встречными треугольными кожно-апоневротическими лоскутами, которые выкраиваются с одной из сторон операционной раны. Кожно-апоневротические лоскуты перемещаются на встречу друг другу. При этом 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 операци-



онной 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 потребовало повторного оперативного лечения. Выполнено оперативное вмешательство с использованием пластического закрытия раны встречными треугольными кожно-фасциальными лоскутами. Во 2-й группе во все сроки наблюдения рецидива заболевания отмечено не было. Выводы: Показаниями для пластического закрытия операционного дефекта при радикальном лечении 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.

1743. ПАНКРЕОНЕКРОЗ, ЧТО ВЫБРАТЬ: «ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ САНАЦИЮ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ?»

Абдуллаев Я.П., Рубцов М.А., Галеев Ш.И.

Санкт-Петербург

Клиническая больница Святителя Луки

Актуальность лечения деструктивного панкреатита обусловлена значительным числом больных и стабильно высокой летальностью, ассоциированной с системными осложнениями, получающими развитие за период нахождения пациента в стационаре. В последнее время, нередко, с целью снижения эндотоксемии в течение 1-2 нед. Заболевания применяется лапароскопическое дрени-

рование брюшной полости и сальниковой сумки. Целью исследования явился сравнительный анализ эффективности консервативного лечения и лапароскопического дренирования брюшной полости в отношении влияния на динамику системных осложнений заболевания. Проведен анализ результатов лечения 42 пациентов (27 – только консервативное лечение в течение первых 1-3 недель (контрольная группа); 15 – перитонеальный лаваж в начальной фазе заболевания) (2006-2010 г.г.). Для характеристики местных и системных осложнений воспалительного процесса в поджелудочной железе использованы критерии консенсуса «Атланта, 1992», многопараметрические балльные шкалы APACHE II, MODS. Мониторинг системных осложнений осуществляли с помощью шкалы MODS с интервалом в 48 ч. Все пациенты находились в ОПИТ. Результаты. В отношении структуры местных осложнений (жидкостные скопления / некроз железы), выделенные группы оказались сопоставимыми, статистически значимых различий в баллах шкалы APACHE II на момент госпитализации отмечено не было. Летальных исходов в течение первых 1-3 недель заболевания не было. Лечебно-диагностическая лапароскопия с лаважем и дренированием брюшной полости выполнялась в среднем на 5,1 сут с момента начала заболевания. В течение первых суток после операции отмечено усугубление системных расстройств, нашедшее отражение в росте баллов по шкале MODS по сравнению с днем до операции (в среднем на 1,9 балла). 3-м пациентам после выполнения операции потребовалось введение вазопрессоров. Клинически значимого эффекта (динамика баллов по шкале MODS) в группах перитонеального лаважа / дренирования и консервативного лечения отмечено не было. Таким образом, лечебно-диагностическая лапароскопия не привела к значимой редукции системного ответа в раннюю фазу заболевания и даже наоборот. В связи с этим мы практически отказались от подобного рода вмешательств, отдавая предпочтение консервативной терапии.

1744. ВАРИАНТЫ РАЗМЕЩЕНИЯ ПОРТОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ: ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Лукичев Р.И., Плисс М.М., Кривов А.П.

Санкт-Петербург

Клиническая больница Святителя Луки

В настоящий момент лапароскопическая холе-



1745. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЛАНОВОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Багателия З.А., Равич Л.Д., Хмылов Л.М., Романенко А.Н., Семенычева Н.В.

Москва

1)Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ, ГБУЗ "Городская клиническая больница им. С.П. Боткина"

Цель: Оценка эффективности применения лапароскопического метода в плановом хирургическом лечении осложнений дивертикулярной болезни. Материалы методы: В проспективное сравнительное исследование включены 60 пациентов с хроническими осложнениями дивертикулярной болезни, оперированных в ГКБ им. С.П. Боткина в 2014-2017гг. Основную группу составили 30 пациентов, которым были выполнены лапароскопически ассистированные вмешательства. В контрольную группу вошло 30 пациентов, оперированных традиционным доступом. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела и распространенности воспалительного процесса. Из исследования исключены пациенты с ранее перенесенными операциями на толстой кишке, с признаками выраженного распространенного воспалительного процесса с обширным вовлечением внутренних органов, а также с противопоказаниями к карбоксиперитонеуму.

Результаты: В основной группе конверсии были выполнены у 6 пациентов. У 2 больных - вследствие выраженного висцерального ожирения и невозможности визуализации анатомических ориентиров. У остальных 4 пациентов причиной конверсии было распространение воспалительной инфильтрации на стенки таза и обусловленная этим невозможность безопасного лапароскопического выделения ободочной кишки из воспалительного инфильтрата. Кишечная стома была сформирована у 10 больных основной и у 20 пациентов контрольной группы. В основной группе длительность операции составила 227,1±11,6 мин, в контрольной 232±12,2 мин. Ранние послеоперационные осложнения имели место 4 пациентов основной группы и 14 контрольной группы. Послеоперационной летальности в обеих группах не отмечено. Срок послеоперационного пребывания в стационаре был достоверно короче в основной группе – 6,5±0,5 против 12,0±1,5 в контрольной группе.

цистэктомия является де факто стандартом оперативного лечения желчнокаменной болезни. Как известно, оптимальная установка портов является одним из ключевых факторов оперативного вмешательства. Наиболее широко распространены положения укладки пациентов с положением хирурга между ног пациента - манипулирование двумя инструментами - "французская методика", и положение оператора справа от пациента - манипулирование одним манипулятором и камерой - "американская методика". В нашем анализе мы ставили задачу оценить обе методики и оптимизировать показания и противопоказания.

Методы и материалы: Анализу подверглись результаты оперативного лечения 81 пациента, средний возраст составил 60.5±15.12 лет. 2 группы: первая - 39 пациентов, "французская установка портов" и вторая 42 больных, "американская расстановка портов". Включены пациенты с желчнокаменной болезнью госпитализированные в плановом порядке, без предшествующих оперативных вмешательств. В обеих группах доступ в брюшную полость выполнялся по методу Hassen - установкой первого троакара в надпупочной области, который в последствии использовался для эвакуации препарата. Клипирование пузырного протока и артерии выполнялось танталовыми клипсами. Результаты: Средняя продолжительность операций в первой группе составила 84.2±25.6 минут, во второй группе 72.8±13.7 минут. Потребность в послеоперационных ненаркотических анальгетиках сохранялась 2 дня. Постооперационные сроки нахождения в стационаре были сравнимы - пациенты выписывались на 2 сутки после операции. Дренажирование подпеченочного пространства производилось в обязательном порядке - дренаж удался на 1 сутки после оперативного вмешательства. Послеоперационный койко-день составил в первой группе 2.5±1.5, во второй группе 2.3±1.2 дней.

Заключение: Вне зависимости от варианта размещения портов - плановая холецистэктомия является безопасным вмешательством при условии соблюдения принципов Critical View - как с использованием одного рабочего инструмента так и с использованием двух рабочих инструментов. Вариант расположения между ног является более предпочтительным для хирургов с небольшим опытом лапароскопических операций.



Заключение: При плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни лапароскопически ассистлируемые и открытые вмешательства сопоставимы по длительности. После лапароскопически-ассистированных вмешательств более благоприятно протекает послеоперационный период с достоверно меньшим периодом реабилитации. Частота формирования кишечных стом и развития послеоперационных осложнений были выше у больных перенесших открытые вмешательства.

ное соблюдение ERAS стандартов, значительно сокращает сроки реабилитации в послеоперационном периоде как в группе с лапароскопическим доступом так и при традиционном лапаротомном доступе. Так же стоит отметить, что существующие стандарты общества ERAS требуют критического анализа в том числе оценки патофизиологических механизмов на которые они влияют.

1746. ЧАСТИЧНЫЙ ERAS - ДОСТАТОЧНЫЙ ERAS?

Плисс М.М.

Санкт-Петербург

СПбГБУЗ Клиническая Больница Святителя Луки

Введение. С момента предложения Henrik Kehlet в 1996 году Fast Track методик в колоректальной хирургии они де факто стали стандартом во многих ведущих мировых центрах. Enhanced Recovery After Surgery мультимодальный подход к ведению пациентов до - во время - и после оперативного вмешательства. На текущий момент рекомендации ERAS общества содержат около 22 пунктов., но все ли они являются необходимыми? В своем анализе мы описали опыт внедрения, на наш взгляд, ключевых моментов влияющих на минимизацию патологической реакции организма на операционную травму и способствующую скорейшей реабилитации в послеоперационный период. Материалы и методы. 79 пациентов с колоректальным раком были оперированы в плановом порядке. 44.3% мужского пола 55.7% женского пола; локализация опухолей: левая половина ободочной кишки 36.7%; правая половина ободочной кишки 38%; поперечно ободочная кишки 25.3%; рандомизированны на 2 группы : 1 открытый доступ (N42); 2 Лапароскопический доступ (N37); В обеих группах проводилась стандартная предоперационная подготовка установка эпидурального блока с введением нарпина в течение 2-х послеоперационных дней, максимальное снижение внутривенного введения растворов до и после операции (в.в. введение только антибактериальных препаратов и гастропротекторов), обезболивание неопиоидными препаратами, быстрая активизация ходьба на 1-й послеоперационный день, быстрый переход на энтеральное питание - жидкость на 1 день, щадящая пища на 2 день после операции. Дренажи стандартно удалялись на 4 день после операции, мочевого катетер стандартно удалялся на 1 сутки после операции. Заключение. Периоперационная - даже частич-

1747. ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Краснолуцкий Н.А., Литвиненко А.А., Стебенев А.Н., Поляков В.Ю., Губанов В.А., Кузнецов П.В.

Липецк

ГУЗ ЛГБ №3 "Свободный сокол"

Перитонит - это проблема, которая стоит перед хирургами с момента зарождения медицины по настоящее время. Несмотря на бурный прогресс в медицине, вызвавший в последние десятилетия развитие новых направлений в хирургии, количество больных, у которых возникает это грозное осложнение, не уменьшается. Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных методов лечения дает все основания надеяться на улучшение результатов. Одним из таких методов является лапароскопический. Во-первых, это обусловлено тем, что видеолапароскопия (ВЛС) позволяет хирургу осматривать брюшную полость и отдельные ее области и анатомические образования в увеличенном изображении и при хорошей освещенности. Во-вторых, ВЛС позволяет при увеличенном изображении более тщательно производить санацию брюшной полости при наличии патологического выпота. В-третьих, она уменьшает возможность транслокации госпитальной высоковирулентной микрофлоры в брюшную полость в послеоперационном периоде. В хирургическом отделении ГУЗ «ЛГБ №3 «Свободный Сокол» за период с 2014 по 2016 гг. лапароскопическим методом пролечено 253 пациента с перитонитом различного распространения и разной этиологии, это относится к острому деструктивному холецистит (16,2%), перфоративным язвам двенадцатиперстной кишки и желудка (25,2%), острому деструктивному аппендициту (47,5%). За представленный период с острым холециститом оперирован 271 больной. Из них перитонит различной степени (местный неотграниченный, местный отграниченный, перфоративный холецистит) наблюдался у 41 пациента. Лапароскопическая холецистэктомия



выполнена в 266 случаях (в 39 случаях имел место перитонит). 5 пациентов оперированы лапаротомно (явления перитонита наблюдались у 2). Число пациентов с перитонитом составило 15,1%. Лапароскопическим методом оперировано 95,1%. В данной группе больных было женщин (82,4%), мужчин - (17,6%). За отчетный период с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки оперировано 64 больных. ВЛС ушивание перфоративной язвы произведено у 15 пациентов. Из общего количества больных с перфоративными язвами ДПК и желудка, оперированных лапаротомно (49), диагностическая ВЛС выполнялась в 72% случаев. Конверсия была обусловлена в большинстве случаев наличием разлитого (этаж брюшной полости) и общего перитонита (все отделы брюшной полости). За отчетный период по поводу острого аппендицита нами были оперированы 474 пациента. Подавляющее количество пациентов (75,5%) поступили в первые сутки от начала заболевания, но тем не менее местный перитонит наблюдали у 74,7% пациентов, разлитой – 23,1%, общий – 2,2 %. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 256 пациентам (перитонит наблюдался у 65). Разрезом Волковича-Дьяконова оперированы 208 пациентов (45 с явлениями перитонита). Нижне-срединная лапаротомия была произведена у 10 пациентов. Из общего количества больных с острым аппендицитом, оперированных лапаротомно (218), диагностическая ВЛС выполнялась в 38% случаев. Конверсия была обусловлена в большинстве случаев наличием разлитого (этаж брюшной полости) и общего перитонита (все отделы брюшной полости). Используя лапароскопическую технику в лечении перитонита при остром холецистите, перфоративной гастродуоденальной язве, остром аппендиците и остром деструктивном панкреатите, мы пришли к выводу, что залогом успеха лапароскопических операций при перитоните являются: адекватная оценка технических возможностей устранения источника перитонита; максимально полная аспирация перитонеального экссудата при отсутствии фиксированных на брюшине пленок фибрина; мощная целенаправленная антибактериальная терапия.

1748. ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА

Расулов Н.А.(1), Курбонов К.М.(2)

Душанбе

ГОУ ИПО в сфере здравоохранения РТ(1)
ТГМУ им.Абуали ибн Сино (2)

Введение: Несвоевременное хирургическое лечение заболеваний органов гепатобилиарной системы приводят к возникновению тяжелых обструктивных заболеваний желчных протоков, таких как механическая желтуха различного генеза, стеноз большого дуоденального сосочка, что нередко требует выполнения желчеотводящих анастомозов. Билиодигестивные анастомозы несмотря на их сложности и трудности выполнения, являются самым распространенным методом лечения нарушения проходимости общего желчного протока. Одним из самых тяжелых и жизнеугрожающих осложнений раннего послеоперационного периода сформированных билиодигестивных анастомозов является несостоятельность швов.

Цель исследования: улучшение диагностики и лечения несостоятельности билиодигестивных анастомозов.

Материалы и методы: Проанализированы результаты обследования и лечения 64 пациентов с несостоятельности швов билиодигестивных анастомозов (НШБА) при ГКБ СМП г.Душанбе. При этом 39 пациентов (60,9%) были переведены из других лечебных учреждений Республики Таджикистан. Женщин было 46 (71,9%), мужчин 18 (28,1%). Возраст пациентов составило от 18 до 84 лет. Следует отметить, что в 76% наблюдений оперативные вмешательства были выполнены в экстренном и отсроченном порядке. Для диагностики НШБА больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования включая УЗИ,КТ,МРТ и видеолапароскопию.

Результаты: Из 64 больных с НШБА у 42 (65,6%) имело место местный послеоперационный перитонит, вследствие частичного (n=30) или полного (n=12) расхождения швов, гепатикоеюноанастомоза (n=13), холедохоеюноанастомоза (n=11), холедоходуоденоанастомоза (n=10) и холецистоеюноанастомоза (n=8). Так, у 18 больных диагноз НШБА был установлен на основании выделения желчи из дренажей брюшной полости, у 25 больных при УЗИ диагностировано наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве (n=12), правом боковом канале (n=8) и полости малого таза (n=5). В 12 наблюдениях наличие НШБА установили при помощи видеолапароскопии. Полный



НШБА с развитием распространенного перитонита и отсутствии полиорганной недостаточности во время релапаротомии решали следующие задачи: а) устранение источника перитонита; б) ликвидировать или ограничить источник перитонита и полностью удалить из всех отделов брюшной полости желчь и кишечное содержимое; в) произвести декомпрессию желчных путей и тонкой кишки с адекватным дренированием брюшной полости; г) восстановить естественный путь тока желчи, созданный ранее, либо создать новый путь желчеоттока, чтобы операция носила характер радикального и окончательного вмешательства. По поводу местного неограниченного послеоперационного перитонита вследствие НШБА релапаротомию выполняли лишь 18 пациентам, при этом в 5 наблюдениях дефект холедоходуоденоанастомоза ушит повторно, капроновыми швами с дополнительной его герметизацией пластинами ТахоКомба, снащей и дренированием общего желчного протока и брюшной полости. В послеоперационном периоде от острой сердечно-сосудистой недостаточности (n=2) и интоксикации (n=1) умерло 3 больных. В 13 случаях при несостоятельности холедохоеюноанастомоза (n=5) и гепатикоюноанастомоза (n=4), а также холедоходуоденоанастомоза (n=4) ограничивались видеолапароскопической санацией подпеченочного пространства и эндоскопической интубацией начальных отделов тонкой кишки, дренированием правого бокового канала и подпеченочного пространства.

Заключение: Результаты исследования показывают, что недостаточно тщательное наложение швов билиодигестивного анастомоза с натяжением, грубое и травматичное выполнение отдельных этапов операции на инфицированных и рубцово-измененных протоках, а также использование ультракоротких отрезков тонкой кишки для анастомоза наряду с нарушением функции печени являются непосредственными причинами развития несостоятельности швов билиодигестивных анастомозов.

1749. РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛОКАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ГЕМАНГИОМЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИИ ЕЕ РАЗВИТИЯ И ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Абушкин И.А.(1), Денис А.Г.(2), Румянцев В.А.(2), Васильев И.С.(1), Лапин О.В.(1), Романова О.А.(1), Галиулин М.Я.(1)

Челябинск, 2) Тверь

1) ЮУГМУ 2) ТГМУ

Актуальность. Распространенность младенческой гемангиомы (МГ) составляет до 12% всех доброкачественных образований у детей первого года жизни. 60-80% МГ локализуется в области головы/лица и шеи. 80% МГ подвергается спонтанной инволюции с отличным конечным косметическим результатом. В то же время, 20 % МГ в результате агрессивного роста могут привести к нарушению жизненно важных функций (зрения, дыхания и т.д.), а при изъязвлении – к обширной деструкции тканей, разрушению органов (губы, ушные раковины и др.) и, в конечном итоге, - к инвалидности. До настоящего времени лечение МГ проводится без учета ее стадии и особенностей течения. Поэтому у одних детей такое лечение является напрасным, а у других - запоздалым. Целью исследования было изучение значимости показателей локальной гемодинамики в области МГ для определения стадии ее развития и выбора метода лечения.

Материал и методы. В период 2001-2016 гг. лечили 1466 детей с МГ головы и шеи в возрасте от 9 дней до 6 лет. Локальную гемодинамику (ЛГ) изучали у 528 больных с помощью ультразвукового исследования, у 35 пациентов - спектрофотометрического неинвазивного анализатора объемного капиллярного кровенаполнения мягких биологических тканей «СПЕКТРОТЕСТ»; у 131 ребенка выполнили тепловидение с использованием тепловизора "IRI 4010" и у 35 больных провели чрескожное измерение напряжения кислорода аппаратом «ТСМ 2». Измерения ЛГ проводили в МГ и в здоровом, по возможности симметричном участке кожи (контроль) в динамике с интервалом 1-2 мес. Полученные результаты сопоставляли со стадией МГ, определенной клинически и по известным параметрам УЗИ. Лечение МГ включало: лазер-индуцированную термотерапию (ЛИТТ) – 1 группа, 705 больных, монотерапию пропранололом – 2 группа, 413 пациента, и их сочетание - 348 ребенка. Группы были идентичными.



1750. МЕТОДИКА LIFT В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Равич Л.Д., Хмылов Л.М., Романенко А.Н., Семенычева Н.В.

Москва

- 1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ.
- 2) ГБУЗ "Городская клиническая больница им. С.П. Боткина"

В сравнительное исследование включены 24 пациента с трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки, оперированных в ГКБ им. С.П. Боткина в 2014-2017гг.

Цель: Улучшить результаты лечения экстра и трансфинктерных свищей прямой кишки путем пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (методика LIFT – ligation of intrasphincteric fistula tract – перевязка и пересечение, санация свищевого хода в межсфинктерном пространстве).

Материалы и методы: Методом LIFT оперировано 24 пациента (15 мужчин, 9 женщин). Средний возраст 46±0,7 лет. У 15 (62,5%) диагностирован трансфинктерный, у 9 (37,5%) экстрасфинктерный свищ прямой кишки. Передняя локализация свища выявлена у 10(41,7%) задняя – у 14 (58,3%) пациентов. Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 5 лет. Недостаточности анального сфинктера до операции у пациентов отмечено не было.

Результаты: Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у всех больных. Сроки пребывания в стационаре во всех случаях составили 2 койко-дня. Болевой синдром оценивался пациентами как незначительный по визуально-аналоговой шкале. Пациенты прослежены в сроки от 3 до 12 месяцев. У всех пациентов, перенесших LIFT, признаков недостаточности анального сфинктера не выявлено. Рецидив выявлен у 4 (16,7%) пациентов, у которых сформировался интрасфинктерный свищ прямой кишки; этим пациентам выполнено рассечение свища в просвет прямой кишки.

Выводы: Операция LIFT является легко выполнимой хирургической методикой, не требующей использования дополнительного оборудования и дорогостоящих расходных материалов. Выздоровление пациентов отмечено в 83,3% при минимальном воздействии на запирающий аппарат прямой кишки. Операция LIFT может применяться у пациентов с трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки I-II степени

сложности, у которых получены наилучшие результаты.

1751. СРАВНЕНИЕ ЛИНЕЙНОЙ И ПРОГРЕССИВНОЙ БАЛЛЬНЫХ ШКАЛ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Натрошвили И.Г.

Кисловодск

ГБУЗ СК "Кисловодская ГБ", кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии ФГБОУ ВО СтГМУ

В большинстве публикаций как в отечественной, так и в иностранной литературе используют для сравнения результатов оперативных вмешательств частоту возникших осложнений, зачастую без разделения их по тяжести. Существующие шкалы тяжести осложнений (Clavien-Dindo, Accordion и др.) используются для градации послеоперационных осложнений, однако при анализе, как правило, указывается общая частота и количество осложнений разной тяжести, а ранжирование интраоперационных осложнений по тяжести не применяется. Кроме того, у одного пациента могут развиваться как интра-, так и послеоперационные осложнения, взаимно утяжеляющие течение послеоперационного периода, ухудшая результаты лечения. Материалы и методы. В ходе выполнения мультицентрового ретроспективного когортного исследования в 8 стационарах четырех городов Российской Федерации (г. Москва, г. Екатеринбург, г. Волгоград и г. Кисловодск) были проанализированы результаты 597 холецистэктомий (277 лапароскопических, 174 из минилапаротомного и 146 из «традиционного» лапаротомного доступа), выполненных по поводу острого холецистита различной тяжести без патологии желчных протоков. Для разделения осложнений по тяжести использовали шкалу Clavien-Dindo и сокращённый вариант шкалы «Аккордеон» ("Accordion Severity Grading System of Surgical Complications"). Тяжесть интраоперационных осложнений трактовали аналогично тяжести послеоперационных. Для учета совокупной тяжести всех интра- и послеоперационных осложнений, развившихся у больного, каждому осложнению было присвоено определенное количество баллов: для шкалы Clavien-Dindo – от 1 до 7 баллов по каждому пункту (линейная балльная шкала), для сокращённого варианта шкалы «Аккордеон» - осложнению лёгкой степени - 1 балл, средней тяжести – 2, тяжёлому – 4, летальный исход был оценён в 8 баллов (прогрессивная балльная шка-



ла). С целью определения безопасности вмешательства использовали индекс ятрогенности (Ij), то есть суммарную тяжесть осложнений в баллах, приходящуюся на одного пациента. Результаты. Во время и после выполнения холецистэктомий всего было 149 осложнений различной тяжести и три летальных исхода. Общая сумма баллов осложнений по линейной шкале составила 268 баллов, по прогрессивной — 276 баллов. Индекс ятрогенности, рассчитанный с использованием линейной шкалы составил для лапароскопической холецистэктомии 0,33 балла, для холецистэктомии из минилапаротомного доступа — 0,32 балла, для лапаротомной холецистэктомии — 0,83 балла, а при использовании прогрессивной шкалы — 0,33, 0,33 и 0,86 баллов соответственно. Выводы: Для учёта интра- и послеоперационных осложнений и определения безопасности оперативных вмешательств возможно применение как линейной, так и прогрессивной шкал балльной оценки осложнений с практически одинаковым результатом. На наш взгляд, применение прогрессивной шкалы, базирующейся на сокращённом варианте шкалы оценки тяжести осложнений «Аккордеон», более удобно в практической деятельности вследствие её простоты.

1752. ПОСТРОЕНИЕ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ИКРОНОЖНЫМ НЕРВОМ УКУШЕННЫХ РАН ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Черных А.В, Судаков Д.В.

Воронеж

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Актуальность проблемы. Лечение укушенных ран является сложной проблемой для хирургов. Часто подобные раны, сопровождаются сильным воспалительным процессом, а так же различного рода инфекционные осложнения. Так же, данные раны часто сопровождаются повреждением магистральных артерий и нервных стволов. Если вопрос пластики сосуда не вызывает сомнения, то до сих пор неясно, когда лучше проводить аутооттрансплантацию поврежденного нервного ствола: интраоперационно или в «холодном периоде».

Цель исследования. Проанализировать и составить прогноз эффективности аутооттрансплантации икроножным нервом основных поврежденных магистральных нервных стволов верхней конечности, в зависимости от срока проведения пластики.

Материалы и методы. Объектами исследования

послужили 20 пациентов: мужчины и женщины в возрасте от 19 до 52 лет (средний возраст составил $32,88 \pm 14,34$), находящихся на лечении в отделениях микрохирургии и гнойной хирургии. У всех пациентов были диагностированы укушенные раны предплечий, с повреждением одного из магистральных нервов (лучевой, локтевой, срединный). В 65,00% случаев имело место повреждение локтевого нерва. В 25,00% случаев наблюдалось повреждение лучевого нерва. В 10,00% был поврежден срединный нерв. В исследовании участвовали пациенты с незначительными дефектами нервных стволов (не более 4 см). Всем пациентам было показано и в порядке срочной помощи оказано оперативное лечение. Исследование проводилось в БУЗ ВО ВОКБ №1 в 2015-2016 гг. Исследовали Все больные перед проведением оперативного лечения были обследованы по стандартным схемам. Исследовали ОАК; БХ крови; бактериальный посев из раны, кровь на ВИЧ, вирусные гепатиты и т.д. Все пациенты в послеоперационном периоде получали лечение по стандартным схемам, включая адекватную антибиотикотерапию, видоизменяемую в процессе лечения, в зависимости от результатов бактериального посева и определения чувствительности к антибиотикам различных групп. Все объекты участвующие в исследовании были разделены на 3 группы. Первую группу составило 7 пациентов, у которых пластика нерва осуществлялась в первые 6 часов после травмы. Во вторую группу вошли 7 пациентов, у которых пластика нерва осуществлялась позже 6 часов, но менее 12 часов. Третью группу составило 6 пациентов, у которых пластика осуществлялась позже 12 часов от момента травмы. При статистической обработке результатов исследования определялись среднее арифметическое – М, стандартная ошибка среднего – m, критерии Пирсона (χ^2), W Вилкоксона и U Манна-Уитни. Различия показателей считались значимыми при доверительной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$). Результаты исследования и их обсуждение. Было установлено, что у 6 пациентов из 7 (85,71%) первой группы, отмечалось практически полное восстановление функций. Реабилитация шла более быстрыми темпами. У 1 пациента из 7 (14,28%), наблюдалось частичное восстановление функций нервного ствола. У 3 пациентов из 7 второй группы (42,85%) наблюдалось практически полное восстановление функций поврежденного магистрального нервного ствола. У 3 пациентов из 7 (42,85%), наблюдалось частичное восстановление функций нервного ствола. И у 1 пациента (14,28%) произошло отторжение аутооттрансплантата. У 2 пациентов третьей группы (33,33%) наблюдалось частичное восстановление функций нервного ствола, в то время как у 4 пациентов (66,66%), произошло отторжение аутооттрансплантата. Всем



пациентам у которых произошло аутотрансплантата, было показано оперативное лечение – реаутотрансплантация в «холодном» периоде.

Выводы: 1. Ранние сроки аутотрансплантации магистральных нервных стволов дают более положительный прогноз в лечении укушенных ран предплечья. 2. Оптимальным сроком для проведения аутотрансплантации поврежденных магистральных нервных стволов считать время до 6 часов после травмы. 3. Длительный срок после травмы (более 12 часов) является показанием к отсроченной аутотрансплантации.

Рекомендации: для построения верного прогноза эффективности аутотрансплантации, рекомендуется проведение более детального исследования.

1753. АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Стойко Ю.М., Харитонова С.Е., Цыплящук А.В.

Москва

ФГБУ "Национальный Медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова" Минздрава России

Актуальность проблемы: активное распространение компрессионной склеротерапии в нашей стране сдерживается отсутствием учебных центров и явной нехваткой специальной литературы на русском языке. По этой причине многие специалисты вынуждены осваивать склеротерапию самостоятельно, совершая ошибки и встречаясь с осложнениями, которых можно было бы избежать.

Цель работы: Разработать оптимальный алгоритм проведения склеротерапии с целью повышения эффективности лечения больных варикозной болезнью.

Материалы и методы: Объектом настоящего исследования явились 288 пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей, наблюдавшихся и лечившихся амбулаторно в НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Жидкостная и микропенная склеротерапия применялись в качестве способа устранения косметического недостатка, а так же в сочетании с оперативным вмешательством. Распределение методов склеротерапии по способу введения препарата проводилось в зависимости от наличия клинических проявлений. При проведении различных видов склеротерапии нами использовались препараты из класса детергентов – Полидоканол 0,5%, 1% и 3% концентрации. Результаты исследования: Результаты клинической части оценивались в ближайшем (до 6 мес.) и отдаленном периоде (более 6 мес.). В ближайшем периоде

после проведения различных видов склеротерапии, склерооблитерированная вена не определялась после первого посещения у 38,9% пациентов; повторные посещения, для полной облитерации потребовались 44,1% пациентам; у 12,8% возникли осложнения; у 14,2% – не известно. В отдаленном периоде после проведения различных видов склеротерапии, склерооблитерированная вена не определялась у 63,5% пациентов; склерооблитерированная вена не определяется, но остались нежелательные последствия, исчезнувшие самостоятельно у 6,6% пациентов; склерооблитерированная вена не определяется, но остались нежелательные последствия, самостоятельно не исчезнувшие у 18,4% пациентов; у 0,7% пациентов облитерации вены не произошло; не известно – 10,8%. Выводы: при микросклеротерапии телеангиоэктазий наиболее эффективна жидкая форма 0,5% Полидоканола; при склеротерапии красных телеангиоэктазий более эффективна и безопасна жидкая форма склерозанта. Для склеротерапии ретикулярных вен наиболее эффективна пенная форма 0,5-1% Полидоканола; в месте, которое расположено ближе всего к источнику рефлюкса, создается максимальная концентрация препарата. Для склеротерапии стволов магистральных вен и несостоятельных перфорантных вен наиболее эффективна 3% концентрация склерозанта пенной формы.

1754. ПОЛНОСТЬЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВЕТВЯХ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Мандриков В.В., Луковскова А.А., Уфимцев В.С., Жаркин Ф.Н., Короткова А.И., Исаев А.В., Мусеев Д.В.

Волгоград

ВолГМУ

Хирургическое лечение патологии ветвей брюшной аорты традиционно выполняется посредством лапаротомии и сопровождается высоким риском, обширной операционной травмой и долгим восстановительным периодом. К наиболее распространённым относятся аневризма селезёночной артерии (распространённость достигает от 0,1 до 10,4% популяции), почечных артерий (до 0,09%), стеноз чревного ствола. Альтернативой травматичным открытым вмешательствам выступает лапароскопическая и эндоваскулярная техника, но последняя в сопряжена с рядом технических трудностей и необходимостью наличия



дорогостоящего оборудования. Мы представляем 8 клинических случаев: 1 пациент с аневризмой селезеночной артерии., 1 пациент с аневризмой почечной артерии и 6 пациентов с экстравазальной компрессией чревного ствола. Диагноз верифицирован по данным КТ-органов брюшной полости с контрастированием или аорто-артиографии ветвей брюшной аорты. У двоих пациентов предварительно выполнялись попытки эндоваскулярной коррекции: У пациентки с аневризмой а. Lienalis предпринята попытка эмболизации, но в виду выраженной девиации последней данную процедуру выполнить не удалось. У пациентки с экстравазальной компрессией чревного ствола выполнено стентирование баллон-раскрываемым стентом. Через 1 месяц после оперативного вмешательства рецидив болевого синдрома. На контрольной ангиографии выявлена деформация стента с рестенозом. Все оперативные вмешательства были выполнены полностью лапароскопически. Виды оперативных вмешательств: • Клиппирование а. Lienalis проксимальнее и дистальнее аневризматического мешка. • Клиппирование шейки аневризматического мешка у пациента с аневризмой почечной артерии. • При экстравазальной компрессии чревного ствола выполнялось рассечение дугообразной связки. В случае пациента со стентированием чревного ствола и деформации стента впоследствии, выполнено повторное рестентирование tr. Coeliacus с восстановлением проходимости. Во всех случаях отмечается быстрое восстановление пациентов в послеоперационном периоде. Среднее время нахождения в реанимационном отделении составило 14, 5 часов. Появление перистальтики отмечалось в течении 5 часов (± 1 час) послеоперационного периода. Возврат к приему жидкой пищи по прошествии первых суток, к твердой пище на вторые (62,5%) третьи (37,5%) сутки послеоперационного периода. Активизация всех пациентов на первые сутки послеоперационного периода. Отказ от анальгетической терапии на третьи (75%), четвертые сутки (12,5%) и 5-е сутки (12,5%). Швы сняты на шестые (62,5%) и седьмые (37,5%) сутки послеоперационного периода. Пациенты наблюдались в течении от 1-го до 2-х лет. Средний период наблюдений составил 1 год 8 месяцев. Среднесрочные результаты у пациента с аневризмой почечной артерии по данным КТ- брюшного отдела аорты характеризуются тромбозом полости аневризматического мешка с уменьшением размеров последнего. У пациентов с экстравазальной компрессией чревного ствола возврата абдоминальных болей за период наблюдения не отмечено.

Выводы: Малоинвазивные лапароскопические технологии, позволяют оптимизировать послеоперационный период у ряда пациентов с патологией

ветвей брюшной аорты. Отдаленные результаты сопоставимы с таковыми при выполнении открытых оперативных вмешательств. Случаев с летальным исходом нет. Осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационных периодах не выявлено. Данный вид вмешательств может быть рекомендован в случае неуспешной эндоваскулярной коррекции патологии ветвей брюшной аорты или как первичное вмешательство при экстравазальной компрессии чревного ствола.

1755. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Бедин В.В., Багателия З.А., Греков Д.Н.,
Эминов М.З., Гоголашвили Д.Г.*

Москва

- 1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ,
- 2) ГБУЗ "Городская клиническая больница им. С.П. Боткина"

Цель: Улучшить результаты лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) путем применения лапароскопических технологий. Материалы и методы: За период с 2011 года по декабрь 2016 год лапароскопические операции по поводу ГЭРБ выполнены 74 больным. Мужчин было 21 (30,3%), женщин 53 (69,7%). Возраст больных от 36 до 74 лет. Среди оперированных 24 (32,4%) пациента страдали ожирением 2-3 степени. ГПОД 3 типа имела у 29 (39,2%) пациентов, у 45 (60,8%) больных были ГПОД 2 типа. У 18 (24,3%) больных ранее выполнялись различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. В основном, 72(97,3%) больным, выполнена 360-градусная фундопликация по типу Ниссена в режиме «мягкий охват» без фиксации пищевода к желудку и к диафрагме для сохранения физиологических особенностей кардио-эзофагеального перехода. Длина манжетки формировалась не более 3-х см, диаметр охвата составлял не менее 2,5 см. В 2 (2,2%) случаях фундопликация выполнена на 180 градусов из-за периспленита, который ограничивал подвижность дна желудка (операция Дора). Задняя круророрафия выполнялась во всех случаях. Симультантные операции выполнены 19 (25,7%) больных: у 16 с лапароскопической холецистэктомией и у 3 пациентов с лапароскопической герниопластикой по поводу паховой грыжи. Из них в 1 случае выполнена герниопластика по



поводу двухсторонней паховой грыжи.

Результаты: Летальных исходов не было. Интраоперационные осложнения составили 4,1% (3): кровотечение (2), перфорация пищевода (1). Конверсии составили 6,6% (5). В ближайшем послеоперационном периоде все больные отмечали исчезновение изжоги, уменьшения отрыжки, менялся привкус во рту, не возвращались кардиологические и дыхательные проявления болезни. Средняя продолжительность операции составила $82,4 \pm 16,7$ минут. Средний послеоперационный койко-день составил $4,8 \pm 1,4$ сут.

Выводы: Таким образом, лапароскопическая фундопликация является высоко эффективным и малотравматичным методом лечения пищеводных и внепищеводных проявлений ГЭРБ, позволяет уменьшить сроки стационарного лечения и реабилитации в послеоперационном периоде.

1756. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЭЗОФАГОЭНТЕРОАНОСТОМОЗА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВАКУУМ-СИСТЕМОЙ

*Бедин В.В.^{1,3}, Багателья З.А., Коржева И.Ю.^{2,3},
Комиссаров Дм.Ю.³*

Москва

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО кафедра хирургии,
²ФГБОУ ДПО РМАНПО кафедра эндоскопии,
³ГКБ им. С.П. Боткина

Введение: С 1990-х годов вакуумная терапия является одним из методов лечения осложненных и хронических раневых инфекций. Опыт использования эндоскопической вакуумной терапии показал хорошие результаты при лечении параректальных абсцессов при недостаточности анастомозов после операций на прямой кишке. В прошлом году появилась публикация из МКНЦ по использованию вакуум-технологии в лечении больных с несостоятельностью анастомозов в верхних отделах пищеварительного тракта.

Материалы и методы: За период декабрь 2016г.-январь 2017г. в одном из онкохирургических отделений ГКБ им. С.П. Боткина была использована эндоскопическая вакуумная аспирационная система в лечении несостоятельности ЭА у соматически отягощенного больного Щ., 66 лет, после гастрэктомии по поводу рака желудка. Несостоятельность была диагностирована рентгенологически (включая КТ с пероральным контрастированием) и эндоскопически на 12 сут после операции. Размеры параэзофагеальной полости составили 143 x 170мм, дефекта ЭА 14мм. В день поступления

под УЗИ-наведением больному была установлена пункционно-дренажная система в параэзофагеальную полость, получена серозно-геморрагическая жидкость с фибрином. Эндоскопическая вакуумная терапия начата через сутки от момента поступления. Губчатую систему сформировали в виде цилиндра на желудочном зонде, который находился внутри губки. Фиксацию пористой системы к зонду осуществили сквозными П-образными швами из хирургической шелковой нити. Из свободных концов этой нити сформировали петлю длиной около 2,0 см, которую захватывали биопсийными щипцами, проведенными через канал эндоскопа, и втягивали в просвет биопсийного канала до уровня сопоставления края имплантата и дистального конца эндоскопа. Пористая губка, смонтированная на желудочном зонде, располагалась параллельно эндоскопу, и заводилась в параэзофагеальную полость под визуальным контролем через эндоскоп. Наружный конец желудочного зонда выводился наружу через нижний носовой ход и подключался к вакуум-системе для активной аспирации с уровнем разрежения 100–110 мм рт.ст. Систему для эндоскопической вакуумной терапии меняли каждые 3–5 дней. Результаты: Для очищения и значительного уменьшения параэзофагеальной полости потребовалось 7 процедур. Адекватная нутритивная поддержка обеспечивалась энтеральным кормлением через назоинтестинальный зонд, парентеральным введением комбинированных питательных смесей. Проводилась массивная антибиотикотерапия и дополнительная санация параэзофагеальной полости через наружную пункционно-дренажную систему. Окончательное закрытие перфорационного отверстия в анастомозе достигнуто установкой СМРС на 25 сутки от времени диагностирования несостоятельности. Наружный дренаж удален. Выводы: Эндоскопическое лечение несостоятельности дигестивных анастомозов с использованием вакуумной аспирационной системы у соматически тяжёлой категории больных может быть использовано наряду с другими эндоскопическими методиками, такими как клипирование дефекта стандартными клипсами или клипирующими устройствами, стентировании пищевода.



1757. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛАНГИОСКОПИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1),
Загретдинов А.Ш.(2), Ахмеров Д.Р.(2),
Ишмухаметов П.А.(2)

Уфа

1)ФГБОУ ВО БГМУ, 2) ГБУЗ РБ ГKB №18 г.Уфы

Своевременная диагностика и целенаправленное лечение холангита при механической желтухе остаются в настоящее время актуальными вопросами. Гнойный холангит и его осложнения нередко становятся основной причиной летальных исходов после оперативных вмешательств на желчевыводящих путях. С 2000 г. по 2017 г. в ГБУЗ РБ ГKB№18 Г. Уфы проведено 440 интраоперационных холангиоскопий (ИОХС). ИОХС применялась в тех случаях операций на желчных путях, когда другие методы до - и интраоперационного обследования больных не давали ясного представления о наличии причины механической желтухи, состояния фатерова соска и степени выраженности холангита. При проведении ИОХС у 275-х больных причиной желтухи явились конкременты общего желчного протока (62,5%), в 22 случаях обнаружены конкременты печеночных протоков (5%). Камни удалены эндоскопически, атравматично катетером Фогарти, корзиной Дормиа или вымыванием конкрементов напором водяной струи. В 16,4% случаев выявлен стеноз БДС (72 больных), опухолевое поражение желчных протоков у 26 больного (5,9%). Всем больным с опухолями желчных протоков произведена прицельная биопсия. В 45 случаях (10,2%) патологии в желчных путях не выявлено. В 273 случаях (62%) как осложнение выявлены различные формы холангита. Степень холангита оценивалась по характеру деструктивных изменений со стороны слизистой желчных протоков. В 32 (7,2%) случаев в терминальном отделе холедоха отмечался фибринозный холангит с эрозиями разной формы без нарушения проходимости Фаттерова соска. Изменения в холедохе были расценены как последствия транзитного холедохолитиаза, Гнойный холангит выявлен в 168 (38,2%) случаев. При выявлении холангита после эндоскопического удаления конкрементов производились забор желчи с целью анализа флоры и ее чувствительности к антибиотикам, промывание желчных протоков р-ром антисептиков. При бактериологическом исследовании у 150 больных выявлена кишечная палочка, у 18 результат отрицательный. Таким образом, применение ИОХС больным с механической желтухой имеет следу-

ющие преимущества: 1. Позволяет определить характер патологических изменений слизистой желчевыводящих путей с морфологической верификацией диагноза; 2. Выявляется степень холангита с последующим бактериологическим исследованием желчи; 3. Производится полноценная санация желчевыводящих путей под визуальным контролем; 4. Осуществляется атравматическое удаление выявленных конкрементов, особенно при локализации их в печеночных протоках; 5. Выполняется минимально-травматичная биопсия при опухолевой патологии; 6. В зависимости от выявленных изменений слизистой желчевыводящих путей и состояния фатерова соска позволяет выбрать оптимальный метод завершения операции: глухой шов, билиодигестивный анастомоз или наружное дренирование желчных протоков.

1758. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ

Шабунин А.В.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2}, Греков Д.Н.^{1,2},
Тавобилов М.М.^{1,2}, Дроздов П.Н.²

Москва

1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ, 2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина»

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с травмой печени путем применения дифференцированного подхода.

Материал и методы: С января 2008 по январь 2017 года в отделении хирургии печени и поджелудочной железы находились 242 больных с травмой печени. До мая 2014 года диагностированная травма печени с гемоперитонеумом являлась показанием к оперативному вмешательству, вне зависимости от степени кровопотери. В первую группу вошли 173/242 больных. Открытое оперативное вмешательство выполнено у 156 пациентов (90,2%), лапароскопическое у 17 больных (9,8%). С мая 2014 года стали применять алгоритм, основанный на принципах неоперативного лечения (НОЛ) при абдоминальной травме. Больные, которым применен дифференцированный подход, составили II группу, в нее вошли 69/242 больных. Лапаротомия выполнена 36/69 больным (52,2%), НОЛ применено 33 больным (47,8%).

Результаты: Средняя кровопотеря у больных I группы составила 1365 ± 845 мл. Осложнения были у 72/173 больных (41,6%). Из них специфических у



24/173 больных (13,8%): желчный свищ - 9; инфицированная биллома - 6; абсцесс печени - 11; внутрибрюшное кровотечение - 5. Средняя длительность госпитализации в первой группе составила $17,76 \pm 8,75$ дня. Послеоперационная летальность составила 12,7% (22 больных). Во II группе средняя кровопотеря составила 1230 ± 545 мл. Осложнения были у 17 больных (47,2%). Специфические осложнения у 9 больных (25,0%): желчный свищ у 4 больных, внутрибрюшное кровотечение - 3 больных, абсцесс печени - 2 больных. Послеоперационная летальность составила 11,1% (4 больных). Общая летальность во второй группе составила 5,7% (4 больных). Средняя длительность госпитализации $7,23 \pm 2,56$ дня.

Выводы: Применение дифференцированного подхода в лечении больных с травмой печени позволяет уменьшить общую летальность, сократить время пребывания больных в стационаре.

1759. РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ IN SITU В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Дибиров А.А., Горбенко М.Ю., Сизова А.Н., Батова М.В.

Москва

Кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии МГМСУ
им. А.И.Евдокимова

За период с марта 2013 по июнь 2015г. в отделении сосудистой хирургии при критической ишемии у 85 больных с критической ишемией на фоне сахарного диабета 2 типа применена методика бедренно-дистального шунтирования аутовеной в позиции in situ ниже щели коленного сустава. Разрушение клапанов выполнялось с помощью валвулотомы фирмы Gore. По классификации Фонтена-Покровского III стадия ишемии имела у 37 (43,5%), IV - 48 (56,5%) больных. Средний возраст - 68 лет. По данным УЗАС и ангиографии хороший дистальный отток был у 12 (14,1%), удовлетворительный - 41 (48,2%), плохой - 32 (37,7%). После завершения этапа шунтирования из 85 больных у 59 (69,4%) с плохим и частично удовлетворительным дистальным кровотоком при перевязке венозных коллатералей после их картирования под контролем УЗАС для разгрузки шунта преднамеренно оставляли не перевязанными от 1 до 3-х коллатерали. Показаниями к разгрузке шунта ставили при объемном кровотоке у дистального

анастомоза меньше 150 мл/мин. При кровотоке 120-150 мл/мин оставляли функционирующими 1-2 веточки и при кровотоке меньше 100 мл/мин до 3-х венозных коллатерали. Кроме объемного кровотока ориентиром для оставления венозных коллатералей являлись локализация дистального анастомоза и состояние путей оттока. В течение 3 - 12 - 24 месяцев после операции проводили динамическое клиническое и дуплексное ангиосканирование. При возникновении симптомов обкрадывания шунта проводилась локальная перевязка функционирующих венозных коллатералей под местной анестезией. Из 26 больных, которым были перевязаны все коллатерали аутовенозного шунта, ранний тромбоз отмечен у 4 (15,4%). Через год тромбоз наступил у 9 (34,6%). В течение года ампутация на уровне бедра у данной категории больных выполнена у 5 (19,2%) больных. У остальных 59 больных, которым были оставлены разгрузочные коллатерали, несмотря на худший дистальный кровоток, ранний тромбоз развился у 5 (8,5%), через год 10 (16,9%). Из них ампутации на уровне бедра в течение года выполнены у 6 (10,2%). Таким образом, полученные результаты позволяют нам говорить, что аутовенозные шунтирования по методике in situ с разгрузкой шунта почти вдвое увеличивают эффективность хирургического лечения больных с синдромом диабетической стопы в стадии критической ишемии.

1760. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ: ТАПП-ПЛАСТИКА В СРАВНЕНИИ С МЕТОДОМ ЛИХТЕНШТЕЙНА

*Завражнов А.А. (1,2), Бардин С.А.(1,2),
Пятаков С.Н.(1,2)*

1) Сочи, 2) Краснодар

1) МБУЗ г. Сочи «Городская больница №4»,
2) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Цель: сравнить результаты лечения паховых грыж с использованием лапароскопической ТАПП-пластики и «открытой» операции Лихтенштейна. Материалы и методы: За период с 2014 по 2016 гг. в хирургическом отделении МБУЗ г. Сочи «Городская больница №4» пролечено 264 больных с диагнозом «паховая грыжа». Из них 250 мужчин (94,7%) и 14 женщин (5,3%). 107 пациентам (40,5%) выполнена ТАПП-пластика (Transabdominal Preperitoneal) с использованием видеоскопической аппаратуры Karl Storz, 157 пациентам (59,5%) выполнялось «открытое» паховое грыжеисечение с пластикой грыжевых ворот по методу



Лихтенштейна. При этом лапароскопическим способом прооперировано 15 пациентов с двухсторонней паховой грыжей (14% среди пациентов, прооперированных данным методом), «открытым» - 8 пациентов (5,1%).

Результаты: при использовании лапароскопической TAPP-пластики среднее время операции составило $83,2 \pm 16,6$ мин, при операции Лихтенштейна - $49,5 \pm 12,1$ мин. Осложнения в раннем послеоперационном периоде после выполнения TAPP-пластики выявлены у 3 пациентов (2,8%). Из них у 2 пациентов выявлен отек мошонки, у 1 - серома надсетчатого пространства. При операциях Лихтенштейна осложнения зарегистрированы у 7 пациентов (4,5%). Из них 1 гематома послеоперационной раны, 5 сером, 1 нагноение. Среднее время нахождения в стационаре при лапароскопической операции составило $4,1 \pm 1,1$ койко-дней, при «открытой» - $4,9 \pm 1,7$ койко-дней. В позднем послеоперационном периоде выявлено 2 случая рецидивирования после лапароскопической операции (1,9%) и 1 после «открытой» (0,7%). Выводы: применение того или иного способа оперативного лечения паховых грыж обусловлено навыками хирурга, обеспеченностью стационара оборудованием и хирургическими материалами. Оба метода имеют схожие послеоперационные результаты, однако применение лапароскопической пластики обеспечивает несколько меньшее число осложнений, в то время как при «открытых» операциях ниже число рецидивов. Так же выполнение лапароскопических операций приоритетно при двухсторонних грыжах, что снижает травматизацию и обеспечивает более быстрое восстановление пациента.

1761. СТЕНТИРОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

А.В. Шабунин^{1,3}, В.В.Бедин^{1,3},
Коржева И.Ю.^{2,3}, Чеченин Г.М.^{1,3}

Москва

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО кафедра хирургии,

²ФГБОУ ДПО РМАНПО кафедра эндоскопии,

³ГКБ им. С.П. Боткина

Цель исследования: оценить эффективность лечения пациентов ООТКН с помощью колоректального стентирования СМРС.

Материалы и методы: За период 2013г.-наст.время в ГКБ им. С.П. Боткина выполнено колоректальное стентирование 92 пациентам с ООТКН. Из них с первичным поражением толстой кишки - 75

(рак сигмовидной кишки - 46; поперечной ободочной- 5; прямой - 15; слепой - 4; восходящей ободочной- 5). Вторичное поражение толстой кишки определено у 10: рак матки/яичников - 4; рак желудка - 2; постлучевой фиброз - 3; опухоль забрюшинного пространства -1. После хирургического вмешательства было 2: первичносуженный анастомоз - 1; местный рецидив - 1. Показаниями к колоректальному стентированию являлись: обтурационная кишечная непроходимость (в т.ч. декомпенсированная), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, обуславливающих непереносимость хирургического вмешательства, диссеминация опухолевого процесса, техническая возможность проведения проводника через зону сужения просвета толстой кишки (остаточный просвет не менее 2 мм). Противопоказаниями являлись: подозрение на перфорацию опухоли, рак нижнеампулярного отдела прямой кишки. Колоректальное стентирование выполнялось в эндоскопической рентгенооперационной, в ходе видеоэндоскопической колоноскопии под постоянным рентгеновским контролем с помощью ЭОП.

Результаты: Восстановление проходимости просвета толстой кишки у 84 (96,5%) пациентов. В 3 (3,4%) наблюдениях во время стентирования диагностирована перфорация опухоли сигмовидной кишки, что потребовало экстренной операции - формированием одностольной сигмостомы. В 2 (2,3%) случаях наблюдались дислокации стентов, которые удалось откорректировать эндоскопически. У 3 (3,4%) больных ввиду протяжённого сдавления просвета сигмовидной кишки опухолью малого таза потребовалось дополнительное стентирование «стент-в-стент». Выводы: Колоректальное стентирование SEMS является альтернативной эффективной методикой для разрешения ООТКН. Постановка SEMS предпочтительна среди больных с распространенным опухолевым поражением (нерезектабельной опухолью, метастатическим процессом, экстраорганной компрессией), т.е. невысокой ожидаемой продолжительностью жизни, как альтернатива паллиативной колостомии. Колоректальное стентирование позволяет выполнить отсроченные радикальные/циторедуктивные операции с формированием первичного межкишечного анастомоза. Однако, применение SEMS в качестве «моста» перед радикальной операцией у стабильных резектабельных больных может приводить к негативным отдаленным онкологическим исходам, несмотря на положительные непосредственные результаты по сравнению с первичной резекцией толстой кишки на высоте ООТКН. Необходим индивидуальный подход в тактике лечения ООТКН с учетом возможностей использования колоректальных SEMS.



1762. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Шабунин А.В.^{1,2}, Багателия З.А.^{1,2}, Греков Д.Н.^{1,2}, Гугнин А. В.^{1,2}, Коржева И.Ю.^{1,2}

Москва

- 1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ,
- 2) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина»

Цель: улучшить результаты лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ООТКН) опухолевого генеза.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании оценены результаты лечения 509 пациентов, которым с 2010 г. по октябрь 2016 г. были выполнены оперативные вмешательства по поводу злокачественной обструкции толстой кишки. У 46 (9 %) больных удалось добиться разрешения явления нарушения кишечной проходимости с помощью консервативных мероприятий. 463 (91%) больным выполнены различные оперативные вмешательства. В первую группу вошли 79 пациентов, которым осуществлено эндоскопическое стентирование. Эти пациенты составили основную группу. Контрольную группу, состоящую из двух подгрупп, составили 384 пациента, которым были выполнены хирургические вмешательства. Больным первой подгруппы (330 пациента) выполнены резекции левых отделов ободочной кишки с формированием одностольной колостомы (по типу операции Гартмана), правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза; во второй подгруппе (54 пациента) были сформированы коло - или илеостомы в связи с нестабильной гемодинамикой и/или наличием нерезектабельной опухоли.

Результаты. При колоректальном стентировании летальность составила 2,5% (n=2); специфические осложнения (перфорация опухоли во время стентирования, дислокация стента) были у 8,8% (n=7) больных. При хирургическом лечении летальность в первой подгруппе составила 20,3% (n=), осложнения 40,6% (n=); во второй подгруппе летальность составила 14,8% (n=), осложнения 29,6% (n=) соответственно.

Выводы. Консервативное лечение при ООТКН малоэффективно и позволяет получить положительный эффект только у 9 % больных. Наиболее распространенным способом лечения больных с

ООТКН остается экстренное хирургическое вмешательство. Эндоскопическое стентирование сопровождается меньшим количеством осложнений, более низким уровнем летальности. Стентирование может быть применимо для постоянной декомпрессии у пациентов со злокачественными стриктурами как окончательный метод лечения, а также с целью временной декомпрессии у потенциально операбельных пациентов как первый этап лечения (bridge to surgery). Использование колоректального стентирования в лечении пациентов с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью является весьма перспективным, позволяющим добиться хороших непосредственных результатов. Накопление опыта и анализ отдаленных результатов возможно расширит показания к проведению колоректального стентирования и приведет к улучшению ближайших результатов лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

1763. КОЛОРЕКТАЛЬНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Чернооков А.И. (1), Карапетян М.М. (2), Маринова Л.А.(2), Бачурин А.Н. (2), Белых Е.Н. (1), Моисеев А.П. (2), Заводчиков С.А. (1), Черноусов К.Ф. (1)

Москва

- Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (1),
ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» (2)

Актуальность: летальность при экстренных операциях по поводу опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООТКН) остается высокой, составляя 15-34%. Перспективным способом неоперативного разрешения ООТКН представляется применение саморасширяющихся металлических стентов (SEMS).

Цель: демонстрация результатов использования колоректального стентирования для лечения ООТКН.

Материалы и методы: в 2014-2017 годах для лечения ООТКН у 60 больных применили попытку стентирования толстой кишки. Помимо стандартных методов диагностики, у больных с ООТКН применяли КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, обычно до выполнения колоноскопии. Использовали методику "through the scope", когда струна и комплекс доставки проводятся по инструментальному каналу колоноскопа, а раскрытие стента осуществляется



под эндоскопическим и рентген-контролем. Вмешательство проводили в условиях внутривенной анестезии, для подготовки использовали очистительные клизмы. После стентирования выполняли обзорный снимок брюшной полости для исключения осложнений процедуры. Противопоказаниями к стентированию считали: декомпенсированную непроходимость с угрозой или наличием диафрагмальной перфорации, перитонит, расположение опухоли до 5 см проксимальнее зубчатой линии, некроз опухоли, параколический абсцесс, ишемию толстой кишки, диагностируемые при КТ. Мужчин было 35 (58,3%) пациентов, женщин – 25 (41,7%). Возраст больных колебался от 27 до 95 лет, в среднем – $72,4 \pm 8,7$ лет. Явления декомпенсированной ООТКН были у 17 (28,3%) пациентов, субкомпенсированной – у 31 (51,7%) больного, компенсированной – у 12 (20%) пациентов. Преобладали больные с 4-й стадией опухолевого процесса – 31 (51,7%) пациент, 3 стадия – у 26 (43,3%) больных, 2-я стадия – у 3 (5%) пациентов. По локализации опухоли больные распределились следующим образом: прямая кишка – 3 (5%), ректосигмоидный переход – 7 (12%), сигмовидная кишка – 32 (53%), нисходящая кишка – 7 (12%), селезеночный изгиб – 4 (7%), поперечноободочная кишка – 3 (5%), печеночный изгиб – 2 (3%), восходящая кишка – 1 (2%), десцендо-ректоанастомоз – 1 (2%). Длина опухолевой стриктуры колебалась от 15 до 80 мм, составив в среднем $34,6 \pm 11,2$ мм. Диаметр опухолевой стриктуры варьировал от 2 до 8 мм, в среднем – $4,03 \pm 1,3$ мм. Результаты: стентирование удалось технически во всех случаях, кроме одного, в связи с выраженной ангуляцией толстой кишки. Частота технического успеха – 98,3%. С паллиативной целью стентирование выполнено в 51 случае, как этап подготовки к радикальной операции (“bridge to the surgery”) – у 8 больных. Интервал между стентированием и выполнением радикальной операции составил от 7 до 15 суток. В 2-х случаях выполнена расширенная правосторонняя гемиколэктомия. Так же радикальные операции включали лапароскопическую левостороннюю гемиколэктомию (3 наблюдения) и переднюю резекцию прямой кишки (3 пациента). Частота клинического успеха стентирования составила 88,1%. У 2 (3,4%) пациентов была перфорация опухоли в 1-е сутки после стентирования, что вынудило выполнить лапаротомию, 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 8,5%. 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 на фоне разрешения кишечной непроходимости. Средний койко-день после стентирования с паллиативной целью составил $4,1 \pm 2,4$ суток.

Заключение: стентирование представляет собой альтернативу экстренным хирургическим вмешательствам при лечении ООТКН. Показатели летальности и длительности пребывания в стационаре при использовании SEMS ниже, чем при традиционном подходе. При установке стентов необходимо строго придерживаться показаний и противопоказаний к их установке.

1764. РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА КАК "ОПЕРАЦИЯ ОТЧАЯНИЯ" ПРИ ПРОФУЗНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1), Юшков Н.Р.(2),
Загретдинов А.Ш.(2), Ахмеров Д.Р.(2),
Фролов Н.В.(2)*

Уфа

- 1) ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ,
- 2) ГБУЗ РБ ГКБ №18 г.Уфы

Цель исследования: изучить результаты резекции желудка при хронических гастродуоденальных язвах, осложнённых профузным кровотечением. Материалы и методы исследования: проанализированы 90 случаев резекции желудка на высоте кровотечения за период 2006-2016гг. по данным ГБУЗ РБ ГКБ №18 г.Уфы. Несмотря на развитие медицинской техники, появление новых способов остановки кровотечения из гастродуоденальных язв при язвенной болезни желудка и 12-п.кишки, проблема окончательного гемостаза в данной ситуации остаётся серьёзной проблемой в абдоминальной хирургии. Нами за период с 2006г. по 2016г. были прооперированы 90 пациентов с профузными гастродуоденальными кровотечениями. Из поступивших пациентов язвенный анамнез отсутствовал в 53 случаях (58,9%). В большинстве случаев отмечается позднее поступление пациентов: свыше 24 часов – 45 пациентов (50%). В ранние сроки (2 часа с начала заболевания) поступило всего 10 пациентов (11,1%). Остальные пациенты поступили в разные сроки в течение 1-х суток с начала заболевания. Все пациенты оперированы после выполнения комплекса гемостатических мероприятий при продолжающемся кровотечении. В 21 случае была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-1 (23,3%), в 68 случаях – Бильрот-2 (75,6%), в 1-м случае потребовалась реконструк-



тивная операция по типу Ру у ранее оперированного пациента. Во всех случаях у прооперированных пациентов была достигнута окончательная остановка кровотечения. Послеоперационных осложнений не было отмечено ни у одного из пациентов. Летальность у оперированных пациентов составила 12,2% (11 случаев), отмечена зависимость летальности от сроков, прошедших с начала заболевания и выявлено отсутствие зависимости от возраста пациента. Так, летальные исходы после операции в возрастной группе 40-49 лет составили - 1 случай, 50-59 лет - 3 случая, 60-69 лет - 2 случая, 70-79 лет - 3 случая, 80 лет и старше - 2 случая. Из 11 случаев оперативных вмешательств, закончившихся летальным исходом, 6 пациентов поступили позже 24 часов с начала заболевания, а у 5 пациентов, поступивших до 24 часов имелась тяжёлая сопутствующая патология (ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения и т.д.). При изучении отдалённых результатов резекции желудка при хронических гастродуоденальных язвах, осложнённых профузным кровотечением, повторного кровотечения не отмечалось ни у одного из пациентов. Симптомы, сопутствующие язвенной болезни желудка и 12-п.кишки также не выявлены ни в одном случае. Проведённый нами наблюдения показали, что гастродуоденальные кровотечения остаются грозным осложнением язвенной болезни желудка и 12-типёрстной кишки и применяемые эндоскопические методы гемостаза не всегда оказываются эффективными. Выполняемая при этом резекция желудка является "операцией отчаяния" и остаётся надёжным методом остановки кровотечения и сохранения жизни подобных больных.

1765. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Иванов С.В., Розберг Е.П., Иванов И.С., Ягубов Г.В.

Курск

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ

Актуальность проблемы. Несмотря на существующий широкий спектр оперативных вмешательств, предложенных для лечения хронического панкреатита (ХП), проблема лечения данного заболевания остается актуальной из-за неоднозначного подхода к хирургическому лечению ХП.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных ХП.

Материалы и методы. Проведен анализ результа-

тов хирургического лечения 145 пациентов с ХП, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней №1 на базе отделения общей хирургии БМУ Курской областной клинической больницы с 1998 по 2016 гг. Среди них мужчин было 105 (72,4%), женщин 40 (27,6%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 78 лет (средний возраст $45,52 \pm 10,68$ лет). Средний срок госпитализации составил $22,08 \pm 14,52$ суток. У большинства пациентов преобладали: фиброзно-индуративный (псевдотуморозный) ХП ($n=63$), кальцифицирующий (псевдокалькулезный) ХП ($n=48$) и псевдокистозный ХП (35 случаев). При постановке диагнозов пользовались Марсельско-Римской международной классификацией. Большинство больных страдают ХП до 1 года. В момент поступления пациенты отмечали жалобы на болевой синдром, $n = 119$ (82,1%). Механическая желтуха выявлена у 29 человек (20%), сахарный диабет – у 21 больных (14,5%). Выполнены следующие виды резекционных и резекционно-дренирующих оперативных вмешательств: панкреатодуоденальная резекция – 41 пациенту, резекция головки поджелудочной железы по Фрею – 16 больным, дистальная резекция поджелудочной железы – 11 пациентам, продольная панкреатоеюностомия – 16 больным, дренирование кисты поджелудочной железы – у 32 человек. Из 41 выполненных ПДР большая часть – 34 (83%) были выполнены в период с 1998 г. по 2007. С внедрением в практику операции Фрею удельный вес ПДР в структуре операций уменьшился. Оперативные вмешательства по Фрею стали методом выбора при ХП головки поджелудочной железы. Из осложнений в послеоперационном периоде имели место несостоятельность гепатоеюнального анастомоза (НГЕА) у 3 пациентов (2,1%), несостоятельность панкреатоеюнального анастомоза (НПЕА) у 1 (0,7%) больного, распространенный перитонит – у 4 (2,8%), местный перитонит у 9 (6,2%), кровотечение – у 3 (2,1 %) больных. Больше половины всех осложнений встречались после ПДР (НГЕА-3, НПЕА-1, кровотечение -1, распространенный перитонит – 2, местный перитонит -5). При выборе метода оперативного лечения по Фрею встречались следующие осложнения: распространенный перитонит-1, местный перитонит -1 и по 3 осложнения было после ККР и продольной панкреатоеюностомии по Ру. В результате было зарегистрировано 7 (4,8%) летальных исходов. Причиной смерти у 3-х пациентов явилась несостоятельность билиодигестивного и в 1 случае панкреатотонкокишечного анастомозов. Один пациент погиб в результате тотального панкреонекроза культи поджелудочной железы и 2 от тромбоэмболии легочной артерии, 6 летальных случаев отмечено после ПДР, 4 пациента погибли от послеоперационных осложнений (НГЕА-2, НПЕА-1, панкреонекроза-1). В 2-х случаях



смерть наступила в результате развития массивной тромбозмболии легочной артерии. У 1 пациента с перитонитом летальный исход отмечен после продольной панкреатоеюностомии. С уменьшением количества резекционных и увеличением резекционно-дренирующих операций при ХП уменьшилось количество летальных исходов и ближайших послеоперационных осложнений. Однако, нет достоверно высокого качества жизни больных после резекционно-дренирующих операций, так как большинство этих пациентов в отдаленном послеоперационном периоде неоднократно госпитализируются в хирургические стационары по поводу данного заболевания.

1766. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Гиорхелидзе Г.Л., Алексеев Е.Е., Алексеев А.Е.,
Шинкарьук Д.А., Домбалаган Х.Р., Мизунов В.Ю.,
Ильиных С.Г., Груничев А.В., Раганиян К.П.,
Лобода В.К.*

Сочи

МБУЗ г.Сочи «Городская больница №2»

Актуальность проблемы определяет эпидемиология заболеваний желчного пузыря. Данные зарубежной и отечественной литературы свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости острым холециститом в последние годы. Значительное число пациентов, при этом, подвергается оперативному лечению. Целью исследования было провести анализ результатов хирургического лечения острого холецистита с использованием различных видов холецистэктомии. Основу данного исследования составил анализ результатов обследования и хирургического лечения 2071 пациента с различными формами острого холецистита, находившихся на лечение в хирургическом отделении МБУЗ г.Сочи «Городская больница №2» в период с 2006 по 2016 годы. Возраст пациентов колебался от 20 до 92 лет. Отмечалось преобладание лиц женского пола - 1561 (75,4%). Все пациенты с острым холециститом были оперированы с использованием различных методов холецистэктомии. В зависимости от вида выполненной операции больные были разделены на три группы. Значительно преобладающее число пациентов (1896 (91,5%)) перенесших лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) составили первую группу, 139 (6,7%) пациентам второй группы выполнили холецистэктомию из мини-доступа (МХЭ), в третью группу вошли 36 (1,7%) больных, подвергших-

ся традиционной холецистэктомии (ТХЭ). Вышеизложенное свидетельствует о преимущественном использовании ЛХЭ в лечении острого холецистита. Предоперационное обследование пациентов осуществлялось по стандартной методике. У значительного числа пациентов имелись сопутствующие заболевания. Наиболее значимой сопутствующей патологией являлись: гипертоническая болезнь у 36,7% пациентов, хронические формы ишемической болезни сердца у 31,5%, ожирение у 24,3%, сахарный диабет у 14,7%, цирроз печени и хронический гепатит у 3,1%, хронические заболевания легких у 14,4%, дрожательный паралич у 0,4%. Результаты лечения оценивались по таким показателям как послеоперационная летальность, частота и характер послеоперационных осложнений, длительность операции, интенсивность болевого синдрома, средняя длительность койко-дня. Послеоперационная летальность после ЛХЭ составила 0,3%, после МХЭ - 2,9%, ТХЭ - 5,5%. Причинами летальных исходов были массивная тромбозмболия легочной артерии, острая сердечная недостаточность, пневмония, острый инфаркт миокарда, прогрессирующая полиорганная недостаточность, перитонит. При выполнении ЛХЭ, такие интраоперационные осложнения как: надрыв печеночной капсулы (0,5%), перфорация желчного пузыря (8,4%), кровотечение из ложа желчного пузыря (2,2%), кровотечение из пузырной артерии (1,3%), кровотечение из сосудов брюшной стенки (0,3%), желчеистечение из добавочного желчного протока в области ложа желчного пузыря (0,4%) были обнаружены и устранены лапароскопически во время операции. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде были диагностированы у 50 (2,6%) пациентов первой группы. Кровотечение после ЛХЭ наблюдалось у 8 (0,42%) пациентов. Всем пациентам выполнена релапароскопия. У 2 (0,1%) пациентов после санации гематомы, источник кровотечения не выявлен, продолжающегося кровотечения не установлено. У 2 (0,1%) пациентов выполнен гемостаз в области ложа желчного пузыря и у 1 (0,05%) пациента в области культи пузырной артерии. У 3 (0,16%) пациентов потребовалась лапаротомия. Желчеистечение после ЛХЭ было у 7 (0,37%) пациентов. Причины: культя пузырного протока («прорезывание»), «ход Люшка», краевое повреждение общего желчного протока при склероатрофическом («сморщенном») желчном пузыре и гангренозном холецистите с плотным инфильтратом. В остальных случаях желчеистечение ликвидировано при релапароскопии. Нагноение послеоперационных ран наблюдалось у 3 (0,16%) пациентов, послеоперационный панкреатит у 10 (0,52%), инфаркт миокарда у 3 (0,16%), пластинчатые ателектазы и пневмония у 18 (0,96%), тромбозмболия легочной



артерии у 1 (0,05%). Конверсия на лапаротомию потребовалась у 23 пациентов (1,2%). Причиной конверсии у 3 (0,16%) пациентов было кровотечение (источником кровотечения были пузырная артерия после «прорезывания» клипсы, ложе желчного пузыря на фоне приема варфарина). При этом выполнено 2 верхнесрединные лапаротомии и 1 мини-лапаротомия. У 3 (0,16%) больных переход на лапаротомию выполнили в связи с плотным инфильтратом в подпечёночном пространстве. У 3 (0,16%) пациентов осуществлена конверсия при ятрогенном повреждении ОЖП (краевое ранение), при этом, ОЖП ушили на Т-образном дренаже. Холецисто-дуоденальный свищ и пузырно-толстокишечный свищ (по 2 (0,1%) пациента соответственно) также потребовали конверсии. Рак желчного пузыря явился причиной отказа от продолжения операции лапароскопическим методом у 5 (0,26%) пациентов. Местные и общие осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 8 (5,8%) пациентов, перенесших МХЭ. Нагноение послеоперационной раны было у 3 (2,16%) пациентов, послеоперационный панкреатит у 1 (0,72%), пластинчатые ателектазы и пневмония у 3 (2,16%), тромбоэмболия легочной артерии у 1 (0,72%). После ТХЭ развитие осложнений отмечено у 10 (27,7%) пациентов. Локальное нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 3 (8,33%) пациентов, временное желчеистечение у 1 (2,78%), абсцессы брюшной полости у 1 (2,78%), внутрибрюшное кровотечение у 1 (2,78%), послеоперационный панкреатит у 1 (2,78%), пластинчатые ателектазы и пневмония у 2 (5,56%), тромбоэмболия легочной артерии у 2 (5,56%). Средняя продолжительность операции была наибольшей при ТХЭ (73,4±18,4 мин.). МХЭ выполняли, в среднем, за 62,3±19,8 мин. Наименьшие затраты времени отмечены при выполнении ЛХЭ (53,2±13,8 мин.). Наименее выраженная интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде отмечена у пациентов, перенесших ЛХЭ, наибольшая у больных после ТХЭ, в то время как промежуточное значение по данному показателю занимала группа пациентов, подвергшаяся МХЭ. Средний койко-день после ЛХЭ составил 8±0,4 суток, после МХЭ - 10±0,7 суток, после ТХЭ - 14±0,9 суток. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев различные варианты холецистэктомии выполнимы практически у всех групп пациентов не требуя предварительного временного (или окончательного) пункционно-дренирующего вмешательства (этапа). Накопленный опыт, достаточная квалификация хирурга позволяют выполнить у значительной части пациентов ЛХЭ при остром холецистите любой клинико-морфологической формы в различные сроки, в т. ч. после 72 часов от начала заболевания. Малотравматичные вмешательства при

лечении острого холецистита сопровождаются меньшим числом общих и местных послеоперационных осложнений и более низкой летальностью чем традиционные. МХЭ, в ряде случаев, является операцией выбора у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском и большой давностью заболевания. ТХЭ целесообразно выполнять при распространённом перитоните и, по показаниям, при деструктивном холецистите на фоне механической желтухи и холангита, а также наличии послеоперационной вентральной грыжи, массивного спаечного процесса после перенесённых вмешательств, связанных с травмами и перитонитами.

1767. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАФРАГМОКРУРОПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИ-АЛЬНЫХ, КАРДИО-ФУНДАЛЬНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Ковалев С.А., Хитарьян А.Г., Кисляков В.Н., Орехов А.А., Алибеков А.З., Штильман М.Ю., Явруян А.О.

Ростов-на-Дону

РостГМУ

Литературные данные показывают, что рецидивы после хирургического лечения ГПОД встречаются от 3 до 12%, а в группе пациентов с кардиальными и кардиофундальными ГПОД - до 30%. Одними из основных причин рецидивов ГПОД являются натяжение тканей и дистрофические изменения ножек диафрагмы. Наложение швов при крурорафии на разволокненные, атрофически измененные ткани, в условиях нарушения трофики ножек диафрагмы, а при больших дефектах – со значительным натяжением, приводит к прорезыванию швов, перемещению фундопликационной манжеты в заднее средостение и рецидиву ГПОД или формированию параэзофагеальной грыжи. Выход из сложившейся ситуации был найден в использовании сетчатых эксплантатов, позволяющих осуществить диафрагмокруропластику без натяжения. Установка сетчатого эксплантата требует взвешенного, осторожного подхода на основании строгих показаний, основанных на объективных критериях, т.к. возможно специфических осложнений (развитие пролежней, перфорации пищевода, нагноение эксплантата с формированием абсцессов и т.д.). Целями работы явились: улучшение результатов малоинвазивного хирургического лечения ГПОД путем индивидуализации выбора метода хирурги-



ческого лечения, оценка отдаленных результатов и обоснование использования диафрагмокуропластики с использованием сетчатых эксплантатов при кардиальных, кардиофундальных и рецидивных ГПОД. В основу работы положены результаты лапароскопических вмешательств по поводу различных форм хиатальных грыж у 569 больных находившихся на лечении в хирургическом отделении НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-гл.» с 1994 по 2016 гг. Возраст больных колебался от 26 до 79 лет, женщин было 312 чел. (54,9%), а мужчин - 267 чел. (45,1%). У 174 (30,7%) больных были выявлены эзофагальные аксиальные грыжи, у 260 (45,7%) – кардиальные, у 134 (23,6%) – кардиофундальные. У 112 (19,7%) пациентов хиатальные грыжи сочетались с калькулезным холециститом, у 62 (10,9%) с язвенной болезнью 12-перстной кишки, у 21 (3,7%) с сочетанием калькулезного холецистита и язвенной болезни 12-перстной кишки, у 411 (72,2%) больных был пептический рефлюкс-эзофагит. На основании предложенного «Способа выбора тактики диафрагмокуропластики при хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы» (патент на изобретение РФ №2352267 от 09 октября 2009 года), заключающегося в проведение интраоперационного инструментального обследования больного: определяют величину расстояния d между ножками диафрагмы в стандартном месте для задней крурорафии, показатель F силы натяжения ножек диафрагмы и вычисляют значение коэффициента напряжения K по формуле: $K=F/d$, где d выражается в см, F выражается в кПа и при значениях $K>0,7$ выполняют заднюю крурорафию, при значениях $0,3\leq K\leq 0,7$ выполняют заднюю крурорафию с диафрагмокуропластикой сетчатым эксплантатом треугольной формы, при значениях K .

1768. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-RAR В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОЕМ 2-4 СТАДИИ

*Погосян Г.Н. (1), Непомнящая С.Л. (1),
Петрова В.В. (2), Давлетшина В.В. (1),
Коробицына А.М. (2)*

Санкт-Петербург

- 1) ФГБУ "Санкт-Петербургский многопрофильный центр" Минздрава России,
- 2) Санкт-Петербургский государственный университет

Введение. Геморрой – одно из самых широко распространенных заболеваний современности. В

последние десятилетия наряду с традиционной геморроидэктомией широко применяются новые малотравматичные методики, одной из которых является методика HAL-RAR. Суть данного метода заключается в перевязке питающих артерий, под контролем УЗ-датчика и лифтинге слизистой прямой кишки, что позволяет зафиксировать геморроидальный узел в его физиологическом положении.

Цель исследования. Оценить эффективность применения методики HAL-RAR в лечении пациентов с геморроем в сравнении с традиционными операциями.

Материалы и методы. В исследование включены 156 пациентов в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст 41.8 ± 8.3), 83 мужчины и 73 женщины, находившихся на лечении в хирургическом отделении Университетской клиники за период с января 2013 по февраль 2017 года. Всем пациентам было выполнено лигирование геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерографии в сочетании с мукопексией и лифтингом слизистой. Среди них: пациенты с геморроем 2 ст. – 23 чел. (14,7%), 3 ст.- 106 чел. (68,2%), 4 ст. – 25 чел. (17,1%). Результаты. У всех оперированных больных средняя продолжительность операции составила 38.8 ± 7.2 мин, что соответствует данным, которые приводятся в литературных источниках отечественных и зарубежных авторов. По нашим данным длительность оперативных вмешательств существенно не отличалась от продолжительности традиционной геморроидэктомии. При этом средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 2.2 ± 0.7 дня, то есть значительно меньше, чем срок госпитализации при выполнении традиционных операций (около 7 дней). Лигирование геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерографии дает возможность при необходимости одновременно проводить сочетанные оперативные вмешательства, такие как иссечение хронической анальной трещины (5 пациентов), иссечение полипа толстой кишки (10 пациентов). В 16 случаях лигирование геморроидальных артерий сопровождалось иссечением наружных геморроидальных комплексов с помощью аппарата LigaSure. В 5 случаях (3,2 %) на 1 сутки после операции отмечалась рефлекторная задержка мочи, потребовавшая терапии спазмолитическими средствами. В 1 случае (0,64 %) было отмечено раннее послеоперационное осложнение - тромбоз наружного геморроидального узла, потребовавшее оперативного вмешательства. По данным анкетирования большинство пациентов расценивает результаты операции как удовлетворительные: эпизоды ректальных кровотечений, дискомфорт в перианальной области прекрати-



лись. У 2 пациентов (1.28 %) было отмечено незначительное эрозирование слизистой анальной зоны в течение первого месяца после операции; осложнение купировано консервативно в амбулаторных условиях. Лишь у 2 опрошенных пациентов (1.28 %) в позднем послеоперационном периоде (спустя 6 мес. после операции) сохранялись редуцированные наружные геморроидальные узлы, создающие ощущение дискомфорта, что послужило показанием к повторному оперативному вмешательству - геморроидэктомии. Выводы. 1. Дезартериализация геморроидальных узлов под УЗ-контролем с мукопексией и лифтингом является патогенетически обоснованной (так как прекращает патологический приток артериальной крови к внутреннему геморроидальному сплетению, а также восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения тканей в анальном канале) и малотравматичной процедурой, эффективной в лечении пациентов с 2-4 стадиями заболевания. 2. Данная методика оперативных вмешательств характеризуется низким процентом осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, отсутствием рецидивов заболевания, сокращением сроков пребывания в стационаре, быстрым восстановлением трудоспособности пациентов.

1769. ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМИ ЯЗВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Чернооков А.И.(1), Карапетян М.М.(2),
Белых Е.Н.(1), Карчевский Е.В.(1), Моисеев А.П.(2),
Заводчиков С.А. (1), Черноусов К.Ф. (1)*

Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова(1)
ГБУЗ "ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ"(2)

Актуальность: Кровотечения из рецидивных язв после резекции желудка отличаются характерными особенностями. Рецидивные язвы часто осложняются профузным кровотечением, рецидив кровотечения отмечается у 16-40% больных. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с постгастрорезекционными язвами (ПГРЯ), осложненными кровотечением. Материалы и методы: С 2000 по 2015 гг. в ГКБ №7 Москвы пролечено 130 больных с кровоточащими ПГРЯ. Резекцию желудка перенесли 117 (90%) больных. У 13 (10%) больных ПГРЯ возникли после гастропанкреатодуоденальной резекции. Мужчин было 107, женщин – 23. Средний возраст составил 52,4±13,1 лет. Легкая кровопотеря была у

27,7% пациентов, средняя – у 29,2%, тяжелая – у 43,1%. По классификации Forrest больные распределились так: Fla – 11,5%, Flb – 15,4%, FIIa – 21,5%, FIIb – 23,8%, FIIc – 27,7%. Средняя оценка по шкале тяжести состояния APACHE-II составила 9,89±4,07 балла, по шкале SOFA – 3,06±1,74 балла. Все больные разделены на 2 группы. В I группу (основную) вошли 69 (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 нестабильным гемостазом выполняли вмешательства по срочным показаниям в пределах 6-24 часов. ЭГ у больных II группы был представлен инъекционным ЭГ (ИЭГ) и комбинацией ИЭГ с аппликацией фибринового клея. В I группе (2009-2015 гг.) придерживались индивидуализированной тактики: больным со стигмами кровотечения Fla-FIIb выполняли ЭГ, при РК выполняли повторный ЭГ. Показанием к экстренной операции считали неэффективный первичный или повторный ЭГ. Высокий риск РК у стабильных больных служил показанием к срочной операции в пределах 12-72 часов, при нестабильном состоянии выполняли повторный превентивный ЭГ. Для ЭГ у больных I группы использовали комбинацию ИЭГ с термическими способами и клипированием. Отсроченные операции в обеих группах выполняли после успешной неоперативной остановки кровотечения при наличии показаний. Результаты: В I группе ЭГ выполнен 50 (100%) пациентам со стигмами кровотечения Fla-FIIb, во II группе – лишь у 30 (68%) больных с такими же 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 70% случаев. У больных II группы повторный ЭГ выполнен только у 50% больных с РК и оказался эффективным лишь у половины. Экстренные операции выполнены 10 (16,4%) больным II группы и 4 (5,8%) пациентам I группы. По срочным показаниям прооперированы 13,1% больных II группы и 13% пациентов I группы. В отсроченном порядке вмешательства выполнены 13,1% больных II группы и 16% 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 реконструктивных операций (реконструктивная



резекция культи желудка со стволовой ваготомией), выполненных в отсроченном и срочном порядке. Выводы: 1. Применение современных методик ЭГ, динамической эндоскопии, повторного ЭГ позволяет снизить число экстренных операций и летальность у больных с кровоточащими ПГРЯ. 2. Использование индивидуализированной тактики уменьшает количество нерадикальных паллиативных операций. 3. Сохранение высокого клинико-эндоскопического риска РК (размеры язв более 2,0 см, тяжелая кровопотеря, неоднократные рецидивы кровотечения) при стабильном состоянии (< 5 баллов по SOFA, < 12 баллов по APACHE II) у больных молодого и среднего возраста служит показанием к радикальной операции в срочном порядке.

1770. КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ БАКТЕРИЦИДНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

*Никонов С.Д. (1,2,3), Смоленцев М.Н.(2),
Слободин Д.Г.(2), Петренко Т.И.(1),
Бредихин Д.А.(2,3), Евсин М.С.(2,3),
Краснов Д.В.(1), Леянова О.Б.(2)*

Новосибирск

- 1) Новосибирский НИИ туберкулеза МЗ РФ,
- 2) Государственная областная Новосибирская клиническая туберкулезная больница,
- 3) Новосибирский национальный исследовательский государственный университет (НГУ).

Актуальность. Лечение хронической туберкулезной эмпиемы плевры (ХТЭП) сопряжено со значительными трудностями, частыми неудачами лечения и высокой летальностью. ХТЭП чаще возникает у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ) и казеозной пневмонией (КП) вследствие формирования бронхоплеврального свища (БПС). В последние годы в контингенте с ХТЭП танатогенез представлен прогрессирующим деструктивным туберкулезом с мультирезистентным возбудителем в 90% случаев. Несмотря на то, что современная химиотерапия туберкулеза легких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ и ШЛУ) влечет прямые затраты на лечение одного пациента по IV режиму в размере 1,5млн рублей, ее эффективность не

превышает 48,7%. Становится понятным, что летальность среди больных с ХТЭП стала превышать 60% вследствие первичной мультирезистентности возбудителя, сочетания основного заболевания с неспецифической полимикробной флорой и коморбидными факторами (сахарный диабет, наркомания, ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты). Пессимизм хирургов в отношении курабельности ХТЭП с лекарственноустойчивым возбудителем связан с устойчивым мнением о том, что это осложнение является предиктором летального исхода, что обрекает больных на паллиативную и симптоматическую терапию, которую осуществляют в условиях содержания на дорогостоящих койках специализированных торакальных хирургических отделений. Поэтому остается крайне актуальным поиск новых антимикобактериальных стратегий, способных преодолеть МЛУ и ШЛУ возбудителя. В свете сформулированной проблематики нами разрабатываются принципиально новые варианты подавления жизнедеятельности и уничтожения возбудителя туберкулеза и гнойной хирургической инфекции с помощью бактерицидной фотодинамической терапии. Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на фотохимической реакции, катализатором которой является кислород, активированный фотосенсибилизатором (ФС) и воздействием светового, в частности, лазерного излучения. Для запуска фотодинамической реакции необходимы два основных компонента: вещество - фотосенсибилизатор (ФС) и свет. Молекулы ФС под действием квантов света переходят в возбужденное (триплетное) состояние, а при возврате в основное состояние передает полученную энергию другим соединениям. Акцептором энергии является кислород, который, переходя в синглетную форму, запускает каскад свободнорадикальных реакций, необратимо повреждающих биологические структуры злокачественных клеток, бактерий и вирусов с исходом в их уничтожение. Цель исследования: апробация бактерицидной интраплевральной ФДТ ХТЭП с МЛУ и ШЛУ возбудителя у больных с распространенным деструктивным туберкулезом легких. Материалы и методы. Метод интраплевральной ФДТ применен в 7-ми случаях ХТЭП, развившейся в условиях одно-и двухстороннего распространенного ФКТ легких (n=4), КП (n=2), диссеминированного туберкулеза легких (n=1), из которых бронхо-плевральный свищ имелся в 6-ти случаях, а ШЛУ зарегистрирована в четырех случаях. Исходная крайняя степень тяжести состояния обусловлена синдромом полиорганной недостаточности, синдромом системного воспалительного ответа, синдромами туберкулезной и гнойной интоксикации, дыхательной недостаточностью, истощением. В условиях стандартных режимов



противотуберкулезной химиотерапии всем больным предпринято рациональное дренирование полости эмпиемы с соблюдением режима активной непрерывной вакуум-аспирации и ежедневной фракционной проточно-промывной санацией современными антисептическими растворами. Пациентам предприняты от 4 до 8-ми процедур интраплевральной чрездренажной инстилляционной фотосенсибилизации стенок эмпиемы препаратами Фотосенс 5мг (n=5) или Радахлорин 3,5мг (n=2). Через 30 – 60 мин выполнялись процедуры ФДТ в режиме лазерной полипозиционной световой обработки стенок эмпиемы излучением длиной волны 675нм для препарата Фотосенс и 662нм для препарата Радахлорин при световой мощности 350 -1000 мВт с помощью световодов, размещаемых интраплеврально через дренажные плевральные каналы. Обеспечивалась бактерицидная, фототоксичная для инфекции, доза лазерного излучения в диапазоне 35-60 Дж/см². После достижения отчетливых местных saniрующих, антимикробных, антиэкссудативных и общих дезинтоксикационных и противовоспалительных эффектов у пациентов с функционирующим бронхоплевральным свищом выполнялась клапанная бронхоблокация свищенесущего бронха (n=6). Результаты: ХТЭП с бронхоплевральным свищом излечена у 5-ти больных (71,4%). Летальность составила 14,8% (n=1) в условиях ВИЧ-инфекции 4Б ст. у больного с полимикробной полирезистентной гноеродной флорой, двухсторонним ФКТ легких с ШЛУ возбудителя. В одном случае ХТЭП полностью санирована в условиях тотально коллабировавшего ригидного решетчатого легкого с поликавернозом контралатерального легкого, что привело к значительному клиническому улучшению и прибавке массы тела на 7кг. Лечебные эффекты ФДТ ХТЭП сопряжены с интраплевральным абациллированием и исчезновением гноеродной флоры, стремительной редукцией интоксикации и гнойной экссудации, трансформацией гнойного экссудата в серозный, облитерацией полости эмпиемы и бронхо-плеврального свища после клапанной бронхоблокации, прибавкой массы тела от 3 до 9 кг. Указанные лечебные эффекты позволили выписать 5 больных на амбулаторное лечение через 2-4 месяца лечения.

Выводы. Интраплевральная ФДТ обладает saniрующими, антимикробными, противовоспалительными, репаративными свойствами и применима для санации ХТЭП, особенно при МЛУ и ШЛУ возбудителя, при обязательном аспирационном дренировании полости эмпиемы и желательной клапанной бронхоблокацией свищенесущего бронха.

1771. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ НАВЫКАМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ»

Конькова М.В., Драндрова Е.Г.

Чебоксары

ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова"

Центр симуляционного обучения и аккредитации создан на базе медицинского факультета ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» в 2016 году, начиная с этого времени проводятся занятия с использованием симуляционного обучения по дисциплине «Топографическая анатомия и оперативная хирургия». На базе кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургии и Центра симуляционного обучения и аккредитации в рамках работы хирургического кружка с начала сентября 2016 года прошло обучение более 60 студентов 4-6 курсов и клинических ординаторов медицинского факультета. Наиболее популярным у обучающихся является тренажер для освоения навыков эндоскопической хирургии коробочного типа Covidien-Medtronic с 14 портами для моделирования хирургических операций в различных областях хирургии. Обучение проводилось преподавателями кафедры и приглашенными специалистами из ЛПУ города Чебоксары. Модель обучения складывалась из разбора теоретических вопросов эндоскопической хирургии и освоения практических навыков. Основными методами обучения были упражнения направленные на развитие навыков владения эндоскопическим инструментарием, одновременной работы двумя инструментами, правилам и способам наложения шва эндоскопическим методом. Подобные задания были использованы нами при проведении V межвузовской студенческой олимпиады по хирургии с международным участием (Чебоксары, 2016), также они использовались в качестве конкурсных заданий VII Поволжской студенческой олимпиады по хирургии (Саранск, 2017). По итогам соревнований команда ЧГУ имени И.Н. Ульянова стала обладателем диплома 3 степени в номинации «Эндоскопия». Все это указывает на необходимость дальнейшего внедрения в учебный процесс инновационных методов обучения, учебных тренажеров и средств симуляционного обучения, поскольку это влияет на качество подготовки будущих специалистов хирургического профиля.



**1772. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» ДЛЯ ОСТАНОВКИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Терещенко С.Г., Мечёва Л.В.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Актуальность. В настоящее время наиболее перспективным направлением совершенствования эндоскопического гемостаза является разработка методов, оказывающих минимальное негативное воздействие на источник кровотечения и окружающие его биоткани. Важен не только надежный гемостаз, но и эффективное влияние гемостатического средства на процесс репарации. Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями путём оптимизации способов гемостаза.

Материал и методы. В исследование были включены 467 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 326 (70%), женщин – 141 (30%), возраст – от 60 до 93 лет. Все больные были разделены на две сопоставимые группы: основную 240 (51,3%) и группу сравнения 227 (48,7%). В основной группе использовали комбинированный эндоскопический гемостаз, включающий препарат «Гемоблок». В группе сравнения использовали электрокоагуляцию, инъекции сосудосуживающих препаратов. Согласно эндоскопической классификации кровотечений (Y.Forrest, 1987): FIA был у 66 (14%) больных, в основной группе у 32 (48,4%), в группе сравнения у 34 (51,6%), 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 (49,6%) и 66 (51,4%), FIIC – 67 (14,3 %), соответственно 33 (49,2 %) и 34 (50,8%) больных. Результаты и обсуждение. В основной группе при FIA вначале проводили орошение источника кровотечения раствором гемоблока, что позволяло если не остановить, то визуализировать и локализовать зону кровотечения, а затем производили обкалывание. Гемостаз был достигнут у 20 (62,5%) пациентов. Почти во всех случаях отмечали признаки неустойчивого гемостаза, что потребовало применить дополнительно другие методики: электрокоагуляцию, диатермокоагуляцию, обкалывание сосудосуживающим препаратом, клипирование. Применение методики было неэффективно в 12 (37,5%) наблюдениях. В группе сравнения при FIA гемостаз достигнут у 22 (64,7%) больных, но рецидив кровотечения наблюдался у 10 (45,4%)

больных. Методика гемостаза в группе сравнения не была эффективна у 12 (35,3%) пациентов. В основной группе при F1B использовали орошение источника кровотечения раствором «Гемоблока», а затем обкалывание. Гемостаз был достигнут у 43 (91%) больных. Рецидив кровотечения был у 6 (14 %). В группе сравнения при F1B гемостаз был достигнут у 34 (75,5%) больных, что было достоверно меньше, чем в основной. Рецидив кровотечения был у 12 (35,2%) больных, что достоверно больше, чем в основной группе. В основной группе больных при FIIA проведено орошение и обкалывание препаратом Гемоблок, рецидив кровотечения был отмечен у 6 (10%) больных. В группе сравнения с FIIA, где рецидив кровотечения был у 14 (27,4%) ($p < 0,05$) больных, что было достоверно больше, чем в основной группе. В основной группе больных при FIIB (65 больных) проводили орошение и обкалывание основания тромба «Гемоблоком», затем срезание сгустка диатермической петлей, орошение дна дефекта «Гемоблоком», при появлении капиллярного кровотечения обкалывание «Гемоблоком». Рецидив кровотечения был отмечен у 3 больных. В группе сравнения с FIIB было 66 больных, где рецидив кровотечения был у 4 ($p < 0,05$) больных, что было достоверно больше, чем в основной группе. Статистический анализ полученных данных показал, что результаты лечения пациентов основной группы и группы сравнения при кровотечениях FIA и FIIC не имели достоверных различий. У больных с FIB, FIIA, FIIB все оцениваемые параметры (достижение гемостаза, количество рецидивов, необходимость оперативного лечения, летальность) в основной группе были достоверно лучше, чем в группе сравнения.

Заключение. Применение «Гемоблока» в комплексном лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений FIB, IIA, IIB является эффективным и обоснованным методом гемостаза, приводит к сокращению частоты рецидивов кровотечения в 2 раза, уменьшению количества неотложных операций в 3,5 раза, снижению летальности от кровопотери в 2,3 раза.



1773. УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

*Корольков А.Ю., Цицкарава А.З.,
Демин А.Н., Танцев А.О.*

Санкт-Петербург

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Распространенный перитонит остается по-прежнему сложной проблемой в ургентной хирургии. В настоящее время в лечении тяжелых перитонитов используется методика терапии отрицательным давлением (negative pressure wound treatment – NPWT), позволяющая сохранить все преимущества лапаростомы по контролю источника перитонита и лишенная негативных последствий, связанных с контактом открытой брюшной полости с внешней средой. Рекомендованные суммарные сроки применения вакуумной терапии составляют 8-10 дней. Случаи более длительного применения не часто встречаются в клинической практике.

Цель работы заключается в доказательстве, а зачастую и необходимости применения вакуумной терапии в лечении распространенного перитонита. Материалы и методы. Проанализированы 21 случай использования вакуумной терапии у пациентов с тяжелым послеоперационным перитонитом различной этиологии (острая кишечная непроходимость, несостоятельность кишечных анастомозов, кишечные свищи). VAC-система использовалась на начальных этапах суммарной длительностью от 12 до 24 дней.

Результаты и обсуждение. В результате комплексного лечения с использованием вакуумной терапии удалось добиться положительной динамики в виде купирования проявлений перитонита, снижения интраабдоминальной гипертензии и риска послеоперационных осложнений. Данный метод следует рассматривать как уверенную альтернативу лапаростомии и «open abdomen». Возможность контролировать степень отрицательного давления, с постепенным его уменьшением, позволяет обеспечить профилактику компартмент-синдрома и образования кишечных свищей.

Вывод. Данные клинические наблюдения доказывают возможность эффективного длительного применения терапии отрицательным давлением у больных с распространенным перитонитом. Использование вакуумной системы обеспечивает быстрое и контролируемое снижение внутрибрюшного давления, что является профилактикой развития абдоминального компартмент-синдро-

ма и соответственно предотвращает развитие полиорганной дисфункции, эффективно удаляет раневое отделяемое, предотвращает образование острых язв, снижает концентрацию микроорганизмов в брюшной полости. Соответственно вакуумную терапию возможно рассматривать как метод профилактики третичного перитонита.

1774. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКО- ПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В 2014-2015 ГГ.

*Гаджибакаров Ш.М., Исмаилов Б.М.,
Кураченко Т.И.*

Калуга

Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. К.Н. Шевченко

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 2012 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 2015 года в КОКБСМП выполнено 594 аппендэктомии лапароскопическим доступом (244 операции в 2014 году – из 459 аппендэктомий; 350 операций – в 2015 году – из 422). В представленной работе анализу подвергнуты 594 медицинские карты пациентов с диагнозом острый аппендицит за 2014–2015 гг. Средний возраст оперированных пациентов – 38,12±4,76 лет. Из них в 2014 году мужчин было 126 (51,6%), женщин – 118 (48,4%). В 2015 году – мужчин – 193 (55%), женщин – 157 (45%). Основная масса пациентов госпитализирована в сроки до 24 часов с момента начала заболевания, однако примерно 1/5 больных поступала с большей экспозицией амбулаторного периода. Среднее время операции: 50,0±15,0 мин. Средний койко-день в 2014 году составил – 6,4, в 2015 году – 4,5. Все операции выполнялись под общей анестезией и интраоперационной антибиотикопрофилактикой (цефтриаксон – 1,0



в/в + метронидазол - 100,0 в/в – по показаниям). Выполнение операции проводилось по стандартной 3-х портовой технике, с двумя 10-мм и одним 5-мм троакарами. Во всех наблюдениях оптика располагалась параумбиликально. После обнаружения аппендикса брыжейка поэтапно обрабатывалась монополярной коагуляцией с поэтапным разделением мезоаппендикса. Формирование культи производили лигатурным способом (2014 год – 193 пациентов (79%), 2015 год – 159 (45,4%) и с использованием интракорпорального кисетного шва (2014 год – 51 (21%), 2015 год – 191(54,6%). Извлечение препарата производилось через 10 мм троакар, установленный над лоном. При наличии выраженных деструктивных изменений или больших размерах отростка, его извлечение выполняли в контейнере (резиновая перчатка). 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%). Конверсия произведена 6 (2,1%) пациентам. Причиной конверсии в 2 случаях было ретроцекальное расположение червеобразного отростка, в 3 случаях забрюшинное расположение, в 1 случае перфорация в области основания. 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 конверсий в 2015 году составило 11 (3,3%): 5 случаев – ретроцекальное расположение червеобразного отростка, в 4 случаях – забрюшинное расположение, в 2 случаях – из-за наличия аппендикулярного абсцесса, перитонита. Частота п/о осложнений после ЛА за последние 2 года составляет 1,2%. 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. Выводы: результаты проведенного исследования демонстрируют, что лапароскопическая аппендэктомия является эффективным и надежным хирургическим пособием, обладающим всеми достоинствами малоинвазивной хирургии.

1775. РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН И ДЛИТЕЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Варданян А.В.(1), Долидзе Д.Д.(1), Токарев К.Ю., Шевякова Т.В. (2), Карабач Ю.В. (2), Левин А.В. (2)

Москва

- 1) ФГОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- 2) ГБУЗ города Москвы, Городская клиническая больница имени С.П.Боткина.

Актуальность: лечебная тактика тромбоза глубоких вен (ТГВ), как основного потенциального источника легочной эмболии и длительной профилактики ее нуждается в постоянном совершенствовании. Цель: провести анализ результатов лечения больных с идиопатическим тромбозом глубоких вен и длительной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы: в работе проведен анализ диагностики и лечения и 292 больных поступивших в городскую клиническую больницу им. С.П.Боткина с идиопатическим ТГВ за период с октября 2013 г. по январь 2017 г. Возраст пациентов варьировал от 22 до 67 лет (средний возраст- 42,5±3,2 года). Количество мужчин и женщин: 161 (55,1%) и 131(44,9%) соответственно. Диагностика ТГВ и контроль динамики внутрисосудистых изменений проводились при УЗАС. Лабораторные методы диагностики нарушений гемостаза включали общепринятые и доступные нам тесты. У 70 (24,0%) больных на амбулаторном этапе наблюдения проведено молекулярно-генетическое исследование полиморфизмов: мутация FV Leiden, мутации G20210A в гене протромбина, C10034T в гене фибриногена-γ, C677T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР), 4G/5G-полиморфизма в гене PAI-1. Лечение больных в различные временные периоды проводилось по следующим схемам: 1. Гепарины различной молекулярной массы с переходом на варфарин на стационарном этапе и переход на ривароксабан на амбулаторном; 2. Гепарины различной молекулярной массы с переходом на ривароксабан на амбулаторном этапе; 3. Лечение ривароксабаном на всех этапах в фиксированной лечебной дозе 15мг х 2раза/сутки и в дальнейшем – профилактической дозе 20 мг х 1раз/сутки 3-6 и более месяцев. Всем пациентам был назначен также медицинский эластический компрессионный трикотаж нижних конечностей. Результаты и



обсуждение: при УЗАС сосудов системы НПВ у 198 (67,8%) больных выявлен тромбоз проксимальных глубоких вен с билатеральным распространением у 24 (8,2%) пациентов. При гемостазиологическом исследовании выявлены признаки тромбинемии с повышением уровня Д-димера у 97% больных с ТГВ. ДНК-диагностика выявила различные мутации, ассоциированные с риском развития ТГВ, носившие мультигенный характер: гомо- и гетерозиготные мутации FV Leiden – у 1 (1,4%) и у 9 (12,8%) пациентов, в гене протромбина – у 15 (21,4%), фибриногена – у 43 (61,4%), МГТФР – у 40 (57,1%), PAI-1 – у 53 (75,7%) больных. Анализ результатов УЗАС у больных с ТГВ и наследственной тромбофилией выявил взаимосвязь особенностей клинического течения ТГВ и наследственной тромбофилии у больных с мутацией FV Leiden: диагностирован двусторонний тромбоз с распространением преимущественно на проксимальные глубокие вены при мультигенной форме тромбофилии (сочетании мутации FV Leiden с мутациями в генах протромбина, либо PAI-1). Данные ДНК-диагностики позволили рекомендовать лечение ривароксабаном на неопределенно длительный период (постоянно) пациентам с диагностированной мутацией FV Leiden и перенесенным ТГВ. Отдаленные результаты лечения ривароксабаном у 87(29,8%) больных с ТГВ в течение года показали хорошие результаты: рецидивов ТГВ и геморрагических осложнений не отмечалось. По данным УЗАС полная реканализация просвета сосуда через 3 месяца отмечена у 68 (78,2%) больных, частичная - у 19 (21,8%) пациентов. Выявлено, что на этапе амбулаторного наблюдения более 3-х лет проведенного у 32 пациентов с проксимальным ТГВ развился посттромбофлебитический синдром у 28(87,5%) из них. Выводы: 1. Диагностика и лечение ВТЭО должно быть основано на системном подходе, с выделением генетических групп риска и с использованием принципов фармакогеномики. 2. Установлена высокая эффективность и геморрагическая безопасность перорального антикоагулянта ривароксабана при лечении ТГВ и длительной профилактики ВТЭО в том числе у особых групп пациентов. Рекомендовано: при диагностированном идиопатическом ТГВ для определения длительности проведения антикоагулянтной терапии основываться на результатах УЗАС (локализации и характере и тромбоза) и молекулярно генетического исследования.

1776. РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Багателия З.А.1,2, Греков Д.Н.1,2,
Долидзе Д.Д.1, Эминов М.З.1,2, Якомаскин В.Н.2*

Москва

- 1) Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения РФ
- 2) ГБУЗ "Городская клиническая больница им. С.П. Боткина"

Цель: Улучшить результаты спленэктомии путем применения лапароскопических технологий.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты хирургического лечения у 97 больных с различными заболеваниями системы крови, находившихся в отделениях гематологии ГКБ им С.П. Боткина с 2008 по 2016 год. Из них мужчин было 36(37,1%), а женщин – 61(62,9%). Заболевания сопровождались спленомегалией у 63(64,9%) больных. У 48(49,5%) пациентов имелась идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, у 21(21,6%) – аутоиммунная гемолитическая анемия, у 11(11,3%) – аутоиммунная цитопения, у 17(17,5%) – лимфома селезенки. Из них у 84(86,6%) выполнена лапароскопическая спленэктомия. В 13(13,4%) случаях была выполнена открытая спленэктомия в связи с анатомическими особенностями селезенки и перенесенными операциями в верхнем этаже брюшной полости.

Результаты: Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 350 мл. Конверсия на лапаротомию имело место у 8 больных (9,5%). Причинами конверсии являлись большие размеры селезенки (более 20 см) и интраоперационное кровотечение в объеме более 500 мл вследствие технических сложностей при мобилизации селезенки. Других интраоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность ВЛСЭ составила $125,5 \pm 17,2$ мин. В послеоперационном периоде у 1 (3,7%) больного было отмечено скопление жидкости в левом поддиафрагмальном пространстве в объеме 100-150 мл с последующим инфицированием. Выполнено чрекожное дренирование жидкостного скопления под контролем ультразвука. На фоне проводимой антибактериальной терапии была отмечена положительная динамика, выздоровление. Летальных исходов не было. Продолжительность послеоперационного периода составила $4,7 \pm 1,4$ койко-дня.

Выводы: Использование при пересечении связок и сосудов ножки аппаратом LigaSure обеспечива-



ет надежный гемостаз. Однако, следует отметить, что такие дополнительные методы гемостаза, как клипирование или перевязка сосудов ворот селезенки эндоскопической петлей при диаметре сосуда более 4-5 мм обеспечивает более надежный и устойчивый гемостаз, что исключает такое грозное осложнение как послеоперационное кровотечение. Таким образом, преимуществами видеолапароскопической спленэктомии перед традиционной являются: малая травматичность вмешательства, которое достигается за счет отсутствия больших разрезов брюшной стенки, выполнения всех этапов операции под постоянным зрительным контролем; низкая частота послеоперационных осложнений; короткий период послеоперационной реабилитации больных.

1777. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИИ

Оноприев А.В., Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО
КубГМУ Минздрава России

Цель работы: профилактика осложнений при выполнении лапароскопической холедохолитотомии.

Материалы и методы В нашей клинике с 2001 года выполнено 23 лапароскопических холедохолитотомии по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. Возраст больных от 46 до 72 лет. Женщин-17, мужчин-6. Трое пациентов ранее перенесли резекцию желудка по Бильрот II, один-чрезбрюшинную гастрэктомию. Важное значение имеет выбор показаний к лапароскопической холедохолитотомии, которыми, по-нашему мнению являются: 1) невозможность или неэффективность эндоскопической папаллотомии и других транспапиллярных вмешательств; 2) ситуации, когда выполнить холедохоскопию и литоэкстракцию лапароскопически через пузырный проток не представляется возможным. Не считали противопоказанием к лапароскопической холедохолитотомии предшествующие операции на брюшной полости, инфильтрат в области гепатодуоденальной связки, фиксированные и множественные конкременты в желчных протоках. В 3-х случаях потребовался переход к лапаротомному доступу (фиксированные в терминальном отделе конкременты). Тем не менее, во всех подобных случаях, начинаем операцию с по-

пытки лапароскопической холедохолитотомии и холедохолитоэкстракции. При лапароскопической методике операции используем поперечный разрез холедоха, который более удобен при проведении фиброхоледохоскопии и ушивании холедохолитотомного разреза. В качестве альтернативы традиционному дренажу Кера (необходимость длительного стояния, трудности при его извлечении, возможность возникновения в дальнейшем деформаций и даже стриктур холедоха) мы применяем разработанный в клинике двойной дренаж с фиксирующим замком (патент на изобретение №2273496). Преимуществом такой дренажной системы являются- высокая надёжность работы системы (в случае протекания желчи рядом с внутренней трубкой она оттекает через наружную), значительное сокращение времени дренирования (в 2-3 раза), удобная фиксация – прочное и надёжное удержание системы в месте установки монолитной нитью, параллельно с возможностью лёгкого извлечения в любое время.

Результаты. В группе больных (20 человек), у которых лапароскопическая холедохолитотомия выполнена с соблюдением изложенных выше принципов осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. Средний койко-день составил 9 суток.

Выводы. Таким образом, соблюдение строгих показаний к выполнению лапароскопической холедохолитотомии является залогом профилактики послеоперационных осложнений

1778. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ВАРИАНТА ТРАНСМУРАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДРЕНИРОВАНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Косачев И.Д.,
Шершень Д.П., Бояринов Д.Ю., Алентьев С.А.,
Елисеев А.В.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

За последнее десятилетие отмечается неуклонный рост количества больных острым и хроническим панкреатитом более чем в 2 раза. Формирование кист поджелудочной железы (ПЖ) осложняет течение панкреатита от 11 до 46%. Несмотря на широкий арсенал как дренирующих, так и резекционных методик лечения, количество рецидивов кист ПЖ достигает 35% и обусловлено отсутствием обоснованных рекомендаций по выбору методов лечения. Целью исследования явилось улучшение



ние результатов лечения больных с кистами ПЖ за счет дифференцированного подхода к выбору варианта эндоскопического дренирования. За последние 5 лет в клинике общей хирургии ВМедА проходили лечение 56 больных с кистами ПЖ. Трансмуральное эндоскопическое дренирование кист с использованием ЭУС было выбрано вариантом лечения у 38 (67,8%) больных. Показаниями для трансмурального дренирования являлись наличие акустического окна, сформированные стенки и близкое прилегание кисты к желудку или 12 перстной кишке. По локализации кисты располагались в области головки поджелудочной железы у 7 (18,4%) пациентов, тела -11(28,9%), хвоста -15 (39,4%). В 5 (13,1%) наблюдениях кисты были более 10 см и занимали более двух областей. Постнекротические кисты в исходе деструктивного панкреатита диагностированы у 18 (47,4%) пациентов (первая группа) и характеризовались крупными размерами, толстыми стенками, наличием крупных секвестров, неоднородным содержанием. В 20 (52,6%) наблюдениях (вторая группа) выявлены кисты на фоне хронического панкреатита и панкреатической гипертензии с однородным анэхогенным содержанием. Нагноение кист, потребовавшее дренирования в неотложном порядке, установлено в 6 случаях. Трансгастральное дренирование выполнено у 31 пациента, трансдуоденальное – у 7. Пациентам 1 группы в 16 случаях установлены саморасправляющиеся билиарные стенты диаметром 1 см, в 7 случаях дополненные установкой цистоназального дренажа через просвет стента, а в 3 случаях - через дополнительный доступ. Промывание кист через установленные цистоназальные дренажи требовалось в среднем в течение 7 суток. Они удалялись после очищения полости кисты, что подтверждалось данными УЗИ, КТ и фистулографии. При динамическом наблюдении за пациентами выявлено, что постоянные стенты функционировали в течение первого года с последующим частичным разрушением их покрытия. Стенты были удалены у 4 пациентов в сроки от 12 до 18 месяцев после их установки. В 2 случаях установлены временные стенты диаметром 8,5 Fr., которые оказались неэффективны и потребовали замены на постоянные стенты в раннем послеоперационном периоде. Рецидив кисты возник у 1 пациента, потребовавшим повторного дренирования. Во второй группе (n=20) трансмуральное эндоскопическое дренирование отличалось установкой одного или нескольких временных стентов или цистоназальным дренированием с последующим обрезанием дренажа в просвете желудка эндоскопически. В 7 случаях трансмуральное дренирование было дополнено транспапиллярным стентированием для устранения панкреатической гипертензии. Длительность нахождения времен-

ного цистогастрального или цистодуоденального стента составляла не менее 6 месяцев. Максимальный срок наблюдения составил 37 месяцев. В 1 случае после раннего удаления стента (через 4 месяца) возник рецидив кисты, что потребовало повторного ее дренирования. Таким образом, дифференцированный подход к выбору варианта дренирования кист ПЖ позволяет добиться устранения кист и снизить риск их рецидива до 5,2%. Приведенные данные свидетельствуют о целесообразности трансмурального дренирования постнекротических кист постоянными саморасправляющимися стентами. В остальных случаях достаточным оказалось дренирование кист временными стентами.

1779. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

*Кириленко Ю.Г., Дурлештер В.М., Суюхов Р.Ш.,
Козин Д.А.*

Краснодар

ГБУЗ ККБ 2

Актуальность: Ахалазия является наиболее распространенным прогрессирующим нервно-мышечным заболеванием пищевода и составляет 3,1-20% всех заболеваний этого органа. Частота данной патологии колеблется от 0,5 до 2 случаев заболевания на 100000 населения. Представлен шестилетний опыт лечения пациентов с ахалазией пищевода в ККБ№2 г.Краснодар. Цель настоящей работы – оценка ближайших и отдаленных результатов лечения пациентов с ахалазией пищевода. Материалы и методы. За период с 2010г. по 2016г включительно в условиях ККБ №2 было прооперировано эндовидеохирургически 52 пациента с ахалазией пищевода. Анамнез заболевания составлял от 1 года до 20 лет. Всем пациентам в предоперационном периоде проводились общеклинические методы исследования, УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС, полипозиционное рентгенконтрастное исследование пищевода, желудка и ДПК. После проведенной предоперационной подготовки пациентам была выполнена лапароскопическая кардиомиотомия с расширяющей эзофагофундопластикой. Все пациенты были выписаны на 3-5 сутки. Летальных исходов не было. Для определения эффективности лечения всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась контрольная рентгеноскопия пищевода. У одного пациента в раннем послеопераци-



онном периоде выявлена перфорация желудка в результате термического повреждения ультразвуковым скальпелем, недиагностированным во время операции, дефект ушит лапароскопически. Клиническую оценку симптомов и инструментальные исследования (ФЭГДС, рентгенконтрастное исследование пищевода, желудка и ДПК) проводили через 1, 6, 12, 24 месяцев после хирургического лечения. В послеоперационном периоде спустя 1 месяц у трех пациентов (6%) сохранялась дисфагия, при этом у одного пациента диагностирована неадекватная миотомия, выполнена реконструктивная операция открытым способом, у 2 (4%) больных была купирована проведением эндоскопического бужирования пищевода. Отличные и хорошие результаты хирургического лечения были достигнуты у 98% пациентов. Таким образом, применение комплексного морфофункционального исследования пищевода и кардии и оригинальных эндовидеохирургических технологий по созданию арефлюксной кардии в лечении ахалазии пищевода позволило значительно улучшить функциональные результаты хирургического лечения, снизить травматичность оперативного пособия, снизить сроки пребывания в стационаре, добиться отсутствия летальных исходов, повысить качество жизни оперированных больных при низком уровне возникновения послеоперационных осложнений.

1780. ВЫБОР МЕТОДА ОБЛИТЕРАЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ

Жестков К.Г., Поддубный В.В., Багателия З.А., Хадиков К.О.

Москва

Городская клиническая больница им.С.П.Боткина

Введение. Распространенность спонтанного пневмоторакса достигает 5 случаев на 100000 человек. По данным литературы не существует однозначного мнения по поводу тактики при первом эпизоде спонтанного пневмоторакса. Вместе с тем вероятность рецидива после лечения только дренированием плевральной полости составляет 36-40% и 2-7% после проведения ВТС (видеоторакоскопии) в сочетании с плевродезом. Проблема выбора метода облитерации плевральной полости остается актуальной.

Целью данного исследования является сравнение послеоперационного периода после субтотальной плеврэктомии, плевродеструкции и плеврораз-

Материалы и методы. За 2016 год в торакальном отделении ГКБ им.С.П.Боткина выполнено 170 торакоскопических операций по поводу буллезной эмфиземы легких. Среди пациентов 141 (82,9%) мужчин и 29 (17,1%) женщин. Возраст пациентов варьировал 18 до 45 лет. Наибольшее число больных отмечено в возрастной группе 20-29 лет. Правосторонняя локализация пневмоторакса у 110 (64,7%) пациентов, левосторонняя – у 60 (35,3%) пациентов. Преобладали пациенты с первым эпизодом пневмоторакса – 99 (58,2%), с рецидивом – 71 (41,8%) больных. В предоперационном периоде всем пациентам выполнена компьютерная томография органов грудной клетки. КТ-картина, пациентов включенных в исследование, была представлена буллезной эмфиземой, локализованной в S1 и S2 сегментах легких. Техника операции включала резекцию буллезно-трансформированных участков легкого и выполнения плеврэктомии или облитерации плевральной полости. Все пациенты разделены на 2 группы в зависимости от метода плевродеза: плеврэктомия (n=86, 50,6%) и плевроразрез (n=84, 49,4%). Сравнивали выраженность болевого синдрома, температурную реакцию, длительность экссудации и стояния дренажей. Результаты исследования. Всем пациентам с первых суток после операции и на протяжении 5 дней после операции назначались ненаркотические анальгетики. В течение всего послеоперационного периода пациентам проводилась оценка боли с помощью визуальной-аналоговой шкалы, в которой боль имеет значение от 1 до 100 и ее интенсивность оценивается больным самостоятельно, каждые 3 часа. Интенсивность болевого синдрома в первые сутки составила в среднем 73,5; на вторые – 45,2; на третьи – 31,5; на четвертые – 28,4, на пятые – 22,1 и была обусловлена возбуждением болевых рецепторов кожи непосредственно в области прохождения дренажей через грудную стенку. Средняя длительность нахождения дренажей после плеврэктомии и плевроразреза составила: 4,2 и 3,4 суток соответственно. У всех групп пациентов аэростаз достигнут интраоперационно и в первые сутки после операции. Среднесуточный объем экссудации по дренажам составил: в группе плеврэктомии – 195 мл и плевроразреза – 255 мл. Длительность температурной реакции (гипертермия выше 37,00С) в группе плеврэктомии составила 3,5, в группе плевроразреза – 3,7 суток.

Выводы: 1) Существенных различий в выраженности болевого синдрома в зависимости от применяемого метода облитерации не обнаружено. У большинства пациентов наблюдалось значительное снижение интенсивности боли на 3 сутки. 2) Различия в объеме экссудации и длительности температурной реакции у пациентов после



плеврэктомии и плевробрязии незначительные, что позволяет рассматривать их как равноценные, взаимозаменяемые способы плевродеза. 3) Субтотальная костальная плеврэктомия и плевробрязия являются наиболее предпочтительными методами облитерации у пациентов группы риска по развитию спонтанного пневмоторакса.

1781. ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМЫ ЧЕЛОВЕКА В ЛЕЧЕНИИ РАН, ВЫЗВАННЫХ ТЕРМИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ

Абраменко Я.А., Мышкин И.А., Рейнюк В.Л.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М.Кирова» МО РФ

Существует множество современных методов и способов лечения ожоговых ран. Широкое распространение в лечении термических ожогов II-IIIА степени получили препараты: левомеколь, левосин, гель солкосерил, диоксидиновая мазь. Перспективным направлением в лечении ожоговых ран покровных тканей является применение факторов роста, содержащихся в обогащенной тромбоцитами аутоплазме человека (БоТП). Обогащенная тромбоцитами аутоплазма – это плазма крови, с концентрацией тромбоцитов в 3-3,5 раза больше по сравнению с исходной кровью, полученная дифференциальным центрифугированием аутологической цельной крови. Факторы роста, находящиеся в α -гранулах тромбоцитов, способствуют процессам регенерации – хемотаксису, пролиферации, дифференцировке клеток и ангиогенезу, что позволяет ускорить заживление ран в 2-3 раза. По данным результатов клинико-экспериментального исследования, проведенного В.Н. Оболенским (2013), доказана высокая эффективность БоТП в комплексном лечении трофических язв голени. Результаты данного исследования позволили нам предположить, что применение БоТП в комплексном лечении ран, вызванных термическим поражением, сможет так же обеспечить широкий спектр местных и системных лечебных эффектов, следовательно, позволит значительно сократить сроки лечения. Таким образом, целью нашего исследования являлась экспериментальная оценка эффективности применения БоТП, в лечении ран, вызванных термическим поражением. Материалы и методы исследования: Экспериментальные исследования выполнены на 18 белых беспородных крысах-самцах, массой 180-220 г. Крысы были разделены на 3 группы (n=6).

Термический ожог моделировали всем группам животных по методике, предложенной А.Л. Адмакиным (2013). Группа 1 - «Контроль» не получала лечение. В группе 2 - «Солкосерил» применяли гель Солкосерил, путем его нанесения на пораженный участок кожного покрова 2 раза в день до полного заживления раны. В группе 3 - «БоТП» применяли БоТП, посредством однократных паравульнарных инъекций, через сутки до полного заживления раны. Лечение 2 и 3 группы начинали с первых суток после воздействия. БоТП получали из цельной венозной крови человека по методике А.И. Улыбина (2011). Для оценки состояния ран использовали клинические и морфологические методы исследования. Клинический метод исследования заключался в наблюдении наличия или отсутствия струпа, границ раны, динамики эпителизации дефекта кожи. Морфологический метод исследования заключался во взятии биопсийного материала из края раневого дефекта с захватом его дна на 3-е и 7-е сутки после начала лечения. Результаты исследования: На первые сутки после травмы у всех животных 1, 2 и 3 групп образовалось ожоговое поражение III степени. В группе животных, получающих лечение БоТП, в интервале от 13-х до 15-х суток отмечали начало отхождения ожогового струпа, а полное заживление ожоговой раны - на 18 сутки. В группе «Солкосерил» начало отхождения ожогового струпа констатировали к 19 суткам, а полное заживление ожоговых ран - к 25 суткам эксперимента. В группе «Контроль» отторжение ожогового струпа наблюдали к 21 суткам, а полная эпителизация дефекта покровных тканей животных к 29 - 31 суткам эксперимента. По результатам гистологического исследования биоптатов группы животных, получавших лечение БоТП, наблюдалась активация биологического очищения раны, а также, ускорение образования соединительной ткани. В то же время, в группе животных «Солкосерил», а также в контрольных группах животных, наблюдались явления замедленной регенераторной активности. Выводы по результатам исследования: В ходе экспериментального исследования установлено, что БоТП обладает лучшей способностью к заживлению ран покровных тканей лабораторных животных, вызванных термическим фактором, так как позволяет ускорить заживление ран в 2 раза, по сравнению с рассмотренным традиционным препаратом «Солкосерил». Данные результатов клинического и морфологического методов исследования подтверждают выраженный положительный ранозаживляющий эффект БоТП.



1782. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Арутюнян О.А., Житихин Е.В., Игнатович И.Г., Спиридонов Д.А., Бусаргин В.И.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им С.М. Кирова

Актуальность. В структуре онкологических заболеваний рак толстой кишки занимает 2-3 место. При этом 15-30 % случаев диагностируются метастазы в печень. Ряд авторов считают, что при раке толстой кишки с метастазами в печень формирование первичного анастомоза нецелесообразно.

Цель исследования. На основании комплексного изучения функционального состояния печени определить показания к формированию первичного анастомоза при раке толстой кишки с синхронными метастазами в печень.

Материалы методы. Проанализированы результаты лечения 23 пациентов колоректальным раком с метастазами в печени, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ВМедА им. С.М. Кирова с 2014 по 2016 гг. В анализируемую группу вошли пациенты, средний возраст которых составил $54,5 \pm 18,5$. Всем пациентам для определения объема поражения печени выполняли компьютерную волюметрию. Распределение пациентов на группы проводили по объему поражения печени. В первую группу вошли пациенты с объемом поражения печени до 25 % ($n=7$). Во вторую группу вошли пациенты объемом поражения от 25 до 50% ($n=8$). Пациенты с объемом поражения более 50 % вошли третью группу ($n=8$). Функциональное состояние печени оценивали по результатам теста с индоцианином зеленый, по данным биохимического анализа крови (АлТ, АсТ, ГГТП, ЩФ, альбумин, фибриноген и протромбин). В зависимости локализацию первичной опухоли выполнялись следующие лапароскопически ассистированные оперативные вмешательства: правосторонняя гемиколонэктомия ($n=15$), левосторонняя гемиколонэктомия ($n=9$), резекция сигмовидной кишки с формированием анастомоза ($n=19$), обструктивная резекция сигмовидной кишки ($n=8$), передняя аппаратная резекция прямой кишки ($n=3$). Результаты исследования. С увеличением объема поражения печени отмечалось повышение показателей, характеризующих выраженность цитолитического и холестатического синдромов. Так, при объеме метастатического поражения более 50 % наблюдалось повышение уровня данных фермен-

тов выше нормальных значений у подавляющего большинства больных. Выявлены достоверные статистические различия значений цитолитического и холестатического синдромов между первой и третьей группами больных ($p<0,05$). Несостоятельность десцендоректоанастомоза выявлена у 3 пациентов с объемом поражения печени более 50%, сопровождающееся гепатодепрессией (снижение элиминации индоцианина зеленого, повышение АлТ, АсТ, ЩФ и ГГТП). Средняя продолжительность койко-дней составила 9 ± 4 суток. Выводы. При объеме поражения печени до 50 % по данным компьютерной волюметрии показано выполнении операции на первичной опухоли без применения специальных методик оценки степени гепатодепрессии. С прогрессированием объема метастатического поражения печени (при объеме поражения более 50 %) наблюдается достоверное увеличение ряда биохимических параметров (АлТ, АсТ, ГГТП, ЩФ) сопровождающееся нарушением глобальной функции печени (снижение элиминации ИЦЗ). При объеме поражения печеночной паренхимы более 50 % с целью оценки функционального состояния печени и выбора объема операции на первичной опухоли показано исследование элиминации индоцианина зеленого. При объеме поражения печеночно паренхимы более 50% сопровождается снижением элиминации индоцианина зеленого рекомендовано выполнение обструктивной резекции толстой кишки.

1783. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ

Дробязгин Е.А.1,2, Щербина К.И.2, Чикинев Ю.В.1,2

Новосибирск

1- Новосибирский Государственный медицинский университет

2- ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Актуальность: буллезная эмфизема легких занимает лидирующее место в группе пациентов со спонтанным пневмотораксом, что является показаниями к хирургическому лечению данной группы пациентов. Учитывая постоянное совершенствование технологий в медицине, принято считать, что основной метод лечения рецидивирующих пневмотораксов при буллезной эмфиземе, является резекция участка пораженного легкого и



плеврэктомия с целью предупреждения дальнейших рецидивов пневмоторакса. Выбор доступа при данном виде вмешательств остается за хирургом, но на сегодняшний день оптимальным методом считается торакоскопия.

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов после торакоскопических и «открытых» вмешательств при буллезной эмфиземе легких в различные сроки. Материалы и методы. За период с 2013 по 2015 год в отделении торакальной хирургии оперировано 50 пациентов с буллезной эмфиземой легких (мужчин - 45, женщин - 5) в возрасте от 16 до 55 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – группа сравнения (вмешательство выполнено «открытым» способом с резекцией или деструкцией булл и плеврэктомия (20 пациентов); 2 – основная группа (выполнена торакоскопия, резекция или деструкция булл, плеврэктомия) (30 пациентов). Пациенты обследованы в течение 1 года после вмешательства и выполнено анкетирование с помощью опросника SF – 36 в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Через 1 месяц после оперативного вмешательства показатели физического и психологического компонентов здоровья в группе 2 были значимо выше (на 8,4 балла физический компонент ($p \leq 0,01$), психологический компонент на 1 балл ($p \leq 0,05$)). Через 3 месяца после оперативного вмешательства показатели физического и психологического компонентов здоровья в группе 2 были выше, чем у пациентов группы 1 (на 8,09 балла физический компонент ($p \leq 0,01$), психологический компонент на 2,17 балла ($p \leq 0,01$)). Через полгода после оперативного вмешательства показатель физического компонента здоровья в группе 2 был выше, чем у пациентов группы 1 (на 2,1 балла ($p \leq 0,01$)). Через 12 месяцев после оперативного вмешательства показатели физического и психологического компонентов здоровья в группе 2 были выше, чем у пациентов группы 1 (на 2,7 балла физический компонент ($p \leq 0,05$), психологический компонент на 1,77 балла ($p \leq 0,01$)).

Выводы. Таким образом, с точки зрения оценки уровня качества жизни, лучшие результаты отмечены у пациентов, оперированных с использованием малоинвазивных технологий. Для пациентов, оперированных «открытым» способом, требуется длительный период реабилитации (более 1 года).

1784. ОДНОПОРТОВЫЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ПРОГРАММИРОВАННЫЕ САНАЦИИ И МИНИТОРАКОСТОМИЯ С ВАКУУМ-ТЕРАПИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Жестков К.Г., Поддубный В.В., Багателия З.А.

Москва

Городская клиническая больница им.С.П.Боткина

Введение. В последние десятилетия отмечается рост числа больных с гнойными деструктивными процессами в легких, течение которых нередко осложняется плевритом с последующим развитием эмпиемы плевры. Лечение больных с эмпиемой плевры представляет собой сложную проблему, связанную с длительностью лечения пациентов, хронизацией процесса, инвалидизации больных и высокими показателями летальности. Тенденцией современной хирургии является максимально возможное уменьшение операционно-анестезиологической травмы. В последние годы отмечается повышение интереса к оперативным вмешательствам из единого доступа. К основным видам хирургических вмешательств относятся дренирование, торакоскопические санации, вскрытие плевральной полости с формированием торакостомы и местным лечением. Большинство авторов считают показанием к торакоскопической санации неэффективное дренирование с сохранением резидуальных жидкостных скоплений за счет множественных осумкований, большого количества фибрина, плотных наложений на легком с невозможностью расправления легкого. В большинстве случаев используем стандартное расположение портов: 1-й оптический порт в 5-6 межреберье по средней подмышечной линии, из которого тупым путем создаем доступ к переднему и заднему синусам, где устанавливаем инструментальные порты. После создания монополости и санации устанавливаем двухпросветные дренажи из синусов к куполу, которые подключаем к аспирационно-промывной системе.

Материалы и методы. В 2016 году в торакальном отделении ГКБ им.С.П.Боткина пролечено 31 больных с эмпиемой плевры. Из них 27 больным потребовалось проведение хирургической операции. Всем пациентам при поступлении выполнялись пункции с последующим дренированием плевральной полости. Антибактериальная терапия до получения результатов посева назначается эмпирически. При сохранении объема в плевральной полости после дренирования по данным КТ органов грудной клетки, обзорной рентгенографии и УЗИ, выполнялось оперативное лечение.



Результаты исследования. Из 31 больного у 6 лечение проводилось при помощи дренирования с фракционным или проточно-промывным ведением плевральной полости. У 13 пациентов выполнена однократная торакоскопическая санация, 9 - этапные программированные санации (в среднем, по 3-4), и 9 пациентам выполнялась однопортовые санации полости эмпиемы с наложением вакуумной повязки. У 4 пациентов с деструкцией легочной ткани и наличием бронхоплеврального свища потребовалось выполнение временной эндоскопической окклюзии бронхов. Средний возраст пациентов был 58,6 лет (от 23 до 75 лет). Мужчин было 24, женщин 7. В большинстве случаев (71%) достаточно было однократной санации полости эмпиемы. При сохранении объема в плевральной полости по данным контрольной рентгенографии и УЗИ, в совокупности с интраоперационной оценкой изменений плевры, ставим показания к программируемым санациям плевральной полости. Интраоперационных осложнений не было. Летальность составила 3,2%. Средний койко-день составил 25 (от 12 до 42), трое пациентов были выписаны для амбулаторных перевязок по поводу нагноения по ходу дренажного канала. Трём пациентам с ригидным легким и невозможностью расправления легкого проводили лечение при помощи вакуум-терапии. У двух пациентов такая методика была применена в связи с острой эмпиемой плевры, сепсисом, тяжелой полиорганной недостаточностью. Применение данной методики позволило остановить острый воспалительный процесс в полости эмпиемы, ограничить образование "новых" фибринозных наложений на стенках полости, тем самым отсрочить необходимость выполнения повторных вмешательств и дать возможность стабилизировать состояние пациентов. Выводы: 1. Торакоскопические санации при эмпиеме плевры позволяют в большинстве случаев излечить острую эмпиему плевры, избежать ее перехода в хроническую, сократить длительность пребывания пациентов в стационаре и могут являться операциями выбора у пациентов с острой эмпиемой плевры. 2. Применение программированных видеоторакоскопических санаций плевральной полости ускоряет лечение пациентов с фибринозно-гнойной стадией эмпиемы, дает возможность максимально расправить легочную ткань. Оптимальными считаем сроки 2-4 суток. 3. Применение однопортовых вмешательств при эмпиеме плевры позволяет выполнить весь необходимый спектр интраплеврального вмешательства и характеризуется лучшим косметическим эффектом и возможностью в последующем при необходимости применить вакуумную терапию. 4. Применение вакуум-терапии в лечении эмпиемы плевры, несмотря на небольшой мировой опыт и

отсутствия четких показаний и противопоказаний, является перспективным направлением. 5. Современные тенденции в минимизации операционной травмы затрагивают не только хирургические приемы, но и анестезиологическое пособие, агрессивность которого в ряде случаев превышает хирургическую травму.

1785. ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ЛИЦА НА СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Бутрин Я.Л., Чмырёв И.В.

Санкт-Петербург

ВМедА им. С.М.Кирова

Актуальность. Ожоги лица составляют 18-20% от всех локализаций. В последнее время отмечается постоянный рост количества больных с ожогами лица. Ограниченные глубокие ожоги лица составляют от 2 до 6,3% в общей структуре ожогового травматизма. До недавнего времени лечение глубоких ожогов лица было возможно только с использованием консервативной тактики. Это было обусловлено в первую очередь тем, что иссечение погибших тканей скальпелем сопровождалось значительной кровопотерей, достигающей до 1 литра в условиях массивного кровоснабжения тканей данной анатомической области и трудно-выполнимым гемостазом. В настоящее время с появлением электроножей, ультразвуковых диссекторов возможности хирургов расширились. Использование современного оборудования позволило более чем в 3 раза сократить кровопотерю. Данная методика увеличила хирургическую активность у таких пострадавших, в том числе возможности для более раннего иссечения струпа.

Цель: Определить влияние тактики лечения пострадавших с изолированными глубокими ожогами лица на сроки госпитализации.

Материалы и методы. В клинике термических поражений Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 2004 по 2016 гг. проведено лечение 13 пострадавших с глубокими изолированными ожогами лица (IIIБ-IV ст). Возраст от 24 до 86 лет. Пациентов распределили на 2 группы. 1 группу (6 человек) составили больные которым была выполнена ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. Вторую группу (7 человек) составили пациенты которым проводилось консервативное лечение с последующей аутодермопластикой на гранулирующие раны. В первой группе средней срок госпитализации составил 21+(-)2,6 дня. Во второй - 44+(-) 3,4 дня.



Заключение: У пациентов 1 группы по сравнению со 2 группой срок лечения снизился более чем в два раза. Вывод. Активная хирургическая тактика в отношении пострадавших с изолированными глубокими ожогами лица в условиях специализированного стационара позволяет значительно уменьшить сроки госпитализации больных.

1786. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

*Шин И.П., Павленко В.В., Костюкова Н.В.,
Зашихина Д.С.*

Кемерово

ГАУЗ КО «Областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Актуальность. Постоянно растущее число стомированных больных требует значительных медико-социальных мер по их реабилитации. В связи с этим, выполнение восстановительных операций приобретает высокую значимость для социально-трудовой реабилитации и улучшения качества жизни стомированных больных.

Цель. Изучить непосредственные результаты восстановительных операций по ликвидации стом. Материалы и методы. За период 2012 - 2016гг. в условиях областного колопроктологического центра ГАУЗ «Областного клинического госпиталя ветеранов войн» закрытие стом различной локализации было выполнено 86 больным. Мужчин оперировано 47 (54,7%), женщин - 39 (45,3%) в возрасте от 21 до 81 года (средний возраст - 51,4 года). Одноствольная колостома была у 62 (72,1%), двухствольная – у 15 (17,4%), илеостома – у 7 (8,2%), сочетание илео- и колостомы – у 2 (2,3%) больных. Причиной стомирования были: осложненная дивертикулярная болезнь - 27 (31,4%) больных, новообразования толстой кишки и органов малого таза с признаками острой толстокишечной непроходимости – 22 (25,6%), превентивные стомы – 10 (11,6%), заворот толстой кишки – 8 (9,3%), травмы толстой кишки - 5 (5,8%), мезентериальный тромбоз - 5 (5,8%), ВЗК - 2 (2,3%); прочие заболевания – 7 (8,1%). Всем больным в обязательном порядке проводилось эндоскопическое и рентгенологическое исследование тонкой и толстой кишки для определения объема хирургического вмешательства. При явлениях диверсионного колита проводилась подготовка отключенной кишки клизмами с отваром цветов ромашки и препаратами лактулозы. Параколостомические грыжи выявлены у 5

(5,8%), лигатурные свищи – у 3 (3,5%), послеоперационные грыжи – у 3 (3,5%) больных. Результаты. Больным с одноствольной (64) и с двухствольной стомой (7) – 71 (82,6%) выполнена лапаротомия с ликвидацией стомы и формированием анастомоза. Малотравматичный внутрибрюшной парастомический доступ использован у 15 (17,4%) больных с двухствольной стомой. Сроки выполнения восстановительных операций зависели от заболевания, приведшего к колостомии. Так у больных с онкологическими заболеваниями, после перенесенного перитонита с многократными санационными релапаротомиями, с выраженным воспалительным процессом в брюшной полости восстановительные операции проводились через 6-24 мес. – 44 (51,2%) больных. При отсутствии гнойного перитонита, при превентивных стомах выполняли восстановление через 2-5 мес. – 26 (30,2%). При выборе способа формирования межкишечного анастомоза ориентировались на длину культы выключенного отдела кишки. При длине культы менее 15-18 см после мобилизации прямой кишки отдавали предпочтение степлерному циркулярному анастомозу - 39 (45,4%) больных. В остальных случаях выполняли ручной двухрядный анастомоз - 24 (27,9%), ручной однорядный анастомоз - 23 (26,7%) больных. При формировании однорядного анастомоза применяли непрерывный шов с захватом серозно-мышечного слоя стенки кишки с использованием монофиламентной атравматической нити. Обязательным условием была адекватная мобилизация анастомозируемых участков кишки, отсутствие даже минимального натяжения краёв. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (7,0%) больных: несостоятельность двухрядного анастомоза при закрытии двухствольной колостомы – 1 (1,2%); ранняя спаечная кишечная непроходимость - 2 (2,3%); эвентрация - 1 (1,2%); нагноение колостомической раны – 2 (2,3%). Послеоперационная летальность - 1 (1,2%) больной, смерть наступила от массивной ТЭЛА, несмотря на гепаринопрофилактику.

Выводы. 1. Операции по восстановлению непрерывности кишечника являются важной составной частью медико-социальной реабилитации стомированных больных. 2. Сроки выполнения восстановительных операций зависят от купирования осложнений основного заболевания. Необходимо стремиться к раннему устранению стомы – 2-5 мес. 3. К выбору способа формирования анастомоза необходимо подходить индивидуально, в зависимости от анатомического взаимоотношения участков кишки, длины культы, отдавая предпочтение механическому и однорядному непрерывному атравматическому шву.



1787. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ONSTEP» ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ С ЧАСТИЧНО ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ, ЧАСТИЧНО ИНТРАМУСКУЛЯРНОЙ УСТАНОВКОЙ ИМПЛАНТАТА

Тычинская К.С., Баланюк В.В., Волянюк Ю.Ю., Мытников А.Д., Игнатов М.И., Ростовцев А.Н.

Москва

ФГКУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ

В госпитале, в условиях отделения неотложной хирургии, за 2016 год выполнено 24 операции по методике «onstep» при паховых грыжах, из них – 8 – при прямых и 16 – при косых. Указываем идеальные для пациента свойства пластики: минимальный уровень рецидивов, минимальный уровень осложнений, минимальное ощущение имплантата как инородного тела после операции, синдром хронической боли в послеоперационном периоде встречается крайне редко, быстрое возвращение пациента к повседневной жизни. Идеальные для операторов свойства пластики: короткое время операции, повторяемый удачный результат, короткий курс обучения, низкая себестоимость методики. По данным литературы хронической болью страдает от 15 до 40% пациентов, перенесших грыжесечение по Лихтенштейну. Лапароскопические и открытые предбрюшинные методики уменьшают возникновение хронической боли, но они более сложные в освоении и продолжительнее по времени. Открытый доступ при методике «onstep» в преперитонеальное пространство позволяет хорошо визуализировать и эффективно закрыть действующие и потенциальные грыжевые ворота. Разрез расположен в районе, который избегает крупных нервных структур, чтобы свести к минимуму риск развития хронической боли. Данный метод подходит для широких слоев населения, не несет никаких дополнительных рисков по сравнению с другими подходами и считается целесообразным для пациентов высокого риска, так как требуется минимальное препарирование тканей и продолжительность оперативного вмешательства меньше, чем некоторые другие виды операций. При выборе пациентов мы исключали пациентов с гнойно-воспалительными процессами в зоне имплантации сетки, с крайне выраженном ожирением, аллергией на имплантаты и пациентов, с ранее проведенными хирургическими вмешательствами в области предбрюшинного пространства. Расположение разреза важно для: оптимизации визуализации, попадания в правильный слой тканей, предотвращения повреждения передней ветви n.iliohypogastric, предотвращения

повреждения бедренной ветви n.genitofemoral. Послеоперационных осложнений не было. Ниже приведены основные характеристики: Время операции- 12-40 минут; сроки активизации больного- 3-24 часа; время возвращения к обычной активности- 2-10 дней; среднее время восстановления обычной активности- 6,3 +/- 3 дня Выводы: методика «ONSTEP» сочетает в себе все преимущества предбрюшинного расположения сетки и не имеет связанных с этим недостатков; методика позволяет максимально избежать повреждения нервных структур и связанного с ней синдрома хронической послеоперационной боли; может быть рекомендована большинству пациентов с паховыми грыжами.

1788. ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Гайнулин Ш.М., Кривонос Н.В., Баранов Г.А., Кошелев И.А.

Москва

Кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии МГМСУ
им. А.И. Евдокимова

Цель: применение в клинической практике онкологического отделения методов реконструктивно-пластической хирургии с использованием различных вариантов лоскутов для замещения обширных и анатомически проблемных дефектов тканей.

Материалы и методы: в отделении опухолей головы и шеи ГКБ №5 г.Москвы ежегодно выполняется около 850 операций по поводу базально-клеточного рака кожи, плоскоклеточного рака кожи и меланомы различной локализации. Нередко на лечение поступают пациенты с плоскоклеточным раком губы и различных локализаций полости рта. Около 30% пациентов обращаются с рецидивом опухоли после ранее проведенных нехирургических методов лечения. В среднем в отделении выполняется около 250 различных вариантов реконструктивно-пластических операций. Всем пациентам на догоспитальном этапе проводится клиническое обследование, эхографическое, рентгенологическое и цитологическое исследования с целью верификации диагноза, определения стадии заболевания, этапности лечения, с обязательным проведением онкологического консили-



ума. В обязательном порядке учитываются противопоказания, а также предпочтения пациента относительно метода лечения. При определении показаний и согласия пациента на хирургическое лечение проводится предоперационное планирование оптимальной геометрии и проекции отступов для удаления опухоли с учетом ее размеров, локализации и стратификации факторов риска рецидива (рекомендации NCCN). Оцениваются возможные функциональные нарушения, связанные с формированием дефекта и последующим рубцовым процессом в анатомически неблагоприятных областях (периорбитальная, периоральная, назальная и периназальная области), такие как эктропион, лагофтальм, рубцовые деформации носа, стенозы ноздрей и носовых ходов, несмыкание и выворот губ с сопутствующим слюнотечением и нарушением приема пищи. С целью предотвращения вышеперечисленных нарушений и достижения максимального эстетического результата проводится планирование оптимального варианта пластики с предоперационной разметкой размеров и геометрии лоскута, определением точек оптимальной ротации и перемещения тканей, исключающих функциональные нарушения, при планировании учитываются эстетические субъединицы. В зависимости от локализации и размеров дефекта применялись следующие варианты лоскутов: ротированный кожно-жировой лоскут (пластика встречными треугольными и прямоугольными лоскутами по Лимбергу и модификации), островковый кожный лоскут на жировом питающем основании, билобарный кожно-жировой лоскут, полнослойный ротированный лоскут на питающей сосудистой ножке со лба (индийская пластика), аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, полнослойный кожно-слизистый лоскут с щеки (пластика по Брунсу и модификации), кожно-мышечный лоскут на сосудистой ножке с включением большой грудной мышцы и широчайшей мышцы. Всем пациентам в обязательном порядке проводится гистологическое исследование удаленного блока тканей с оценкой краев резекции. Оценивались функциональные и эстетические результаты операции.

Выводы: у всех пациентов кому проводились реконструктивно-пластические операции удалось добиться значительно более быстрого заживления ран, качественного формирования рубца, отсутствия функциональных нарушений в анатомически проблемных областях и осложнений, связанных с рубцовой деформацией. Эстетическим результатом удовлетворены все пациенты. Применение методов реконструктивно-пластической хирургии при хирургическом лечении опухолей головы и шеи позволяет добиться прекрасных эстетических и функциональных результатов без

ущерба радикальности и избавляет пациента от социальной дезадаптации.

1789. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА: ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СТЕПЛЕРНОЙ ЭЗОФАГОДИВЕРТИКУЛОСТОМИИ

*Чуприна А.П., Васюкевич А.Г., Кубышкин С.И.,
Фокин А.В., Баланюк В.В.*

Москва

ГВКГ им.Н.Н.Бурденко Минобороны России

История представлений о лечении глоточно-пищеводного дивертикула изобилует как историческими парадоксами, так и обилием методов хирургического лечения, среди которых есть как забытые, так и физиологически обоснованные. Первооткрыватель, хирург из юго-западной Англии Abraham Ludlow, оставил в истории объективное описание этой патологии еще в 1796, но известный всем эпоним спустя 100 лет достался более удачливому немецкому патологу Friedrich Albert von Zenker. Осмысленная история методов хирургического лечения дивертикула Ценкера относится к середине XXвека, когда благодаря физиологическим исследованиям простое механистическое удаление "мешка" в 1958 году дополнилось миотомией. С появлением современной эндоскопии развиваются эндоскопические методы лечения, а с 90-х годов - т.н. "степлерная" эндоскопическая эзофагодивертикулостомия (ЭДС). Метод не получил широкого распространения в нашей стране, несмотря на 30-летнюю историю. Удачно сочетая малоинвазивность и безопасность ЭДС может претендовать на центральное место в лечении дивертикулов средних размеров - 3-7 см в длину. Мы обладаем опытом эндоскопической ЭДС у семи пациентов с дивертикулом Ценкера, проявлявшегося дисфагией, регургитацией пищи, аспирационными пневмониями. Время операции составило от 20 минут до 1 часа, послеоперационных осложнений не было. Питье пациентам разрешено с 1-х суток. Все пациенты выписаны из стационара на третий день. Сроки наблюдения отдаленных результатов составляют до 14 месяцев. При контрольных обследованиях клинических и рентгенологических симптомов дивертикула не выявлено. Клинический опыт позволяет констатировать безопасность обсуждаемой эндоскопической методики лечения дивертикула Ценкера и рекомендовать ее для применения.



1790. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

*Шугаев А.И., Луговой А.Л., Гребцов Ю.В.,
Ярцева Е.А.*

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Цель: провести анализ однократных и санационных эндовидеохирургических вмешательств при лечении экстренных заболеваний органов брюшной полости, осложненных перитонитом.

Материалы и методы: Основу работы составил анализ лечения 176 пациентов с различными видами перитонита. Мужчин было 97 (55,1 %), женщин – 79 (44,9 %). Средний возраст больных 49,3 ± 18 лет. Нозологическими причинами перитонита являлись: деструктивный аппендицит – 75 наблюдений; деструктивный холецистит – 37; деструктивный панкреатит – 29; перфоративная гастродуоденальная язва – 21; послеоперационный желчный перитонит (выпадение дренажа холедоха, несостоятельность швов холедоха и культи пузырного протока, ходы Люшка) – 14. Во всех случаях оперативное лечение начиналось с выполнения диагностической лапароскопии (в исследование включены пациенты с уровнем внутрибрюшного давления до операции не более 15 мм рт. ст.). Конверсия доступа осуществлена в 35 наблюдениях. Местный перитонит диагностирован у 72 пациентов; распространенные формы перитонита у 104 больных. Релапароскопии осуществлялись у 36 пациентов (20,5%). Результаты и обсуждение: Чаще всего конверсия доступа осуществлялась у пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой – в 10 случаях (47,6%) из 21, а также при деструктивном аппендиците – в 15 (20%) наблюдениях из 75. При других нозологических формах процентное соотношение конверсий следующее: деструктивный холецистит – 18,9%; деструктивный панкреатит – 10,3%; послеоперационный желчный перитонит – 0%. Общими причинами, которые не позволяли произвести эндовидеохирургическое вмешательство, являлись: невозможность устранить источник перитонита малоинвазивным способом; несоответствие клинической картины заболевания интраоперационным находкам; невозможность полноценной санации брюшной полости при лапароскопии; необходимость назогастроинтестинальной интубации. При детальном анализе причинами невозможности проведения эндовидеохирургической операции при каждой из патологий были: - перфоративная гаст-

родуоденальная язва: выраженная воспалительная инфильтрация, несмотря на диаметр перфорационного отверстия менее 10 мм; локализация перфорационного отверстия на задне-верхней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. - деструктивный аппендицит: опасность повреждения кишечника при выделении червеобразного отростка; выраженный тифлит; перфорация отростка у основания. - деструктивный холецистит: невозможность разделения воспалительного инфильтрата; опасность повреждения элементов треугольника Кало в связи с рубцово-воспалительным процессом. - деструктивный панкреатит: выраженное вздутие поперечной ободочной кишки; рубцовый процесс в сальниковой сумке; + затруднения при необходимости удаления желчного пузыря и дренирования холедоха. При местном перитоните конверсия доступа осуществлена в 6 случаях (8,3 %), при распространенном – в 29 (27,9 %). Во всех наблюдениях дополнительных санационных вмешательств не потребовалось. Летальных исходов не было. Повторные эндовидеохирургические операции осуществлялись у 22 (36,7 %) пациентов с деструктивным аппендицитом; у 8 (26,7 %) с деструктивным холециститом; у 5 (19,2 %) с деструктивным панкреатитом. Релапароскопия «по программе» выполнена в 15 случаях, «по требованию» в 20 наблюдениях. Необходимо отметить, что критериями для релапароскопии «по требованию» являлись: качество и количество отделяемого по контрольному дренажу из брюшной полости; недренируемые жидкостные коллекторы в брюшной полости по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии; сохраняющийся парез кишечника; нарастающий лейкоцитоз. Положительный эффект был достигнут однократным санационным вмешательством. Летальность в данной группе пациентов – 0 %. Заключение: Эндовидеохирургические вмешательства, по нашим наблюдениям, являются эффективными в 91,7 % случаев при местных формах перитонита и при 72,1 % распространенных форм (при отсутствии выраженной интраабдоминальной гипертензии и возможности проведения данного вида вмешательства).



1791. РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КРИТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Рубан Д.В.

Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: Оценить эффективность различных методов аортокоронарного шунтирования на работающем сердце у больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом, имеющих степень стеноза ствола левой коронарной артерии более 75 %, в ближайшие и отдалённые сроки.

Методы: В исследование вошли 60 больных (мужчин – 53, женщин – 7), страдавших ИБС стенокардией напряжения, наряду с ПИКС и стенозом ствола ЛКА более 75 %. Средний возраст больных $58,95 \pm 7,96$ лет. Оперативное лечение ИБС проводилось в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань) с 2009 по 2014 г. Динамика показателей эхокардиографии левого желудочка оценивалась на 1 сутки до операции, на 7 сутки и через 1 год после реваскуляризации миокарда. Пациенты разделены на группы исследования и контроля. Группа исследования: 27 пациентов (мужчин – 27, женщин – 0), прооперированных в объёме АКШ на работающем сердце в условиях параллельного искусственного кровообращения. Группа контроля: 33 пациента (мужчин – 26, женщин – 7), которым выполнено АКШ на работающем сердце без использования ИК. Исходные показатели ЭхоКГ ЛЖ до момента оперативного лечения ИБС: КДО в группе исследования – $117,89 \pm 24,60$ мл, в группе контроля – $108,88 \pm 23,48$ мл ($p > 1,63$); КСО в группе исследования – $50,70 \pm 12,44$ мл, в группе контроля – $43,55 \pm 11,24$ мл ($p < 0,05$).

Выводы: Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце у больных с постинфарктным кардиосклерозом и критическим поражением ствола левой коронарной артерии, вне зависимости от использования искусственного кровообращения, способствует уменьшению объёмов левого желудочка сердца и увеличению сократительной функции миокарда с повышением фракции выброса левого желудочка на 2 %.

1792. РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ЭКСПЛАНТАТОВ

Стифуткин А.В., Дмитриченко А.В., Коваль С.П., Лужнов Н.П., Высоцкий В.Ф.

Иркутск

МСЧ АО «Международный Аэропорт Иркутск»

В хирургическом отделении за период с 2003г. по 2016г. было выполнено 1209 операций с применением эксплантата у 1101 пациента. Женщин было 371, мужчин – 740. Возраст больных составлял от 18 до 87 лет. В качестве эксплантата использовались полипропиленовые сетки как отечественного, так и зарубежного производства. Последние 6 лет предпочитаем применять «облегченные» сетки. В качестве выбора метода оперативного вмешательства при лечении паховых грыж использовалась методика ненатяжной герниопластики по I.L.Lichtenstein. Выполнено 458 (37,9%) операций. При косых паховых грыжах грыжевой мешок иссекали. При прямых паховых грыжах грыжевой мешок без вскрытия последнего погружали в брюшную полость. При гигантских пахово-мошоночных грыжах обязательно дренировали полость мошонки. Двухсторонние грыжи оперировали одномоментно. При пупочных грыжах (339 – 28,0% наблюдений), грыжах белой линии (24 – 1,9%), спигелиевой линии (3-0,3%) в большинстве случаев производилось вправление грыжевого мешка. В 27 наблюдениях ввиду большого размера пупочной грыжи грыжевой мешок иссекался. Грыжевые ворота ушивались «край в край» в направлении наименьшего сопротивления. Линия швов укреплялась эксплантатом по методике “onlay”, заступая за линию швов не менее 4 см. Раны, где грыжевые ворота были менее 5 см, не дренировались. При больших грыжах в рану устанавливался дренаж по Редону. Дренаж оставался в ране в течение 1-3 суток. Особое место занимают послеоперационные грыжи, при лечении которых возникает наибольшее количество осложнений. С послеоперационными грыжами оперировано 385 (31,9%) пациентов. Из них с рецидивными было – 30. Среди послеоперационных грыж у 332 оперированных пациентов имелись более чем одни грыжевые ворота (комбинированные грыжи) по ходу операционного рубца, что показывает необходимость закрытия эксплантатом всего послеоперационного рубца, независимо от размеров грыжевого дефекта. Эксплантацию считаем операцией выбора при всех послеоперационных грыжах. При грыжесечении в 234 (60,8%) случаях



использовалась методика ушивания грыжевых ворот край в край с эксплантацией по технологии «onlay», в 126 (32,7%) наблюдениях использовалась методика “sublay”. В 25 (6,5%) случаях применена безнатяжная пластика с замещением грыжевых ворот эксплантатом. Линия швов укреплялась эксплантатом по методике «onlay», заступая за линию швов на 4-5 см. При пластике эксплантатом послеоперационных грыж по методике «onlay» обязательно соблюдаем следующие принципы: 1) фиксация сетки производится в проекции всего послеоперационного рубца; 2) тщательно освобождается апоневроз от жировой клетчатки; 3) сетка должна выступать за линию наложенных на апоневроз швов, не менее чем 4-5 см; 4) отдельные узловы швы, фиксирующие сетку к апоневрозу, накладываются в шахматном порядке через 1-1,5 см; 5) фиксация сетки осуществляется полипропиленовыми нитями. После завершения пластики устанавливали дренажи по Редону с активной аспирацией, которую начинали на операционном столе сразу после этапа зашивания подкожно-жировой клетчатки. По окончании операции, после наложения асептических накладок на раны, интраоперационно накладывали тугую биндаж на всю область оперативного вмешательства, что позволяет ликвидировать свободное пространство для формирования послеоперационных сером. Дренажи удаляли на 3 - 5 сутки. На 5 – 7 сутки выполняли УЗИ брюшной стенки, при обнаружении сером показанием к пункции последней считали толщину жидкости 1 см и более, в дальнейшем под контролем УЗИ, при необходимости, пункцию повторяли. В группе больных с послеоперационными грыжами выполнена 81 симультанная операция: резекция сальника - 28; холецистэктомия – 45; иссечение кожного фартука – 7; эзофагофундопликация по Ниссену и холецистэктомия – 1. Результаты: При лечении паховых грыж с пластикой по Лихтенштейну в 7 (1,53%) наблюдениях обнаружена серома между апоневрозом и внутренней косой мышцей живота, потребовавшая однократного пункционного лечения. Рецидивов грыжи в этой группе оперированных не отмечено. После операций, выполненных по поводу пупочных грыж, а также грыж белой линии живота и спигелиевой линии осложнений и рецидивов не выявлено. При лечении послеоперационных грыж имели место 49 (12,7%) сером, требующих однократной, редко – двукратной пункции. В 3-х (0,78%) наблюдениях после операций по поводу гигантских рецидивных послеоперационных грыж серомы периодически приходилось пунктировать в течение 3-х месяцев после операции. Расхождение кожных швов с формированием длительно незаживающих, вялогранулирующих ран в области операции имело место у 5-х (1,3 %) пациентов. У 2-х (0,5%) больных,

страдающих сахарным диабетом 1 типа, возникло нагноение раны после операции. Во всех случаях осложнения купированы консервативно и не потребовали удаления эксплантата. Умеренный болевой синдром в области эндопротеза в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 7 наблюдениях после операций по I.L.Lichtenstein. Рецидивов среди 56% отслеженных в отдаленные сроки больных нет. В группе больных с послеоперационными грыжами имел место 1 (0,27%) летальный исход после плановой симультанной операции – герниолапаротомии, холецистэктомии, пластики передней брюшной стенки эксплантатом. Смерть наступила от массивной ТЭЛА на вторые сутки после операции.

Выводы: Прорыв в герниологии в связи с созданием современных эксплантатов позволяет оперировать пациентов, которым раньше в операции, как правило, отказывали. Считаем, что важное значение в достижении хороших результатов лечения грыж с применением сетчатых полипропиленовых эндопротезов имеет последовательное и скрупулезное выполнение алгоритма сопутствующих операции мероприятий, изложенных выше.

1793. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

*Стрижелецкий В.В., Самойлов В.С.,
Боробов Ю.М.*

Санкт-Петербург

Городская больница Святого Великомученика
Георгия, Санкт-Петербург

Программы ускоренной реабилитации или протоколы fast-track прочно внедрены во многие разделы хирургии. Разработаны и существуют протоколы для бариатрических вмешательств, однако подобные операции и данная группа пациентов имеют свои специфические особенности, которые необходимо учитывать. Выделение специфических акцентов, крайне важных для благоприятного и оптимального периоперационного пребывания бариатрического пациента в общераспространенных компонентах программы ускоренной реабилитации является необходимым условием ее реализации.

Материал и методы: Подвергнуты анализу периоперационные протоколы ведения 114 пациентов, оперированных по поводу морбидного ожирения. Критериями включения являлось соответствие протокола программе ускоренной реабилитации.



В 44 (38,6%) случаях произведено лапароскопическое минижелудочное шунтирование (MGB), 70 (61,4%) пациентам выполнена лапароскопическая рукавная резекция желудка (Sleeve). Результаты и обсуждения: Основные базовые компоненты программы - полная информированность пациента на догоспитальном этапе с обязательным заполнением информированного согласия, госпитализация менее чем за сутки до операции, отсутствие ограничений в длительном приеме пищи и жидкости перед операцией, отказ от подготовки кишечника, стандартная профилактика венозных тромбозно-эмболических осложнений, тотальный лапароскопический доступ, отказ от периоперационного применения наркотических анагетиков, ограничение в использовании дренажей, использование желудочного зонда только на необходимых этапах операции для калибровки, ограничения в инфузионной терапии, отказ от пребывания в отделении реанимации в послеоперационном периоде, обязательная сверххранная активизация пациента в первые часы после пробуждения, антиэмитический компонент, ранний прием жидкостей после операции. В качестве дополнительного компонента было включено комплексное использование местных анестетиков (0,5% раствор наропина), 30-40 мл которого применялось для местной инфильтрационной анестезии мест введения троакар, в особенности порта, через который производится эвакуация препарата при резекционном вмешательстве. 20 мл. 0,5% раствора наропина вводилось интраперитонеально дважды - после установки троакар и после основного этапа вмешательства перед десуфляцией. Введение раствора наропина осуществлялось с использованием способа локальной гидропрессивной аппликации местного анестетика при лапароскопических операциях (решение о выдаче патента на изобретение № 20151556674/14 от 09.02.2017) при помощи разработанного устройства для гидропрессивной аппликации местного анестетика (патент на полезную модель №162181 от 10.05.2016 г.). В группе пациентов, которым был выполнен MGB, болевой синдром был минимальным (шкала ВАШ), послеоперационной рвоты не наблюдалось ни в одном случае, средние сроки пребывания после операции составили 2,8 дня. Среди пациентов после Sleeve частота послеоперационной рвоты составила 18,6%, отмечался более выраженный болевой синдром, среднее пребывание в стационаре после операции - 3,7 дня. Таким образом, протокол ускоренной реабилитации реализуем в бариатрической хирургии. Незаменимым компонентом программы является применение местных анестетиков интраперитонеально и с целью инфильтрационной анестезии мест разрезов и ввода троакар. MGB является примером максималь-

но удобной бариатрической процедуры в рамках протокола fast-track.

1794. МОЛЕКУЛЯРНАЯ И ФЕРМЕНТАТИВНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ БУДУЩЕГО

Клабуков И.Д. (1), Волчков П.Ю. (2), Ляндуп А.В. (1), Дюжева Т.Г. (1)

Москва

1) Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, Институт регенеративной медицины, 2) Московский физико-технический институт, Лаборатория геномной инженерии

Хирургические принципы, объединяемые понятием «функциональная хирургия», подразумевают выполнение органосохраняющих операций, чаще малоинвазивных и направленных на коррекцию систем организма при сохранении анатомии и восстановлении нормальных функций. В XX веке примерами реализации таких принципов стали лапароскопические техники, робот-ассистированные операции, методы хирургии быстрой реабилитации (Fast Track Surgery) и др. Современная молекулярная биология и биофизика позволяет расширить эти примеры на выполнение функциональных операций на молекулярном уровне. Сама идея хирургии на молекулярном уровне была впервые выдвинута нобелевским лауреатом Ричардом Фейнманом в 1959 году, как пример потенциального использования наноразмерных механизмов в медицинских целях. В дальнейшем концепция вмешательств на молекулярном и тканевом уровне для изменения фенотипа тканей получила свое инструментальное решение в форме генно-инженерных конструкций. Термин «молекулярная хирургия» (molecular surgery) впервые был сформулирован в 1966 году для описания вмешательства в работу клеток на уровне ДНК (R.G. Denkwalter and M. Tishler, 1966). Разработанные в последнее время системы редактирования генома (CRISPR/Cas9, TALEN, ZFN) для терапевтических целей позволяют восстанавливать/воссоздавать нормальный клеточный фенотип и, как следствие, функционал патологически измененных тканей. В настоящее время проходят испытания системы молекулярной хирургии для лечения кардиомиопатий, серповидно-клеточной анемии и онкологических заболеваний. Исправление масштабных дефектов тканей является целью другого направления - ферментативной хирургии (enzymatic surgery) (M.C. Paterson et al., 1981). Хотя



сегодня ферменты в основном используются для терапии заболеваний пищеварения, но использование специфичных систем доставки позволяет выполнять масштабные вмешательства по ремоделированию патологически измененных тканей, например путем доставки металлопротеиназ для разрушения разрастающейся фиброзной ткани. Развитие направления ферментативной хирургии связано не только с выбором высокоспецифичных средств доставки (клетки, моноклональные антитела, одноцепочечные антитела и их фрагменты), но также и с выводом и деактивацией токсичных продуктов, и их дальнейшей утилизации с помощью имеющихся в организме человека систем органов (печень, желудочно-кишечный тракт, почки, легкие, потовые железы). Эффективность и специфичность систем молекулярной и ферментативной хирургии связаны с совершенствованием векторов доставки. Высокоспецифичная доставка к целевым тканям может осуществляться посредством векторов на основе клеток, вирусных систем (AAV, HIV, VSH), РНК-белковых комплексов, а также бактофекции. Использование совокупности кодирующих (ДНК, РНК) и сигнальных (белки и нуклеиновые кислоты) молекул для регуляции функционала организма для редактирования генома и изменения клеточной организации позволяет рассматривать возможность персонализации хирургических вмешательств на основе «омиксных» данных организма пациента (геном, транскриптом, метаболом, эпигеном) для достижения индивидуального физиологического ответа. Выводы. Современные способы выполнения малоинвазивных хирургических вмешательств для восстановления нормальных функций органов могут быть дополнены методом использования молекулярных агентов – ферментов, иммуно-препаратов, а также иных молекулярных машин. В настоящее время подобные системы проходят клинические испытания для лечения ограниченного спектра заболеваний, а перспективные области их использования касаются терапии заболеваний и состояний, ранее доступных для терапии лишь при инвазивных вмешательствах. Подобная высокотехнологичная реализация принципов функциональной молекулярной и ферментативной хирургии в виде систем редактирования генома, тераностических агентов (обеспечивающих как диагностику, так и лечение), представляют собой развитие методического приема «физиологической хирургии» И.П. Павлова (1902) и современного представления о персонализированном подходе к хирургическому лечению пациента.

1795. ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ ЭВАКУАЦИИ РАНЕННЫХ И ПОСТРАДАВШИХ

Крюков Е.В., Чуприна А.П.

Москва

ГВКГ им.Н.Н.Бурденко

Современный «вектор» развития системы помощи при боевых повреждениях ориентирован в направлении создания трехэтапной системы: "устранение жизнеугрожающих последствия ранения - эвакуация (неспециализированная и/или медицинская) - окончательное устранение повреждений, лечение осложнений и последствий, реабилитация". При повреждениях мирного времени правило «золотого часа» в условиях техногенных катастроф с большим количеством пострадавших не всегда реализуемо. В значительной части таких случаев реализуются элементы военно-медицинской доктрины. Опыт последних лет показывает, что требования к лечебно-эвакуационному обеспечению раненных и пострадавших в мирное время (при техногенных катастрофах) стали существенно отличаться от выработанных в период вооруженных конфликтов и войн последних десятилетий. Исходя из этого, в более общем смысле и с учетом международной военно-политической обстановки возможен пересмотр имеющихся устоявшихся представлений об авиамедицинской эвакуации (АМЭ) для условий локальной войны и/или вооруженного конфликта.

Целью работы явился анализ реализованных в XX и XXI столетиях моделей лечебно-эвакуационного обеспечения раненных и пострадавших. Анализу подвергнуты опубликованные в научной печати и средствах массовой информации данные о санитарных потерях, способах и моделях авиамедицинской эвакуации, исходах лечения. Приведены сведения об авиамедицинской эвакуации раненных и больных в период локальной войны в Афганистане, во время контртеррористической операции на территории Чечни. Кроме того, приведены собственные данные о лечебно-эвакуационном обеспечении двух техногенных катастроф XXI века – обрушение казармы в г.Омске (11 июля 2015г.), авария автобуса на трассе Цхинвали – Канчаветти (19 мая 2016г.), сведения об особенностях хирургической помощи и эвакуации пострадавших при падении самолета Ил-18 в Якутии (19 декабря 2016г.), а также клинические примеры эвакуационного обеспечения отдельных пострадавших с небоевыми повреждениями. Анализ содержания хирургической помощи и реализованных в опи-



санных выше ситуациях лечебно-эвакуационных мероприятий, а также опыт эвакуации пациентов в ГВКГ им.Н.Н.Бурденко в течение 2015 - 2016гг. позволяет констатировать возникновение новой модели лечебно-эвакуационного обеспечения, по крайней мере для техногенных катастроф мирного времени. В указанной модели на группу усиления, работающую в течение короткого времени в очаге санитарных потерь возлагается задача, по выполнению на базе лечебных учреждений региона мероприятий неотложной специализированной помощи, необходимых для безопасной эвакуации пациентов в центральные военно-медицинские организации. Хирургическая составляющая такой модели лечебно-эвакуационного обеспечения состоит в реализации в месте санитарных потерь максимально полноценной хирургической помощи, обеспечивающей не только устранение жизнеугрожающих последствий ранения, предупреждение развития осложнений и безопасную транспортировку (эвакуацию), но и, в ряде случаев – исчерпывающий объем специализированной, в т.ч. высокотехнологичной помощи. Последнее обстоятельство крайне важно с позиций взаимодействия медицинской службы региона и выделяемой для эвакуации группы медицинского усиления. Разработаны критерии транспортабельности пациентов, эвакуируемых на большие расстояния авиационным транспортом в зависимости от тяжести и локализации повреждения.

1796. РЕДКАЯ ПРИЧИНА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Баланюк В.В., Мытников А.Д., Чуприна А.П.,
Игнатов М.И., Волянюк Ю.Ю., Тычинская К.С.*

Москва

ФГКУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ

За период с 2014 по 2016 годы в Главном военном клиническом госпитале имеется опыт лечения пяти пациентов с массивными желудочно-кишечными кровотечениями, причиной которых послужили аорто(артерио)-энтеральные свищи. В двух случаях источником кровотечения служили свищи между культей нижней брыжеечной артерии и тонкой кишкой после обширных онкологических вмешательств, в двух случаях свищ имелся между начальным отделом тонкой кишки в зоне связки Трейца и зоной проксимального аортального анастомоза после протезирования аорты. Все случаи характеризовались клинической картиной массивного кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта с развитием гиповолемического

шока, атипичной картиной при эндоскопическом исследовании (источник кровотечения плохо поддавался визуализации, располагался далеко в залуковичных отделах) и развились в отдаленном периоде (от 11 до 39 месяцев) после перенесенных вмешательств, так же отмечены предшествовавшие эпизоды кровотечений, носивших рецидивирующий характер в части случаев, так же не было данных анамнеза в пользу парапротезной инфекции. Все пациенты были оперированы по жизненным показаниям, диагностика источника кровотечения была интраоперационная, выполнялись резекции тонкой кишки, несущей свищ и шов аорты, в одном случае было выполнено экстраанатомическое шунтирование аорты. Все пациенты погибли в послеоперационном периоде от шока и инфекционных осложнений. Возможной причиной формирования данных свищей могло служить прямое механическое воздействие пульсирующей аорты с линией шовного материала на стенку тонкой кишки с формированием пролежня. Возможным способом профилактики данного осложнения мы считаем укрытие линии сосудистого шва помещением между кишкой и последним прослойки фасции, брюшины или клетчатки, а также использование монофиламентных нитей при лигировании сосудов в «опасной зоне». Описанные случаи показали недостаточность общепринятого алгоритма диагностики желудочно-кишечных кровотечений для диагностики кровотечения, обусловленного формированием аорто-дигестивного свища. Ретроспективный анализ данных случаев дает представление о необходимости выполнения аортографии в группе пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями при эндоскопической картине неязвенного кровотечения с источником в проксимальных отделах тонкой кишки, в сочетании с перенесенными в анамнезе обширными операциями на магистральных сосудах брюшной полости и забрюшинного пространства. Фактором, объективно затрудняющим диагностику, является массивная кровопотеря и шок. Перспективным методом достижения гемостаза рассматривается внутрисосудистое вмешательство с установкой стент-графта.



1797. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА С ТРОАКАРНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Михин И.В., Косивцов О.А., Доронин М.Б.,
Рясков Л.А.*

Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность: масштабы распространения избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения являются большой медико-социальной проблемой. У пятой части больных желчнокаменная болезнь (ЖКБ) сочетается с ожирением, у 5% – с его патологической формой. Распространенность ЖКБ обуславливает ее ведущие позиции в структуре хирургических заболеваний в мире. Ведущим методом лечения ЖКБ остается лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполнение которой при ожирении снижает риск возможных осложнений.

Материал и методы: в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолГМУ в период с 2011 по 2017 год ЛХЭ была выполнена 55 больным с избыточной ИМТ и ожирением: по технологиям ЕЛД – 12 (21,8%) и «ЕЛД+» – 43 (78,2%). Технологию ЕЛД удалось использовать у 6 (10,9%) пациентов с индексом массы тела (ИМТ) 25-30 кг/м², у 3 (5,5%) с ИМТ 30-35 кг/м², у 2 (3,6%) с ИМТ 35-40 кг/м², у 1 (1,8%) с ИМТ >40 кг/м². 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 применении технологии ЕЛД мы используем устройство доступа «Эндокон», а при «ЕЛД+» – «Икс-Кон». Внутренняя триангуляция инструментов осуществляется за счет их изгиба, а наружная – за счёт гибкости полимерной насадки и воронкообразной формы металлической основы, что особенно важно у пациентов с абдоминальным типом ожирения. Выраженность жировой клетчатки в области шейки желчного пузыря у больных с ожирением не позволяет сразу визуализировать элементы треугольника Кало. На этом фоне нами отмечены трудности манипуляций через единый порт, связанные с ограничением количества одновременно используемых инструментов, а также их недостаточной внутренней и внешней триангуляции. Отсутствие требуемой тракции желчного пузыря, обусловленное относительной недостаточностью длины инструментов у пациентов с ожирением, диктует необходимость

установки дополнительного 6 или 11-мм троакара в правом подреберье или мезогастральной области, который значительно увеличивает триангуляцию инструментов. Рукоятки рабочего и удерживающего инструментов могут быть разведены на угол до 90°, создавая привычную наружную триангуляцию инструментов. При выполнении операции у пациентов с избыточной ИМТ и ожирением по технологии «ЕЛД+» в 30 наблюдениях применяли дополнительный 11-мм троакар, у 13 пациентов использовали 6-мм троакар. Применение технологий ЕЛД и «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 холецистэктомии (ХЭ) из ЕЛД и ХЭ по технологии «ЕЛД+» составили соответственно: 5,0±0,7 и 5,9±0,5 (p>0,05) койко-дней. Продолжительность оперативного вмешательства при ЕЛД ХЭ – 60,5±4,7 мин, при «ЕЛД+» ХЭ – 69,2±8,9 мин (p>0,05). Интенсивность болевого синдрома, оцененная по визуально-аналоговой шкале, составила соответственно при ЕЛД ХЭ и «ЕЛД+» ХЭ – 3,7±0,6 и 5,1±0,4.

1798. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ СМЫВОВ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Лядов В.К., Ильина О.В.

Москва

ФГАУ "Лечебно-реабилитационный центр"
Минздрава РФ

Актуальность. Прогноз для пациентов с раком желудка даже после радикальной операции остается плохим в связи с высоким риском перитонеального прогрессирования процесса. Распространенность заболевания также зависит от наличия опухолевых клеток в перитонеальных смывах (per cyt+). Диагностическая лапароскопия с перитонеальными смывами входит в стандарт клинического стадирования рака желудка. Свободные опухолевые клетки, выявляемые в перитонеальных смывах при раке желудка, подразумеваются как метастатический процесс. Вопрос о том, будут ли пациенты с позитивными перитонеальными смывами иметь увеличение безрецидивной и общей выживаемости, по-прежнему остается спорным.



Материалы и методы. С февраля 2014г по февраль 2017 г в отделении хирургической онкологии выполнено 218 диагностических лапароскопий у пациентов с раком местно-распространенным раком желудка cT2-T4N+M0. При отсутствии определяемого по данным КТ брюшной полости и грудной клетки перитонеального канцероматоза и отдаленного метастазирования всем пациентам в удовлетворительном общем состоянии (ECOG1-2) выполнялась диагностическая лапароскопия. Во время диагностической лапароскопии брюшная полость осматривалась на наличие макроканцероматоза и асцита, а затем омывалась в правом и левом поддиафрагмальном пространствах, малом тазу 200 мл стерильного физиологического раствора. Эта жидкость затем аспирировалась, центрифугировалась и исследовалась под микроскопом врачом-цитологом на наличие клеток рака. Полученные результаты Цитологическое исследование перитонеальных смывов показало положительные результаты у 36 пациентов (16,5%). У 12 из них (33,3%) выявлен перитонеальный макроканцероматоз и в дальнейшем эти пациенты получали паллиативное лечение. Группа пациентов с положительными результатами перитонеальных смывов без видимых метастазов получали 4-6 курсов системной химиотерапии. У 4 (20%) из них при контрольном КТ-обследовании выявлено прогрессирование процесса после проведенной химиотерапии и в дальнейшем получали паллиативное лечение. По данным контрольного обследования ответ опухоли на лечение по критериям RECIST выявлен у 12 пациентов (у 4 пациентов – частичный ответ, у 8 пациентов – стабилизация процесса). Данной группе пациентов проведена повторная диагностическая лапароскопия с перитонеальными смывами для оценки конверсии. У 11 пациентов (45,8%) с ранее положительными перитонеальными смывами были получены отрицательные результаты. 9 пациентов (37,5%) были прооперированы радикально. Патоморфологическое исследование показало патоморфологические признаки ответа опухоли на лечение в 8 случаях (grade 1-2 - у 5 пациентов, grade 3-4 у 3 пациентов). 4 пациента получили адъювантную химиотерапию. Среднее время наблюдения 18,5 месяцев. Медиана выживаемости без прогрессирования не достигнута. Максимальная выживаемость без прогрессирования 29 месяцев. Обсуждение Диагностическая лапароскопия является важным методом в стадировании рака желудка. Цитологическое исследование перитонеальных смывов может на предоперационном этапе выявлять популяцию пациентов с высоким риском прогрессирования после радикальных операций. Данная подгруппа пациентов при условии конверсии положительных перитонеальных смывов в

отрицательные может иметь преимущества от более агрессивного лечения и выживаемость может достигать выживаемость пациентов с изначально отрицательными перитонеальными смывами. Выводы и рекомендации Лечение пациентов с местно-распространенными формами рака желудка должно быть комбинированным и включать не только хирургическую операцию, но и пред- и/или послеоперационную химиотерапию.

1799. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ВНУТРИПРОСВЕТНЫХ РЕЗЕЦИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ

*Плахов Р.В., Шаповальянц С.Г., Фёдоров Е.Д.,
Иванова Е.В., Юдин О.И., Горбачёв Е.В.,
Бордииков М.В.*

Москва

Российский Национальный Исследовательский
Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова,
кафедра госпитальной хирургии № 2 с НИЛ
хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии;
Городская Клиническая Больница № 31

Актуальность. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки (ЭРСО) и эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ЭДПС) заняли прочные позиции в оперативном лечении крупных доброкачественных новообразований, базирующихся на широком основании, а также поверхностных эпителиальных злокачественных опухолей верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). Как и любое другое хирургическое вмешательство, данные методики несут в себе риск возникновения осложнений, что и определяет необходимость оптимизации принципов послеоперационного ведения больных после эндоскопических резецирующих вмешательств на ВОПТ.

Материалы и методы. В проспективное рандомизированное сравнительное исследование были включены 66 пациентов: 51 женщина и 15 мужчин, в возрасте от 36 до 85 лет, оперированных в клинике по поводу неэпителиальных опухолей (НЭПО), либо поверхностных эпителиальных неоплазий (ПЭН) ВОПТ. После успешно выполненной операции все пациенты, в зависимости от плана послеоперационного ведения, были разделены на 2 равноценные по всем исходным параметрам группы: 1 группа - МП (медикаментозная профилактика) осложнений; 2 группа - МП+ЭКлип - медикамен-



тозная профилактика в комбинации с эндоклипированием (по показаниям). Пациенты обеих групп в течение 3 суток получали в послеоперационном периоде пантопразол внутривенно в дозировке 160 мг/сутки, далее 80 мг per os. Всем пациентам на 2 сутки после вмешательства выполнялась контрольная ЭГДС с решением вопроса о дальнейшей тактике ведения. При наличии крупных тромбированных сосудов в дне пострезекционного дефекта пациентам второй группы выполнялся превентивный гемостаз эндоклипсами, пациентам 1 группы – нет. При выявлении признаков продолжающегося или недавно перенесенного кровотечения пациентам обеих групп выполнялся эндоскопический гемостаз, при этом в 1 группе он расценивался как «вынужденный». После чего больным удваивали парентеральную дозу пантопразола, а также осуществляли ежедневные ЭГДС, вплоть до снижения/исчезновения признаков высокого риска рецидива кровотечения. Результаты. Нами выполнено 43 (65,2%) ЭРСО и 23 (34,8%) по поводу НЭПО (16) и ПЭН (50) ВОПТ. Новообразования располагались в желудке у 61 и в ДПК у 5 больных ($p=0,5$). Превентивный гемостаз в конце оперативного вмешательства был выполнен у 34 (51,5%) пациентов ($p=0,81$). При контрольной ЭГДС на 2 сутки после операции у 49 (74,2%) оперированных больных выявлено благоприятное состояние пострезекционного дефекта, без угрозы развития кровотечения из него. Среди 17 (25,8%) пациентов обеих групп (8 и 9, соответственно), имевших на момент контрольного эндоскопического осмотра высокий риск развития геморрагии, эндоскопический гемостаз был выполнен всем пациентам 2 группы и 2 пациентам 1 группы с предельно высоким риском развития геморрагии. Послеоперационное кровотечение развилось у 3 (20%) больных из 15 с высоким риском геморрагии: у 2 (33,3%) больных 1 группы и у 1 (11,1%) больного 2-й группы ($p=0,5$). У всех указанных больных диаметр послеоперационного дефекта составлял не менее 25 мм, а в его дне на заключительном этапе операции определялись тромбированные сосуды диаметром более 1 мм, послужившие поводом к проведению превентивных гемостатических мероприятий. Заключение. Контрольная ЭГДС на 2 сутки после внутрипросветных эндоскопических резецирующих вмешательств на ВОПТ нецелесообразна для всех пациентов. Она показана лишь тем больным, у которых диаметр послеоперационного дефекта на заключительном этапе эндоскопической резекции составляет не менее 25 мм, или в нем имеются сосудистые стигмы диаметром более 1 мм, потребовавшие выполнения превентивных гемостатических манипуляций. Сравнение частоты послеоперационного кровотечения в двух группах больных свидетельствует о необходимости

сти выполнения превентивного эндогемостаза у больных с эндоскопическими признаками высокого риска развития кровотечения, выявленных во время контрольной ЭГДС.

1800. "ИНВАГИНАЦИОННЫЙ МЕТОД" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКИХ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Титов А.Ю., Мудров А.А., Костарев И.В., Соколова Ю.А.

Москва

ФГБУ "ГНЦК им А.Н. Рыжих" Минздрава России

Введение: для ликвидации ректовагинальных свищей предложено более 100 различных методов хирургических пособий. Однако, результаты лечения этой болезни остаются неудовлетворительными - рецидив болезни отмечается у 20 - 70% оперированных.

Материалы и методы: В 2015 г. в ГНЦК разработан и внедрен новый способ хирургического лечения ректовагинальных свищей - ликвидация ректовагинального свища инвагинационным методом. С мая 2015 г. по октябрь 2016 г. предложенным методом оперировано 24 пациентки. Возраст больных колебался от 22 до 54 лет (ср., 36.4 года). Период наблюдения составил от 5 до 21 месяца (ср., 17.1 мес.). Во всех наблюдениях имелись высокие ректовагинальные свищи (свищевое отверстие в прямой кишке располагалось на расстоянии от 1 до 5 см выше зубчатой линии), превентивная колостома не формировалась. В 18 наблюдениях связь прямой кишки с влагалищем появилась после осложненных родов, в 3 случаях свищи носили воспалительный характер, 3 пациентки страдали болезнью Крона. Результаты: Рецидив болезни отмечен у четырех (21.1%) пациенток, оперированных инвагинационным методом. При этом в 2 наблюдениях пациентки страдали болезнью Крона. При контрольном исследовании функции анальных сфинктеров в послеоперационном периоде, отмечено, что предложенный метод позволяет оставить интактным запирающий аппарат прямой кишки.

Заключение: Несмотря на общепризнанные сложности хирургической коррекции ректовагинальных свищей, верно подобранная тактика лечения, включающая предоперационную подготовку, выбор наиболее адекватного в каждом конкретном случае метода хирургического лечения, правильный и своевременный подход к колостомии позволяет добиться излечения у большинства



пациенток. В настоящее время, учитывая предварительные результаты лечения больных ректовагинальными свищами предложенным методом, можно сделать следующие выводы: 1. При использовании предложенного метода необходимым условием является сохранность структур ректовагинальной перегородки и отсутствие выраженных рубцово-фиброзных изменений в парасвищевой области; 2. Возможность использования способа при болезни Крона остается под вопросом, учитывая трансмуральное поражение стенки прямой кишки.

1801. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СОЧЕТАННЫХ КОЛОТО- РЕЗАННЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ

*Котив Б.Н., Маркевич В.Ю., Суворов В.В.,
Гончаров А.В., Петухов К.В., Свирида В.С.*

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Сочетанные ранения груди и живота как тяжелый вид травмы часто сопровождаются развитием жизнеугрожающих последствий, что значительно утяжеляет общее состояние пациентов и приводит к летальным исходам в 13-15% случаев (Vargo D.J., Battistella F.D). J. A. Asensio и соавт. (2002) отмечают, что неадекватная (не по показаниям) последовательность операций (торакотомия, затем лапаротомия или наоборот) наблюдается в 44% случаев. Настоящее исследование основано на собственном опыте лечения 389 пострадавших с сочетанными колото-резанными ранениями груди и живота, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии с 2008 по 2014гг. Всем пострадавшим оказывалась помощь в соответствии с разработанными в клинике алгоритмами при ранениях груди и живота. Дренажирование плевральных полостей, дополненное плевральными пункциями, в 60,9% (237 пострадавших) случаев является окончательным методом лечения колото-резанных проникающих ранений груди. Торакоскопия выполнялась при стабильной гемодинамике по неотложным показаниям 13(3,3%) случаях, остальные 68 (17,5%) выполнялись по срочным и отсроченным показаниям (по поводу инфекционных, неинфекционных осложнений и последствий травм). Включение в лечебно-диа-

гностический алгоритм эндовидеохирургических методик позволило в 26,5% случаев (103 пострадавших) избежать открытых оперативных вмешательств при сочетанных колото-резанных ранениях груди и живота, что и явилось окончательным методом лечения. В 7 (4,5%) случаях одновременных проникающих ранений живота, в связи с отсутствием признаков жизнеугрожающих последствий повреждения внутренних органов, по данным инвазивных и неинвазивных методов диагностики, применена неоперативная тактика лечения с динамическим наблюдением. Таким образом, правильный выбор последовательности и объема оперативного вмешательства при сочетанных ранениях груди и живота обеспечивает успех лечения таких пациентов. Примененная тактика диагностики и лечения пострадавших с сочетанными колото-резанными ранениями груди и живота позволила добиться снижения послеоперационных осложнений с 45,2% до 21,3%, летальности – с 13,5 до 6,2%.

1802. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ВНУТРИПРОСВЕТНЫЕ ЭНДО- СКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГАСТРОИН- ТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Старков Ю.Г., Джантуханова С.В.,
Солодина Е.Н., Выборный М.И.,
Замолотчиков Р.Д.*

Москва

Институт хирургии им А.В.Вишневского МЗ РФ

Лечение ГИСО желудка и 12 перстной кишки в последнее время вызывает большой интерес среди эндоскопических хирургов. В современной литературе и на множестве конгрессов по всему миру обсуждаются вопросы различных хирургических доступов. Использование лапароскопического и внутрипросветного эндоскопического доступа, включая их комбинацию, так называемый гибридный доступ, является предметом лекций и докладов на мировых конгрессах. Одним из важнейших обсуждаемых сегодня вопросов является возможность, целесообразность и эффективность использования различного доступа для удаления ГИСО желудка и двенадцатиперстной кишки. Органосберегающий характер таких вмешательств, экономная резекция с использованием различных доступов включая возможность исключительно внутрипросветного вмешательства является предметом демонстрации современных эндоскопи-



ческих технологий по всему миру. Целью данной публикации является представление опыта различных видов операций с использованием лапароскопических и внутриспросветных методик, включая гибридные операции, в зависимости от локализации и размеров новообразований, выполненных в эндоскопическом хирургическом отделении Института хирургии им. А.А.Вишневского. Материал и методы. За период с 2005 по 2016 год прооперирован 71 пациент. 66 имели стромальные опухоли желудка, а 5 двенадцатиперстной кишки. Среди пациентов было 43 женщины и 28 мужчин, со средним возрастом $43,8 + 16,2$ (28-72) лет. Все пациенты были обследованы: эндоскопическое исследование (ЭГДС и эндоУЗИ) и КТ с контрастным усилением. По данным эндоУЗИ оценивали локализацию опухоли, её размеры, структуру, слой стенки из которого исходит данное новообразование, основание опухоли и его размеры. Определяли отношение к анатомически узким отделам - пищеводно-желудочному переходу и привратнику. При опухолях двенадцатиперстной кишки соотношение с БДС и МДС. Предварительный дооперационный этап диагностики позволял нам запланировать тот или иной вариант удаления опухоли. Вторым, не менее важным этапом был этап интраоперационной диагностики и навигации выполняемый при лапароскопической ревизии. Навигация осуществлялась с помощью интраоперационного УЗИ во всех наблюдениях и внутриспросветной эндоскопии в 16 наблюдениях. Выбор способа удаления определялся при анализе совокупных данных полученных до- и интраоперационно что легло в основу разработанной нами «Классификации гастроинтестинальных стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта для выбора способа оперативного вмешательства». Если опухоль имела небольшие размеры и исходила из мышечной пластинки слизистой оболочки – 2 эхослой, выполняли внутриспросветную эндоскопическую диссекцию в подслизистом слое и удаление опухоли с покрывающей ее слизистой – 2 наблюдения. При опухолях, исходящих из мышечного слоя стенки желудка и имеющих небольшое основание, производили эндоскопическое удаление опухоли методом тоннельной диссекции – 7 наблюдений. В остальных 62 наблюдениях выполняли лапароскопическую атипичную резекцию желудка. При выполнении лапароскопической атипичной резекции в зависимости от локализации и размеров опухоли мы использовали резекцию с помощью степлеров, либо иссечение с помощью УЗ ножниц с последующим ручным двухрядным швом. Для получения доступа к сложным локализациям опухолей было необходимо выполнить мобилизацию желудка или его отделов. Адекватная мобилизация позволяла обе-

спечить инструментальный доступ к обеспечению именно органосберегающих резекций, что имело важнейшее значение при локализации опухоли в анатомически узких местах и 12 перстной кишке. Наиболее удобным способом лапароскопических резекций являлась атипичная резекции желудка с использованием степлеров – 25 наблюдений. При локализации опухоли в узких анатомических пространствах, таких как 12 перстная кишка, кардиальный и пилорический отделы желудка, ультразвуковыми ножницами выполняли иссечение стенки желудка с основанием опухоли после выполнения гастро- или дуоденотомии и с последующим ушиванием дефекта. Таким способом выполнено 28 вмешательств. Также с целью экономного иссечения стенки органа при экстраорганным характере роста новообразования после рассечения серозно-мышечного слоя стенки, отступя несколько миллиметров от основания опухоли, выполняли «энуклеацию» опухоли из подслизистого слоя с сохранением слизистой, дефект ушивался двухрядным серозно-мышечным швом. Такой способ операции выполнен в 4 наблюдениях. При локализации опухоли по задней стенке желудка и преимущественно внутриорганным росте производили лапароскопическое трансгастральное удаление с использованием сшивающих аппаратов – 5 наблюдений. Результат: Объем резекции - R0 во всех случаях. Продолжительность операции: 45-120 минут. Кровопотеря 0-50 мл. Послеоперационный койко-день 3-8 суток. Интраоперационные осложнения – 0. Послеоперационные осложнения, серома п/о раны – 1. Гистологический вариант опухоли: G1 – 69 пациентов, G2 – 2 пациента. Адыювантная терапия – 4 пациента. Сроки послеоперационного наблюдения от 2 месяцев до 8 лет. Рецидив – 0. Заключение: лапароскопические и внутриспросветные операции являются эффективными и безопасными для лечения ГИСО желудка и 12 перстной кишки при отсутствии признаков диссеминации опухоли. Индивидуальная оптимизация доступа на основании анализа данных до- и интраоперационной диагностики позволяет выполнять максимально экономные резекции, что определяет хорошие функциональные результаты операций.



1803. ФИКСИРОВАННЫЕ КАМНИ БИЛИАРНЫХ ПРОТОКОВ – ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ

Оноприев А.В., Аксенов И.В.

Краснодар

Кафедра хирургии №1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО
КубГМУ Минздрава России

Цель работы: определить оптимальную технологию лечения при фиксированных камнях желчных протоков.

Материалы и методы Под нашим наблюдением за 10 летний период с 2006 по 2016 год находилось 58 пациентов с фиксированными камнями холедоха. Из них 31 мужчина и 27 женщин. Возраст от 35 до 93 лет. У 34 из них в анамнезе была холецистэктомия. Фиксация камней в протоке происходит: 1. из-за плотного заполнения желчных протоков их большим количеством; 2. вклинения в суженный участок протока; 3. сужения просвета холедоха после проведенной декомпрессии; 4. возникновения воспалительных или фиброзных изменений стенки протока в результате длительного нахождения камня; 5. синдроме Мириizzi; 6. их различные сочетания. При введении контраста и инструментальной ревизии выявлены не смещаемые дефекты наполнения. У 37 пациентов как результат плотного заполнения холедоха большим количеством камней. В 4-х случаях имелись конкременты, фиксированные во внутривнутрипеченочных протоках. У 5 пациентов в общем протоке (Синдром Мириizzi у 2-х и длительно функционирующая холагностома у 3-х). В 3-х случаях конкремент находился в устье пузырного протока. У 9 пациентов в интрапанкреатической части холедоха. Основные проблемы возникают из-за большой трудоёмкости, а в некоторых случаях невозможности захвата конкремента корзинкой, что сопровождается резко возрастающей лучевой нагрузкой на пациента и персонал, так как многократно увеличивается время Р-скопии, а в случае механической литотрипсии резко увеличиваются затраты на лечение, которые не покрываются существующими тарифами. Эндоскопическое удаление конкрементов при множественных камнях холедоха – длительная, часто многоэтапная, сопровождающаяся большим количеством технических сложностей и высоким риском возникновения осложнений процедура. Попытка эндоскопического удаления предпринята у всех 37 пациентов. Успешной оказалась у 16 больных (43.2%). При единичных фиксированных камнях во внутривнутрипеченочных протоках, в общем желчном протоке и устье пузырного протока эндо-

скопическое удаление было наиболее успешным, удалось извлечь конкременты у 10 из 12 пациентов. Наиболее проблемным оказалось извлечение конкрементов в интрапанкреатической части холедоха. Эндоскопическое удаление было успешным только у 2 из 9 пациентов. Следует обратить внимание на возникновение больших технических трудностей и при открытом вмешательстве, в 2-х случаях извлечь камни во время операции не удалось.

Выводы. Эндоскопические чреспапиллярные технологии механической литоэкстракции и литотрипсии в случаях наличия фиксированных протоковых конкрементов, часто оказываются не состоятельными. Основные причины – затруднение, а порой и невозможность захвата конкремента; низкое качество или отсутствие визуального контроля за ходом манипуляции; отсутствие аппаратуры для альтернативных методик литотрипсии; несопоставимые потребительские качества у инструментария и аппаратуры различных производителей; отсутствие тарифов на эндоскопические операции.

1804. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ ВЫПОЛНЕННЫХ ПО МЕТОДУ ХИЛЛ И НИССЕНУ

*Аушев М.К, Мальсагов Р.Ю, Мальсагов Т.А,
Кузьгов О.Б.*

Магас

Кафедра госпитальной хирургии ИнГУ г. Магас.

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы наблюдается по сводным данным приблизительно в 10% населения. Данная патология является одной из наиболее частых причин гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), частота рецидивов которого в течении года при неадекватной поддерживающей терапии составляет 90-98 %. Низкая эффективность консервативного лечения ГПОД и ГЭРБ подтверждается развитием таких осложнений, как пищевод Барретт 10-15%, изъязвления стриктуры выходного отдела пищевода 4-20%, кровотечения 2%. Поэтому в настоящее время все больше количество гастроэнтерологов склоняется к оперативному лечению ГПОД. Материал и методы. Нами изучены результаты лечения 36 пациентов с ГПОД, поступивших в плановом порядке в хирургическое отделение Ингушской республиканской клинической больницы. Из них женщины – 22, мужчины – 14, средний воз-



раст составил от 35 до 61 лет. Лапароскопическая коррекция ГПОД выполнена с помощью видеосистемы фирмы Karl Storz. Все оперативные вмешательства выполнены под ЭТН. Принципиально использовано два метода лечения ГПО: по Хилл – 16, по Ниссену – 20. Полученные результаты. Интраоперационно возникли следующие осложнения: Раннее смещение манжеты, перфорация пищевода, кровотечения, повреждение селезенки. Частота интраоперационных осложнений в обеих группах приблизительно одинакова и составила 3,1 % после антирефлюксной операции по методу Ниссен и 4,0% при операции по методу Хилл. Основными побочными эффектами после антирефлюксных лапароскопических операций являлись: синдром gas-bloat, желудочно-кишечный рефлюкс и дисфагия. При этом частота постоянных побочных эффектов при лапароскопических антирефлюксных операций по методу Хилл составила 4%, а по методу Ниссена 15,4%. Последнее связано с тем что при операции по методу Хилл не возникает gas-bloat синдрома. Также после операции по методу Хилл ни разу не возникло рецидива заболевания, тогда как после операций по Ниссену она составила 3,5%. Выводы. Таким образом проведенный анализ результатов антирефлюксных лапароскопических операций по методу Хилл и по Ниссену показал, что операция по методу Хилл не уступает принятой за золотой стандарт в лапароскопической антирефлюксной хирургии операции по Ниссену, а по некоторым показателям даже превосходит ее, таким как: относительная техническая простота, меньшее время операции, меньшее количество побочных эффектов в позднем послеоперационном периоде. Все это позволяет рекомендовать данный вид вмешательства, как операцию выбора при ГЭРБ.

1805. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО И НЕОПЕРАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА В ТРАВМОЦЕНТРЕ ПЕРВОГО УРОВНЯ

*Суворов В.В., Маркевич В.Ю., Гончаров А.В.,
Пичугин А.А., Петухов К.В., Свирида В.С.,
Мясников Н.С.*

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Одним из перспективных направлений лечения пострадавших с абдоминальной травмой стало широкое внедрение неоперативного и консервативного подхода. На сегодняшний день в литературе (преимущественно в зарубежной) описано достаточное количество протоколов и рекомендаций по применению данной тактики, однако отечественными специалистами данная тактика применяется редко. Целью исследования явилась оценить возможности травмоцентра первого уровня для применения консервативного и неоперативного подхода к лечению сочетанной травмы живота. В ходе работы проводился ретроспективный анализ 114 историй болезни пострадавших с сочетанной травмой живота, находившихся на лечении в клинике военно-полевой хирургии в период с 2000 по 2016 гг. Исследуемый массив был разбит на 2 группы. В первую группу было включено 58 пострадавших, поступивших в клинику в 2000-2006 гг. В этой группе пациентов при поступлении применялся следующий диагностический алгоритм: лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж. Диагностическая и лечебная лапароскопия, лапаротомия выполнены у 73,4%. Диагностированы повреждения паренхиматозных органов I-III степени (по AAST) у 58,4 % пациентов, IV-V степени у 41,6 %. Кроме того, имелись повреждения полых органов у 14% пострадавших. Во вторую группу было включено 56 пострадавших, поступивших в клинику в 2011-2016 гг., этим пациентам применяли современный подход к диагностике и выбору варианта лечебной тактики, включавший УЗИ по протоколу FAST, компьютерную томографию с контрастным усилением, диагностическую и лечебную лапароскопию. Применяемая классификация повреждений паренхиматозных органов Marmery (2007) позволила выделить группу пациентов (19,6%) с диагностированными повреждениями I-III степени, которым применена



консервативная тактика ведения при соблюдении следующих условий – ясное сознание, стабильная гемодинамика, возможность круглосуточного мониторинга витальных функций и показателей гемограммы. Кроме того, у части (5,3%) пациентов применена неоперативная тактика, заключающаяся в эндоваскулярном достижении гемостаза. Таким образом, применение современных диагностических технологий позволяет выделить группу пациентов (24,9%), которым может быть применена неоперативная и консервативная тактика, позволившая уменьшить количество выполненных оперативных вмешательств с 73,4% до 48,5%.

1806. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

*Трандафилов М.М., Крючко П.В.,
Попутчикова Е.А.*

Москва

Кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии МГМСУ
им. А.И. Евдокимова

Цель исследования. Определение зоны некроза при радиочастотной абляции метастатических поражений печени.

Материалы и методы. В исследование были включены 108 больных с колоректальным раком и метастатическим поражением печени I, II, и III стадии (по Gennari) находящихся на лечении за период с 2002 по 2012 год. По нозологическим формам заболевания были распределены следующим образом: рак толстой (78) и прямой кишки (39) Объем метастатического поражения печени составлял: I стадия поражения (34), II стадия поражения (67), III стадия поражения (17). Мужчин было 48, женщин 60. Средний возраст больных составлял 67 лет. Для радиочастотной деструкции был использован аппарат ELEKTROTOM HITТ 106 с рабочей частотой 343 кГц и мощностью 60Вт. Радиочастотная абляция метастазов в печени осуществлялась интраоперационно, чрезкожно чрезпечёночно под контролем ультразвука и чрезкожно под видеопараскопическим контролем.

Результаты. Контроль за эффективностью термовоздействия осуществлялся выполнением УЗИ и КТ исследований на 1, 10, 30, далее с интервалом в месяц, пункционными биопсиями метастатических опухолей печени, определением уровня онкомаркеров. Проведены гистологические исследования метастазов в печени подвергшихся

радиочастотной деструкции. При исследовании препаратов опухолей диаметром более 5,0 см опухолевая ткань частично некротизирована, умеренно выраженные дистрофические изменения клеток опухоли, основная масса, паренхимы и сохранена на периферии опухоли. При опухолях диаметром 35-50 мм гистологически определяется некроз 50-90% опухолевых клеток с явлениями выраженной дистрофии клеток, единичными атипичными клетками. При метастазах диаметром 30-35 мм – гистологически определяется некроз 100% опухолевых клеток, сопровождающийся полным исчезновением паренхиматозных элементов опухоли.

Заключение. Радиочастотная абляция метастатических поражений печени при колоректальном раке аппаратом ELEKTROTOM HITТ 106 фирмы Berhtold наиболее эффективна при диаметре опухоли до 30-35 мм.

1807. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЛУЧЕВОГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ПРОКТИТА С МЕСТНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ НАНОСТРУКТУРНЫХ БИОКОМПОЗИЦИЙ

*Павлов П.В.(1), Дрошнева И.В.(2),
Царьков П.В.(1), Миракян С.С.(1), Ефетов С.К.(1),
Тулина И.А.(1), Федоренко Н.А.(2)*

Москва

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования

- 1) Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 2) МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ

Актуальность. Хронический постлучевой ректит является одним из распространенных осложнений (2-20%), возникающих после лучевой терапии опухолевых поражений таза. Наиболее распространенным проявлением является ректальное кровотечение.

Материал и методы За период с августа 2016 по февраль 2017 года хронический постлучевой проктит, осложнившийся значимым ректальным кровотечением, диагностирован у 7 больных возрастом от 67 до 78 лет, все пациенты были мужского пола и ранее проходили лечение – дистанционную лучевую терапию СОД 70-80 Гр по поводу рака предстательной железы. Для оценки длительности



и выраженности ректальных кровотечений была использована шкала Chutkan, где 0 степень – отсутствие кровотечения (0 пациентов), 1 степень – помарки крови на туалетной бумаге (0 пациентов), 2 степень – капельное поступление крови в унитаз (1 пациент), 3 степень – поступление крови со сгустками (4 пациентов), и 2 пациентам на этапах лечения потребовалась плановая гемотрансфузия для коррекции хронической постгеморрагической анемии, что соответствует 4 степени. Эндоскопическая картина выраженности лучевого ректита так же классифицировалась по 4х бальной шкале, где степень 0 – нормальная слизистая оболочка (0 пациентов), 1 степень – менее 10 телеангиоэктазий (0 пациентов), 2 степень – более 10 телеангиоэктазий (2 пациента), 3 степень – рыхлая слизистая оболочка, диффузно телеангиоэктазии с кровотечением (5 пациентов). Пациентам с Chutkan 3-4 на первом этапе выполняли прицельную аргон-плазменную коагуляцию (АПК) только кровоточащих капилляров с применением блока Erbe Vio 300D в режиме Forced APC или Precise APC 40-50 Вт – 1 сеанс. После достижения гемостаза пациенту назначалось и проводилось совместно с лучевыми терапевтами местное лечение наноструктурными биокомпозициями – деринат (дезоксирибонуклеат натрия) являющегося иммуномодулятором и антиоксидантом, который в виде микроклизмы вводился в течении 1 месяца – препарат («Колетекс-гель-ДНК»). Пациент с ректальным кровотечением Chutkan 2 и нормальным уровнем гемоглобина сразу был направлен на местное лекарственное лечение. По прошествии месячного курса лекарственной терапии всем пациентам выполнялась АПК расширенных капилляров – начиная с мест их наибольшего скопления – передняя стенка прямой кишки, вовлекая в лечение за 1 курс сплошной АПК не более 1/4 периметра кишки. Между курсами пациентам назначалось введение «Колетекс-гель-ДНК» в поддерживающей дозировке. Полученные результаты У всех пациентов удалось добиться стабильного гемостаза и постепенного возвращения уровня гемоглобина к нормальным значениям. У 4 пациентов с 3 степенью интенсивности постлучевого проктита потребовалось 3 курса АПК с местным лекарственным воздействием до достижения прекращения ректальных кровотечений. У 1 пациента с 3 степенью, а так же остальных пациентов со 2 степенью интенсивности воспаления, для достижения гемостаза потребовалось 2 курса комбинированной терапии. При контрольном осмотре зоне ранее проведенного воздействия визуализировались обширные поверхностные изъязвления, которые более не подвергались термовоздействию. Полная эпителизация изъязвлений достигалась в среднем через 1,5 – 2 мес после коагуляции. Осложнений

– в первую очередь рубцовых стриктур кишки отмечено не было. У 2 пациентов отмечался подъем температуры тела до субфебрильных цифр в 1 сутки после воздействия. Обсуждение Первый опыт эндоскопического лечения постлучевых геморрагических проктитов с привлечением местного лекарственного воздействия показал обнадеживающие результаты – удалось добиться стабилизации показателей гемоглобина и улучшения качества жизни после первого же курса воздействия при отсутствии осложнений Выводы и рекомендации На наш взгляд методика особенно актуальна среди онкологических пациентов, перенесших высокодозную лучевую нагрузку, достаточно безопасна, не дорога, эффективна, воспроизводима, требует дальнейшего набора материала с целью отработки сочетания различных режимов термовоздействия и лекарственной терапии для сохранения оптимального положительного результата.

1808. ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕСТИ И ИСХОДА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА – РАЗЛИЧАЮТСЯ ЛИ ОНИ?

Абдуллаев Я.П., Цанитян Б.Г., Галеев Ш.И., Рубцов М.А.

Санкт-Петербург

Клиническая больница Святителя Луки

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

Целью настоящего исследования явилось выявление и сравнение между собой ранних предикторов тяжести и исхода острого панкреатита.

Материал и методы. За 10-летний период проведен ретроспективный анализ историй болезни 89 пациентов с острым панкреатитом. У 71 был выявлен тяжелый вариант заболевания (критерии «Атланта 1992»), у 17 легкий (подтвержденный КТ с контрастированием). Для идентификации предикторов тяжелого течения острого панкреатита и его неблагоприятного исхода была проведена оценка 237 клинических, лабораторных показателей и данных инструментальных исследований.

Результаты. Унивариантный анализ показал: 5 параметров оказались ценными в прогнозировании



нии тяжести панкреатита: APACHE II ≥ 8 , С-реактивный белок ≥ 120 мг/л, сывороточная амилаза < 250 ед/л, прокальцитонин $\geq 0,5$ нг/мл, плеврит на обзорной рентгенограмме грудной клетки. Предикторами неблагоприятного исхода заболевания оказались следующие 5, объединенные в 3 группы: 1. ранние панкреатит-специфичные органые нарушения (дыхательная дисфункция, PO₂/FiO₂ < 250 ; почечная, креатинин сыворотки > 150 мкмоль/л; сердечно-сосудистая, модифицированная частота сердечных сокращений ≥ 10), 2. распространенный ($> 50\%$) некроз поджелудочной железы по данным КТ, 3. инфицирование очагов деструкции. Ни один из показателей годных для прогнозирования тяжелого панкреатита не оказался значимым в предсказании исхода заболевания. Предиктивная значимость 5 параметров в выявлении панкреатита с потенциально неблагоприятным исходом оказалась высока – 88,3%. Выводы. Предикторы тяжести и исхода острого панкреатита различны. Раннее предсказание заболевания с потенциально неблагоприятным исходом – задача более важная, нежели чем прогнозирование тяжести. Таким образом, рациональная модель диагностики острого панкреатита должна быть нацелена на разделение 2-х, имеющих разное значение задач: прогнозирование тяжести заболевания и прогнозирование его исхода.

1809. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОВОЛНОВОЙ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

*Праздников Э.Н., Трандофилов,
Светашов В.С., Овчаров С.Э.*

Москва

Кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии МГМСУ
им. А.И. Евдокимова

Цель работы: повышение эффективности лечения больных первичным и метастатическим раком печени.

Материал и методы: был проведен сравнительный анализ лечения 2 групп больных. В исследование было включено 108 больных с диагнозом колоректальный рак и метастатическим поражением печени I, II, и III стадии (по Gennari), и 18 больных с диагнозом гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) (1 клиническая группа) которые были оперированы с

использованием радиочастотной абляции (РЧА). 47 больным: 16 пациентов с гепатоцеллюлярным раком стадия 0-A по Барселонской, 31 пациент с колоректальным раком и метастатическим поражением печени I стадия (по Gennari) (2 клиническая группа), оперированных с использованием микроволновой абляции (МВА). Контроль эффективности воздействия осуществлялся ультразвуковыми исследованиями и компьютерной томографией в динамике. Результаты: В 1-ой клинической группе развились следующие осложнения: умеренное кровотечение из места вкола игольчатого электрода, которое остановилось самостоятельно (3 случая). Острая печеночная недостаточность развилась в 2 случаях. Желчеистечение из места введения игольчатого электрода наблюдалось в одном наблюдении при термодеструкции 7 метастазов. Остаточная полость сформировалась в 3 случаях. Внутривнутрипеченочная гематома наблюдалась в 2 случаях. Летальный исход был в 2 наблюдениях. Во 2-ой клинической группе (МВА) послеоперационной летальности не было. У больных развились следующие осложнения: умеренное кровотечение из места входа игольчатого катетера, которое остановилось самостоятельно (1). Остаточная полость сформировалась в 1 случае, не потребовавшая дополнительных оперативных вмешательств. Внутривнутрипеченочная гематома наблюдалась в 1 случае. Ожог кожи в 2 наблюдениях. Средний койко-день составил 7 дней. Местных рецидивов после абляции не наблюдалось ни в одном случае. Заключение: Меньшая травматичность метода МВА в сравнении с методом РЧА позволяет расширить показания у пациентов с первичным и вторичным раком печени. Чрескожное применение МВА уменьшает риск осложнений у соматически ослабленных больных, за счет малой инвазивности, и приводит к более высокой выживаемости.

1810. ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Махуова Г.Б., Сажин И.В., Сукиасян А.А.

Москва

ГБУЗ "ГКБ имени В.М. Буянова ДЗ г.Москвы"

Актуальность исследования обусловлена тем, что в настоящее время наиболее частым оперативным вмешательством при опухолевой толстокишечной непроходимости, выполняемым по срочным показаниям, остается операция типа Гартмана, реже - Микулича. Второй по значимости причиной наложения колостом, является ди-



вертикальная болезнь левых отделов толстой кишки, осложненная перфорацией. При благоприятных условиях, после проведенного комбинированного лечения онкологической патологии, либо стихания воспалительного процесса встает вопрос о реконструкции толстой кишки. Целью данного сообщения является оценка результатов открытых и лапароскопических реконструктивных операций на толстой кишке. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке у 62 пациентов, оперированных с 2012 по 2016 гг. во II хирургическом отделении ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова» г. Москвы. У 38 (62%) пациентов реконструкция проводилась открытым способом, у 24 (38%) – лапароскопическим. Возраст больных от 46 до 78 лет. Открытым способом оперировано 29 (76%) пациентов с опухолевой патологией (17 – после операций типа Гартмана, 12 – типа Микулича), 9 (24%) – с доброкачественной патологией (8 – операции Гартмана, 1 – Микулича). Лапароскопически оперированы 19 (79%) пациентов после вмешательств по поводу опухолей, 5 (21%) – после доброкачественной патологии. Все пациенты, оперированные лапароскопически, перенесли ранее операцию Гартмана. Пациенты, имевшие двухствольную колостому, оперированы открытым способом из местного доступа с наложением анастомоза ручным швом. Пациентам после операции Гартмана анастомоз накладывался циркулярным сшивающим аппаратом. Основной технической трудностью при операциях в обеих группах был спаечный процесс в брюшной полости. Интраоперационное осложнение развилось в 1 случае при лапароскопической операции – перфорация стенки восходящей ободочной кишки при разделении спаек. Ликвидировано ушиванием перфорации интракорпоральным швом. Время вмешательства в группе открытых операций в среднем составило 176 мин., в группе лапароскопических операций – 203 мин. Кровопотеря была минимальной в обеих группах. Лечение в АиР от 1 до 3 суток потребовалось в 18 случаях в группе открытых операций. В группе лапароскопических – в 8 случаях. Срок пребывания составил 1 сутки. После открытых операций кормление начиналось на 3-4 сутки, лапароскопических – на 1 – 2 сутки. Активизация пациентов проводилась в ранние сроки. В группе лапароскопических операций она происходила быстрее. На 2-е сутки пациенты могли самостоятельно передвигаться и полностью себя обслуживать. Появление стула отмечено в сроки от 3 до 6 суток. По данному показателю различий между двумя группами не было. У большинства пациентов отмечалась серома послеоперационной раны в месте иссечения кишечной стомы. Других осложнений и летальности в по-

слеоперационном периоде не было. После открытых операций субъективно пациентами чаще отмечался болевой синдром. По времени становления регулярной самостоятельной дефекации с оформленным стулом различий также не выявлено. Сроки составили от 10 дней до 4 недель. Средний койко-день до операции составил – 1,8 в обеих группах. Послеоперационный койко-день – 5,6 после лапароскопических операций, 7,2 – после открытых. Функциональные результаты у всех пациентов хорошие. Заключение. На этапе освоения лапароскопические реконструктивные операции на толстой кишке представляются более трудоемкими и сложными по сравнению с открытыми операциями. При овладении методикой время операций сокращается и они становятся более легкими для хирурга и пациента. Период стационарного лечения меньше в группе лапароскопических операций. По ближайшим и отдаленным результатам различия не отмечены. Требуется дальнейшее накопление опыта лапароскопических реконструктивных вмешательств и изучение их результатов.

1811. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016 ГОД

*Морозов В. С.(1), Смолькина А. В.(1),
Ерёмина О.В.(2), Винокурова Н.В.(2)*

Ульяновск

1) Медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова
Ульяновского государственного университета, 2)
Министерство здравоохранения
Ульяновской области

Цель исследования: анализ хирургической службы в 2016 году по экстренной хирургической абдоминальной патологии для определения тенденции urgentных состояний и возможных путей оптимизации хирургической помощи данному контингенту.

Материал исследования. Была проведена выборка статистических данных, связанных с оказанием медицинской помощи больным экстренной абдоминальной хирургической патологией в Ульяновской области за 2016 год.

Результаты. В Ульяновской области на 2016 год зарегистрировано 1.257.621чел., из них 779657чел. (62.%) в городе. В 2016 году госпитализированы по 7 нозологиям: 8598, из них 4339 (50,4%) чел. позже 24 часов. В 2015 году - 8649 пациентов, из них 4222 (48,8%) - спустя сутки после заболевания. в. В



2013 году - 8899 человек, из них 3996 (44,9%) больных позже 24 часов. В итоге: острая кишечная непроходимость (ОКН) - 576, из них 322 позже суток; острый аппендицит (ОА) - 2499, из них 981 позже суток; прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (ПЯ) - 197, позже 24 часов - 59 чел.; желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) не язвенной этиологии - 234 пациента, позже суток - 83; и язвенные кровотечения (ЯК) - 531, в том числе позже суток - 280; ущемленная грыжа (УГ) - 452, позже суток - 171; острый холецистит (ОХ) - 2455, из них позже 24 часов - 1507 чел. и острый панкреатит (ОП) - 1654, позже суток - 936 пациентов. Общая (ОЛ) и послеоперационная летальность (ПЛ). Получено: ОКН: ОЛ - 3,1% и ПЛ - 4,6%; ОА: ОЛ - 0,08% и ПЛ - 0,08%; ПЯ: ОЛ - 9,1% и ПЛ - 9,1%; ЖКК, кроме язвенных: ОЛ - 1,3% и ПЛ - 0%; кровотечения язвенной этиологии: ОЛ - 7,2% и ПО - 25,9%; УГ: ОЛ и ПЛ - 2,7%; ОХ: ОЛ - 1,0% и ПО - 0,7%; ОП: ОЛ - 5,9% и ПЛ составила 19,1%, которая увеличилась по сравнению с прошлым годом с 12,5%. В результате - как достижения малая ПЛ при ОХ - всего 0,7%; в 2015 г. составлял 0,41% и в 2013 г. - 0,5%. Всего же по Ульяновской области выполнено 1663 холецистэктомии, из всех - лапароскопическим доступом выполнено 1253 операции. Летальных исходов нет при этом доступе. К проблемам экстренной абдоминальной хирургии стоит отнести высокую летальность - 9,1% при прободной язве. Показатель четко связан с запущенностью процесса и поздней временной доставкой пациентов, а также в единичных случаях в ошибках диагностики прободения в стационарах хирургического профиля. Выводы. В структуре экстренных хирургических заболеваний в Ульяновской области на лидирующее место занял ОА (28,2%), затем вышел ОХ (27,6%), и третье место занимают острый панкреатит (20,5%). Поздняя доставка составила половину поступивших пациентов, следовательно необходимо опять проводить беседы по поводу угрозы летальности в urgentной хирургии на амбулаторном звене. С внедрением лапароскопических технологий снижается послеоперационная летальность как при холецистите, так и при остром аппендиците. Требуется срочного пересмотра отношения к плановой санации пациентов с язвенной болезнью, не леченных или не поддающихся консервативной терапии, которая точно как снизит летальность, так и предупредит множество фатальных осложнений. Так послеоперационная летальность при кровотечении язвенной этиологии увеличилась в 2 раза по сравнению с 2015 годом, что можно объяснить поздней доставкой.

1812. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Терещенко С.Г., Мечёва Л.В.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Актуальность. Гастродуоденальные кровотечения у пациентов после хирургической коррекции патологии сердечно-сосудистой системы остаются серьезной проблемой. Эндоскопический гемостаз у данного контингента больных является приоритетным методом лечения этой патологии.

Цель работы: проанализировать результаты эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях у пациентов после хирургической коррекции патологии сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. У 62 пациентов в возрасте от 33 до 90 лет в послеоперационном периоде были выявлены кровотечения язвенные и эрозивные дефекты в верхних отделах пищеварительного тракта. Женщин было 15 (24%), мужчин - 47 (76%). У 19 пациентов применяли аппликацию гемостатического клея, у 12 - инъекционный гемостаз, у 10 - орошение препаратом «Гемоблок», у 8 - эндоскопическое клипирование, у 3 - «Эндоклот», у 2 - «Желпластан». У 8 больных применяли комбинированный эндогемостаз (клипирование в сочетании с аппликацией гемостатического клея или с нанесением препарата «Гемоблок»).

Результаты. В группе из 19 больных, у которых эндоскопический гемостаз проводили при помощи гемостатического клея, язвы желудка были у 12, язвы двенадцатиперстной кишки у 3, сочетанные поражения у 3, эрозии пищевода у 1. Кровотечение F1IB было у 4, F1IC - у 15. Рецидив кровотечения был отмечен у 4, при повторном эндогемостазе у 2 пациентов выполнено клипирование, у 2 - повторное нанесение гемостатического клея, кровотечение было остановлено. В группе 12 пациентов, которым проводили инъекционный эндогемостаз (раствор аминокaproновой кислоты со следами адреналина), у 7 были язвы желудка, у 5 - язвы двенадцатиперстной кишки. F1B было у 1, F1x у 4, F1IB у 6, F1IC - у 1. Рецидив кровотечения был у 9 пациентов. Успешный повторный эндоскопический комбинированный гемостаз с нанесением гемостатического клея провели у 2 пациентов. У 4 было оперативное вмешательство для остановки кровотечения. В группе (10 больных), у которых



применяли «Гемоблок»: язвы желудка были у 2, язвы 12 п.к. у 2, эрозии у 6. F IB было у 1 больного, у F IIB – у 1, FIIC у 8. Рецидивов кровотечения не было. В группе больных, у которых применяли порошкообразные гемостатические препараты (5 больных): у всех пациентов были эрозивные поражения с признаками состоявшегося кровотечения. Рецидивов кровотечения не возникло. В группе пациентов, которым проводили эндоскопическое клипирование, дополняя его такими методами, как нанесение местных гемостатиков (клей, гемоблок, порошкообразные гемостатические препараты), было 16 больных. У 8 были язвы желудка, у 7 – язвы двенадцатиперстной кишки, у 1 язвенные дефекты локализовались и в желудке и в двенадцатиперстной кишки. Кровотечение FIA было у 1 больного, FIB – у 4, F1x – у 2, FIIA – у 1, FIIB – у 6, FIIC – у 2. Рецидив кровотечения был у 4 пациентов. Успешный повторный эндоскопический гемостаз (повторное клипирование) удалось провести у 2 пациентов. У 2 было выполнено оперативное вмешательство для остановки кровотечения. Выводы. Лечебная эндоскопия у больных после операций на сердце и сосудах – эффективный, малоинвазивный метод местного гемостаза и профилактики рецидива гастродуоденального кровотечения. При выявлении локальных источников кровотечения (язвенных дефектов) показано применение эндоскопического клипирования и полиакриловых клеевых композиций, особенно эффективно сочетание этих методик. Инъекционный гемостаз сопровождался большим количеством рецидивов и в качестве самостоятельного способа не может быть рекомендован. Наибольшую проблему для проведения эндоскопического гемостаза представляют диффузные капиллярные кровотечения при распространенных поражениях, однако современные высокотехнологичные материалы для эндоскопического гемостаза позволяют своевременно, патогенетически обоснованно и безопасно провести местное воздействие на источник кровотечения.

1813. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНЦИЗИОННЫХ ГРЫЖАХ

Постников Д.Г., Павленко В.В., Тушминская А.В.

Кемерово

Постников Д.Г.(1), Павленко В.В.(1,2),
Тушминская А.В.(2), Ооржак О.В.(1) ОКБ СМП
им МА Подгорбунского, 2) КемГМУ

Среди всех хирургических вмешательств грыже-

сечения по частоте занимают второе место после аппендэктомии и составляют не менее 15% от всех оперативных вмешательств. Актуальность и сложность проблемы состоит не только в широком распространении заболевания, но и в значительном количестве рецидивов, достигающих 40-50% при больших, рецидивных и послеоперационных вентральных грыжах. При больших размерах грыжи возникает несоответствие применяемого способа аутогерниопластики степени анатомических и функциональных изменений в тканях передней брюшной стенки под действием сформировавшейся грыжи и усугубляющихся по мере ее увеличения. В последние годы завоевали признание способы герниопластики без натяжения. Широкое распространение получили полипропиленовые сетчатые протезы. Однако, при подкожном расположении полипропиленового сетчатого протеза всегда имеется угроза образования сером в подкожной клетчатке. Образование сером при надпоясничном расположении протеза связано с сохранением асептического воспаления и лимфореи из-за травматизации тканей подкожной клетчатки сетчатым протезом. Присутствие сетчатого эксплантата и раневой инфекции может поддерживать процесс образования сером много недель. Материал и методы исследования. Мы проанализировали результаты хирургического лечения 146 больных с послеоперационными вентральными грыжами, у которых были применены способы герниопластики “Onlay”, “Sublay”, “Inlay” с использованием полипропиленового сетчатого протеза. У 47 (32%) больных были грыжи больших размеров, у 99 (68%) больных – послеоперационные грыжи средних размеров.

Результаты. Гнойных раневых осложнений отмечено не было. Формирование жидкостных образований в подкожной клетчатке у больных профилактировали установкой в подкожную клетчатку дренажей по типу Редона на 5-12 суток после операции. Если по истечению этого срока сохранялась продукция жидкости в области протеза – переходили на пункции до полной ликвидации сером. В послеоперационном периоде у пациентов со средними размерами грыжи серомы, в большинстве случаев, ликвидировались в течение 5-7 суток, при больших размерах грыжи – в течение 14 суток. Заключение. Профилактика раневых осложнений с использованием полипропиленового сетчатого протеза при пластике передней брюшной стенки (способами “Onlay”, “Sublay”, “Inlay”) у больных с послеоперационными вентральными грыжами средних и больших размеров заключается в использовании дренажей в подкожной клетчатке до 2 недель послеоперационного периода с последующим переходом, в случае необходимости, на пункционный метод. Важным компонен-



том профилактики скопления жидкости в месте расположения сетчатого протеза, у данной категории больных, является бандажирование области вмешательства сразу после операции.

**1814. МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛАЦИЯ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ КОМПОНЕНТЕ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ**

Трандофилов М.М., Сизова А.Н., Зинатулин Д.Р.

Москва

Кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии МГМСУ
им. А.И. Евдокимова

Работа основана на изучении 72 пациентов с метастатическим поражением печени колоректального рака, мужчин и женщин в возрасте от 50-75 лет с нерезектабельными метастазами, которым была произведена микроволновая абляция с целью улучшения онкологических результатов лечения. Для локальной деструкции использовался аппарата для микроволновой абляции AveCureMWG881, которая проводилась чрескожно чреспеченочно под контролем ультразвуковой навигации, а также интраоперационно в сочетании с резекцией печени (4 пациентам). Контроль эффективности осуществлялся инструментальными методами исследованиями, компьютерной томографией и ультразвуковым исследованием, в динамике. В послеоперационном периоде у пациентов отмечались следующие осложнения: умеренное кровотечение из раны места входа электрода остановившееся самостоятельно – 1 пациент, внутрипеченочная гематома – 1 пациент, остаточная полость, не потребовавшая дополнительного вмешательства – 1 пациент, ожог кожи вокруг электрода - 2 пациента, желчеистечение из места вкола электрода -1 пациент, летальных исходов не было. Среднее количество дней пребывания в стационаре составляло 7 дней. За время наблюдения пациентов местных рецидивов в зоне абляции не наблюдалось. Однолетняя выживаемость составила 78,5%, двухлетняя-63,3%, трехлетняя 58,3%. Таким образом видно, что чрескожное чреспеченочное применение микроволновой абляции уменьшает риск послеоперационных осложнений у соматически ослабленных пациентов с метастатическим поражением печени колоректального рака за счет миниинвазивности и малотравматичности, а также повышает их выживаемость.

**1815. ЭПСТ И ХОЛЕДОХОСКОПИЯ
ПРИ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

Койчуев Р.А., Османов А.О., Магомедов М.Г.,
Абдурашидов Г.А.

Махачкала

Дагестанский государственный
медицинский университет

Эхинококкоз печени относится к хирургической патологии, обусловленным поражением органа личинками ленточного гельминта эхинококка, представляющим собой кистозное образование в организме человека. Механическая желтуха в результате прорыва оболочек и элементов паразита в билиарное дерево, холангит на этом фоне, стенозирующий папиллит, образование наружных желчных фистул в послеоперационном периоде, являются одними из серьезных осложнений хирургического лечения эхинококкоза печени. С целью улучшить результаты лечения этих больных мы применили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и в некоторых случаях холедохоскопию. В исследование вошли пациенты, лечившиеся по поводу эхинококкоза печени в клиниках хирургии г. Махачкалы с 2000 года по 2016 год. Из них желчные осложнения наблюдались у 232 (23,7%) больных. ЭПСТ выполнена у 22 (2,2%) больных. Размеры эхинококковых кист варьировали в пределах от 5,7 см до 11,8 см, имели различную локализацию в сегментах печени. Показания для ЭПСТ выставляли на основании клинических данных, УЗИ, КТ, чресдренажной фистулографии, ретроградной холангиографии. Больные были разделены на две группы в зависимости от сроков выполнения ЭПСТ. Первую группу составили 9 больных, которым ЭПСТ была произведена до операции, и во вторую группу были включены 13 больных, где ЭПСТ применялась в разные сроки после операции, где максимально отсроченная ЭПСТ была выполнена на 36-е сутки после операции. В первой группе были 5 больных с прорывом хитиновой оболочки паразита в билиарное дерево, 3 больных с холангитом, и 1 больной с явлениями стенозирующего папиллита и со стойкими явлениями холангиоэктазии биарного дерева на УЗИ. Во второй группе больные имели длительное желчеистечение по наружному дренажу, в связи с формированием цистобилиарных свищей. В первой группе больных, в 5 случаях удалось выполнение ЭПСТ, с удалением оболочек паразита с дочерними кистами из общего желчного протока. У остальных больных из первой группы, как в трех



случаях холангита и стенозирующего папиллита, выполнение ЭПСТ улучшил эффект от дальнейшей проведенной операции на вторые-третьи сутки после ЭПСТ, в связи декомпрессий биларного тракта, лаважом желчного дерева и спадениями явлений желтухи. Во второй группе больных после ЭПСТ удалось добиться закрытия цистобилиарных свищей и прекращения желчеистечения по наружному дренажу у 7 больных. У четверых больных ЭПСТ значительного эффекта не принесло, в трех случаях была выполнена интраоперационная холедохоскопия и эндоскопическая чресдренажная фистулокаваскопия с лазерной коагуляцией свищей. В одном случае потребовалось выполнение повторного оперативного вмешательства с ушиванием цистобилиарного свища. Всем больным после ЭПСТ и после холедохоскопии выполнялся лаваж биларного дерева озонированным физиологическим раствором в концентрации 4 мг/л. В анализируемой группе больных у двух больных имелось нагноение остаточной полости, которое разрешилось на 16-е, 18-е сутки после операции. Послеоперационных осложнений таких как, формирование наружных желчных свищей, летальности, не наблюдалось.

1816. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ (ПОСТШУНТОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ) ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хоронько Ю.В., Бликян А.В., Козыревский М.А.

Ростов-на-Дону

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" МЗ РФ

Актуальность и цель. Развитие энцефалопатии (ЭП) после портосистемных шунтирующих вмешательств (ПСШВ), - так называемой постшунтовой ЭП, - нередко является поводом для критики шунтирующих хирургических пособий, предпринимаемых у пациентов с осложнённой портальной гипертензией (ПГ). Следует заметить следующее. Действительно, портосистемное шунтирование является общеизвестным фактором возможного и прогнозируемого усугубления ЭП. Но при жизнеугрожающих осложнениях ПГ именно ПСШВ позволяет устранить ведущий фактор их патогенеза – повышенное давление в системе воротной вены. И главное – при своевременном выявлении и эффективной терапии негативные проявления ЭП могут быть сведены к минимуму.

Цель – улучшить результаты лечения больных, подвергающихся ПСШВ по поводу осложнений ПГ, путем повышения эффективности мероприятий по профилактике и терапии постшунтовой ЭП. Материал и методы. В 2007-17 гг. в хирургической клинике РостГМУ операция трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС) выполнена у 203 пациентов. Показаниями стали жизнеугрожающие осложнения ПГ: высокий риск рецидива недавно состоявшегося варикозного пищевода-желудочного кровотечения - у 152 больных, и рефрактерный к медикаментозным мероприятиям асцит – еще у 51 пациента. До операции ЭП I-й стадии была выявлена в 33 случаях (16,3%), латентная ЭП диагностирована у 112 (55,2%). Оперированные пациенты были распределены в 2 клинические группы. В I (контрольную) группу включены 58 больных (операции выполнялись в 2007-09 гг.), у которых профилактику постшунтовой ЭП не проводили целенаправленно. Остальные 145 пациентов составили II группу наблюдений. Они подверглись операции TIPS/ТИПС в 2009-17 гг. и на этапах пред- и раннего послеоперационного периодов, наряду с обеспечением ежедневного стула, применялись препараты лактулозы, неабсорбируемые антибиотики группы рифаксимина (до 1600 мг/сутки), L-орнитина-L-аспартат (LOLA) (с индивидуальным подбором дозы и способа введения). Результаты. Значимое усугубление ЭП (от латентной до I-й стадии и от I-й до II-й) в 6-недельный срок после операции TIPS/ТИПС в I группе произошло у 17 (29,3%) больных, а во II – у 16 (11,0%). В 2-х случаях в I группе (3,4%) послеоперационная ЭП имела выраженные нейропсихические проявления: в одном - соответствовала III-й стадии, а во втором - сопровождалась нарушениями сознания и развитием комы (IV стадия). Этим пациентам потребовалось длительное лечение в палате интенсивной терапии, приведшее к улучшению состояния. У нескольких пациентов (4 и 3, соответственно группам) эпизоды прогрессирования ЭП были отмечены в более поздние сроки – от 7-й недели до истечения первого года, а еще у одной больной – почти через 3,5 года после шунтирования. Во всех случаях развитие усугубления постшунтовой ЭП удалось купировать применением описанных мер. К эндоваскулярной редукции шунта мы не прибегли ни в одном случае. Заключение. Так как операция TIPS/ТИПС является фактором прогнозируемого усугубления ЭП, одно лишь предположение о развивающемся у пациента этом осложнении является основанием для проведения комплекса лечебных мероприятий. Обеспечение ежедневного стула, применение лактулозы (per os и в клизмах), неабсорбируемых антибиотиков группы рифаксимина, препаратов LOLA является обязательным.



1817. АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН, ОСЛОЖНЕННЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Стойко Ю.М., Цыплящук А.В., Харитонов С.Е., Яшкин М.Н., Вундер Е.С.

Москва

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

Актуальность: по данным международной эпидемиологической программы Vein Consult, в которую было включено 13 стран (в том числе и Россия) из 69866 обследованных пациентов, проявления хронической венозной недостаточности обнаружены у 23,6% исследуемых.

Цель исследования: оценить эффективность амбулаторного лечения пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей (ХЗВНК) с клиническим классом С4-С6, а так же сравнить эффективность различных методов устранения рефлюкса.

Материалы и методы. В нашем Центре за последние 10 лет амбулаторно пролечено более 1300 пациентов с клиническим классом С4-С6 по СЕАР. Амбулаторное лечение пациентов проводилось с использованием комплекса мероприятий, включающих сочетание хирургического лечения, склеротерапии, местного лечения и адекватной компрессионной терапии. Пациенты разделены на две группы, согласно методу устранения рефлюкса по подкожным венам. В первой группе (1076 пациентов) основным методом лечения была эндовенозная термооблитерация (ЭВТО). В качестве вспомогательных методов использовалась минифлебэктомия притоков, склеротерапия. Во второй группе (226 пациентов) основным методом являлась эхо-контролируемая склеротерапия (ЭКС). Эффективность лечения оценивали по шкале Venous Clinical Severity Score (VCSS). Результаты. После лечения через 12 месяцев клиническая тяжесть в первой группе в среднем уменьшилась с 9,9 до 5,5 баллов. Во второй группе - с 10,6 до 5,3 баллов. Полного заживления открытых трофических язв удалось добиться в 96% случаев в первой группе. Во второй группе открытые трофические язвы зажили в 94% случаев.

Выводы: 1. Клиническая эффективность ЭВТО и ЭКС сопоставимы. 2. Метод ЭКС более, чем в 30% случаев требовал последующих повторных процедур через 6 и 12 месяцев. 3. Амбулаторное лечение пациентов с хроническими заболеваниями вен, осложненными трофическими изменениями кожи является эффективной и обоснованной организационной формой специализированной хирургической помощи.

1818. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Трандофилов М.М., Праздников Э.Н., Овчаров С.Э., Светашов В.С.

Москва

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

В исследование были включены 245 больных с колоректальным раком и метастатическим поражением печени I, II, и III стадии (по Gennari) находящихся на лечении за период с 2002 по 2017 год. По нозологическим формам заболевания распределены следующим образом: рак толстой (98) и прямой кишки (49). Объем метастатического поражения печени составлял: I стадия поражения (99), II стадия поражения (115), III стадия поражения (31). Результаты исследования и их обсуждение: Все больные получали комбинированное лечения 82 больным были выполнены резекции печени. Правосторонняя гемигепатэктомия 8, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия 6, левосторонняя гемигепатэктомия 8, трисигментэктомия 24, билобэктомия 22, сегментэктомия 14 случаях. У 74 больных на фоне проводимой полихимиотерапии, таргетной терапии нерезектабельные метастатические поражения печени были переведены в резектабельные. 105 больным была выполнена радиочастотная абляция метастазов в печени. Для радиочастотной деструкции был использован аппарат ELEKTROTOM HITT 106 и Cool-tip мощностью 200 Ватт. 55 больным была выполнена микроволновая деструкция опухоли печени аппаратом AveCure MWG881 мощностью 34 Ватт. В 16 случаях при локализации опухоли в толстой или прямой кишке и наличии синхронных метастазов в печени радиочастотная деструкция проводилась интраоперационно в сочетании с удалением первичного очага. В 13 случаях при синхронных метастазах в контралатеральной доле печени при выполнении резекции печени выполнялась интраоперационная термоабляции опухоли в оставшейся доли печени. Использование интраоперационной термоабляции позволило расширить показания к хирургическому лечению билобарных поражений печени. Термическому разрушению подвергались метастатические узлы от 0,5 до 3,5 см в диаметре. У 83 больных с раннее удаленным первичным очагом с синхронными или метакронными метастазами в печени проводилась радиочастотная абляция чрескожно чреспеченочно под контро-



лем ультразвука при этом было выполнено 285 операций. В 16 случаях локальная термодеструкция метастатических опухолей печени выполнялась под контролем видеолапароскопии. 58 больным была выполнена микроволновая деструкция опухоли печени чрескожно чреспеченочно. Было выполнено 90 операций. У 15 больных была выполнена трансартериальная химиоэмболизация опухолей печени препаратом доксирубицин, с гепосферами 150-250 нг. Заключение: В настоящее время использование при комплексном лечении, полихимиотерапии в сочетании с таргентной терапией, радиочастотной деструкции, микроволновой абляции, в сочетании с резекциями печени больных с колоректальным раком с метастатическим поражением печени позволило увеличить резектабельность больных до 35-40%. Применение РЧ и Микроволновой абляции уменьшает риск оперативного вмешательства у соматически ослабленных больных, за счет малоинвазивности и малотравматичности. Продолжительность жизни однолетняя составила – 73,5%, двухлетняя – 53,3%, трехлетняя – 32,1%, пятилетняя 24,6%.

1819. ВЫБОР МЕТОДА ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ: ЧРЕСКОЖНОЕ ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ИЛИ ТРАДИЦИОННОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО?

Алентьев С.А., Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Молчанов А.А., Попов В.В.

Санкт-Петербург
Кафедра общей хирургии
Военно-медицинской академии

Цель исследования: Оценить преимущества чрескожного эндобилиарного стентирования при механической желтухе опухолевой этиологии в сравнении с традиционными паллиативными хирургическими вмешательствами.

Материалы и методы: В основную группу исследования включены пациенты с механической желтухой опухолевой природы (n=162), которым выполнялось стентирование желчных протоков с использованием металлических стентов с полимерным покрытием (n=110), и без покрытия (n=52). Имплантация стентов производилась по традиционной методике чрескожно чреспеченочно (n=104). В 41 наблюдениях чреспеченочный доступ оказался невозможен в связи с узкими протоками и стентирование произведено чрескожно через холецистостому у 21 пациентов, в

20 случаях - чрескожно через Т-образный дренаж (антеградно - 16, ретроградно - 4). У 6 больных в связи с безуспешностью многократных попыток реканализации опухолевой стриктуры выполнен чрескожный чреспеченочный пункционный холедоходуоденоанастомоз со стентированием пункционного канала. В 5 наблюдениях процедура чрескожного чреспеченочного стентирования потребовала эндоскопической ассистенции, и в шести наблюдениях лапароскопической ассистенции. Группу сравнения (n=74) составили больные, оперированные традиционным способом, которым выполнялось наложение обходного билиодигестивного анастомоза (n=28), различные виды холецистостом (минидоступом, лапароскопические) (n=31), лапароскопическое дренирование желчных протоков (n=15). Результаты: Процедура чрескожного эндобилиарного стентирования была успешной во всех случаях. Технические трудности удалось разрешить благодаря применению оригинальных методик стентирования через холецистостому или Т-образный дренаж, пункционного холедоходуоденоанастомоза, эндоскопической или лапароскопической ассистенции во время процедуры. В ближайшем послеоперационном периоде, при применении малоинвазивных методов лечения, летальные исходы отсутствовали. Во всех случаях наблюдалась адекватная декомпрессия желчных протоков. Пожизненная проходимость стента отмечена у большинства больных (93,8%). Рецидив механической желтухи в сроки от 1 до 28 мес потребовал повторного чрескожного стентирования в зоне продолженного роста опухоли в трех наблюдениях, повторного чрескожного стентирования в связи с прорастанием опухоли или грануляций через ячейки непокрытого стента у 7 больных. В группе больных после традиционных оперативных вмешательств отмечено 3 летальных исхода. В 12 случаях наложения обходных билиодигестивных анастомозов (49,6%) отмечен рецидив механической желтухи, что потребовало выполнения других видов чрескожного или эндоскопического дренирования и стентирования. У 21 пациента (47,8%) после холецистостомии или интраоперационного дренирования желчных протоков были выполнены другие виды чрескожного дренирования и стентирования.

Заключение: Чрескожное эндобилиарное стентирование в отличие от традиционных паллиативных хирургических вмешательств обеспечивает длительную (у большинства больных (93,8%) пожизненную) декомпрессию желчных протоков, сопровождается минимальным числом осложнений и отсутствием летальности.



1820. ТРАВМА ГРУДИ В ИСТОРИЧЕСКОМ ПЛАНЕ НА ЗАПАДНОМ УРАЛЕ

Нечаев О.И., Л.Ф Палатова, В.А. Черешнев

Пермь, Екатеринбург

Пермский государственный политехнический университет
Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера
Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук.
Екатеринбург

Диагностика и лечение травмы груди представляла трудно разрешимую проблему до 50х годов двадцатого века. Главным препятствием было отсутствие условий для адекватного обезболивания и «плевропульмональный шок», как называли в то время пневмоторакс. Только с появлением эндотрахеального наркоза стало возможным вмешиваться на легких и сердце. Впервые анестезиологическая служба в Прикамье появилась в г. Березники, где хирургом в городской больнице работал Е.А. Вагнер. Под его руководством было создано отделение во вновь построенном больничном городке, где лечились пострадавшие с проникающей и закрытой травмой груди. Еще в 1955 году им была защищена кандидатская диссертация «Хирургическая тактика при проникающих ранениях груди в условиях мирного времени». В 1981 г. вышла в свет монография «Хирургия повреждений груди» В противоположность с установкой на консервативную терапию, преобладавшей в то время, он рекомендовал активную хирургическую тактику при травме груди. В 1965 году в Москве состоялась защита им докторской диссертации «Материалы к изучению закрытых травм груди мирного времени». После перевода Е.А. Вагнера в Пермский медицинский институт в качестве проректора по научной работе началась эпоха изучения проблемы в экспериментальном, патофизиологическом, клиническом и организационном направлениях. На базе вначале кафедры факультетской, а затем госпитальной хирургии, которой он заведовал в течение 25ти лет, были созданы лаборатории трансплантологии, медицинского применения цианокрилатных соединений, проблемная лаборатория по изучению травмы груди. Были изучены характерные особенности нарушений гемодинамики и газообмена, на основе которых выработаны принципы патогенетической терапии при травме груди. Разработаны методы адекватного обезболивания и интенсивной терапии. Было создано первое в СССР специализированное отделение сочетанной травмы, где

применялись оригинальные принципы последовательности вмешательств, определяемые «доминирующей травмой». Получила применение реинфузия крови. В составе Союзной проблемы №2 в эксперименте изучена проблема диагностики и лечения комбинированной радиационной травмы. Результаты нашли отражение в рекомендациях министерств здравоохранения РСФСР и СССР. Со временем появлялись новые методы диагностики (УЗИ, компьютерная томография, МРТ). Большой прогресс в лечении различных повреждений груди наметился с внедрением эндоскопии. Теперь большая часть вмешательств выполняется методом торакоскопии. Большая работа была проведена по изучению последствий различных травм, что значительно улучшило результаты лечения. В 1997 г. году группе ученых во главе с академиком РАМН Е.А Вагнером была присуждена Государственная премия в области науки и техники за разработку и внедрение современных концепций лечения тяжелой сочетанной травмы и её осложнений.

1821. ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ. СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Инжеватов В.В.(1), Резяпкин Г.И.(3),
Оськин А.Н.(6), Алексанян В.М.(1),
Ермаков Д.Ф.(1), Раскатова Е.В.(7),
Григорьев В.В.(2), Ауде Ф.С.(2), Котова М.Н.(5),
Щетинин С.А.(4)*

Москва

1)МГМСМУ, 2)РУДН, 3) ГКБ №1,
4) Клиника «Креде эксперто»,5) ФНКЦ ФМБА,
6) ЦКБ УДП РФ, 7) ГКБ №68

Актуальность. Выбор анестезиологического пособия при плановом оперативном лечении пациентов по программе хирургии одного дня. Материал и методы. За 2013-2015 гг., в условиях Центра амбулаторной хирургии располагавшегося на базе многопрофильной поликлиники г. Москвы – Филиал №1 (ГП№185) ГП №36, проведено анестезиологическое пособие при плановом хирургическом лечении 1401 пациента, которым выполнено, 1952 операции. Среди пациентов 30,3% мужчин и 69,7% женщин, в возрасте от 18 до 83 лет, средний возраст – 54,5 года. Пациенты принадлежали к I, II и III классу по шкале оценки физического состояния ASA. Возможность хирургического лечения пациентов III класса по ASA, т.е. с тяжелым, но компенсированным заболеванием (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и



т.д.) решался в каждом случае индивидуально, с учетом кардиального статуса, вида анестезиологического пособия, характера и продолжительности оперативного вмешательства. Продолжительность операций не более 2 ч. Операционно-анестезиологический риск не более 2-й степени по МНОАР. Центр амбулаторной хирургии был укомплектован наркозно-дыхательной, реанимационной и следящей аппаратурой в соответствии с Приказом МЗ РФ №919н от 15.11.2012. Всегда имелась возможность для интубации пациента, перехода на управляемое дыхание и выполнение реанимационных мероприятий в полном объеме. Основной метод обезболивания — спинальная анестезия — 1356 (96,8%) пациентов с патологией нижних конечностей, прямой кишки, нижних отделов передней брюшной стенки. Для введения препарата 0,5% бупивакаин (Маркаин-хэви) использовались «карандашные» иглы G25 и G27. При поражении одной нижней конечности применялась монолатеральная анестезия. Проводниковая анестезия применялась в 16 (1,1%) случаях. Внутривенная анестезия — в 29 (2,1%) — при проктологических и урологических операциях. В послеоперационном периоде пациент находился под наблюдением анестезиолога на протяжении 4-6 часов, вплоть до выписки. По восстановлению функции тазовых органов со стабильными гемодинамическими показателями пациенты активизировались и транспортировались по месту жительства. Далее — амбулаторный режим. Результаты. Подавляющее большинство — 1396 пациентов (99,65%) хорошо перенесли анестезию и оперативное вмешательство, активизированы и выписаны на амбулаторный режим в день операции. Один случай (0,07%) госпитализации в стационар из Центра — ТИГМ развилась через 2 часа после операции под спинальной анестезией по поводу паховой грыжи у пациентки 60 лет с ГБ в анамнезе. После стационарного лечения в течение 1 суток пациентка продолжила амбулаторное лечение. Исход благоприятный. ППГБ после спинальной анестезии — 4 случая (0,28%). Лечение — амбулаторное, исход благоприятный. Обсуждение. На всех этапах лечения, от предоперационной подготовки до выписки, действия персонала и пациента были подчинены единой задаче — создание условий для ранней активизации пациента и, через это, переходу на амбулаторный режим в день операции. Определяющие факторы — рациональный отбор пациентов и минимизация операционной травмы. Спинальная анестезия для лечения ВБВНК в условиях однодневной хирургии — метод выбора и хорошо переносится больными при использовании малотравматичных методик спинальной пункции. Ранняя активизация, с использованием средств реабилитации, сразу после операции спо-

собствует профилактике осложнений. Предопределенный порядок быстрого реагирования при возникновении неотложных состояний в раннем послеоперационном периоде, предполагающий мобильную связь, взаимодействие с СМП и многопрофильным стационаром — еще один фактор надежности в амбулаторных условиях. Выводы и рекомендации. Результаты исследования показали на большом клиническом материале эффективность и безопасность спинальной анестезии для пациентов с патологией нижних конечностей, прямой кишки, нижних отделов передней брюшной стенки в условиях хирургии одного дня.

1822. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОС-ФИНКТЕРОТОМИЯ, ДОПОЛНЕННАЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ «СЛОЖНОГО» ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Бахтиозина Д.В., Токтогазиев Б.Т.

Москва

1)РНИМУ им. Н.И. Пирогова
2)ГКБ №31 ДЗМ 3)ГКБ №17 ДЗМ

Введение. «Сложный» холедохолитиаз (ХЛ), проявляющийся наличием крупных (> 15 мм) или множественных конкрементов билиарного тракта, а также изменениями анатомии парапапиллярной зоны, является одной из наиболее актуальных и сложных проблем панкреатобилиарной хирургии. В последние годы в мировой практике все более широкое применение при эндоскопическом лечении данной категории больных находит новый метод - баллонная дилатация (БД) области дозированной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с последующим удалением конкрементов. Эта методика повышает эффективность литоэкстракции при сложных формах ХЛ, а также снижает процент осложнений, связанных с вмешательством.

Материалы и методы В период с 01.2013 по 01.2017 в нашей клинике было произведено 2021 эндоскопическое ретроградное вмешательство, из них 934 транспапиллярные операции выполнены по поводу ХЛ. При этом, 194 вмешательства пришлось на долю пациентов со «сложным» ХЛ. Новый технический прием, а именно БД области ЭПСТ, был выполнен при проведении 85 вмешательств у 81 больного из данной группы. Женщин среди них было 50, а мужчин — 31. Возраст пациентов варьировался от 29 до 91 года и в среднем составлял $68,7 \pm 13,4$ года. Показаниями к данному



объему вмешательства был ХЛ с крупными, множественными или неправильной формы конкрементами при наличии клинических проявлений механической желтухи в 63 (77,8%) случаях и без признаков выраженного нарушения желчеоттока – в 18 (22,2%) наблюдениях. Диаметр конкрементов находился в диапазоне от 8 до 30 мм при среднем показателе $16,8 \pm 5,6$ мм. Кроме того, у ряда больных данной группы имела место измененная анатомия парапапиллярной зоны, а именно наличие дивертикулов двенадцатиперстной кишки (24), состояние после резекции желудка по Бильрот-II (2), а также деформация дистальных отделов холедоха с формированием ангуляции (1). Результаты. Всем пациентам для обеспечения доступа в желчные протоки первым этапом была выполнена дозированная ЭПСТ, а затем дополнительно проведена БД этой области. Данное вмешательство заключалось в осуществлении одного сеанса дилатации устья холедоха с помощью баллонов диаметром от 10 до 20 мм (в зависимости от диаметра общего желчного протока и максимального размера конкрементов) и длиной от 3 до 5 см с созданием в них давления от 1,5 до 3 Атм и временем экспозиции от 1 до 1,5 минут. Удаление конкрементов после выполнения БД без литотрипсии оказалось технически выполнимым в 44 (54,3%) случаях. В остальных 37 (45,7%) наблюдениях для полноценной санации желчного дерева потребовалось выполнение механической внутрипротоковой литотрипсии. Общая эффективность транспапиллярного эндоскопического лечения во всей исследуемой группе составила 96,3%. Частота успешного извлечения камней без литотрипсии оказалась напрямую связана с диаметром дилатационных баллонов, и была тем выше, чем большим был их размер. Так при применении баллонов диаметром от 15 до 20 мм эффективность удаления конкрементов составила 60% (30/50), а при меньшем размере – 45,2% (14/31). В нашем исследовании встретилось 2 (2,5%) осложнения. Кровотечение из области ЭПСТ было остановлено с помощью комбинированного эндоскопического гемостаза при повторном вмешательстве. Ретроуденальная перфорация возникла при извлечении крупного конкремента неправильной формы с острыми гранями, которая в конечном итоге привела к летальному исходу. Заключение. БД области ЭПСТ является перспективной методикой в лечении «сложного» ХЛ, эффективность которой при изолированном применении составила 54,3%, а в комплексе с механической внутрипротоковой литотрипсией достигла 96,3%. Частота осложнений (2,5%) и летальности (1,2%) у данной сложной категории пациентов практически не превышает подобные показатели, характерные для эндоскопических транспапиллярных вмешательств в целом.

Для полноценной оценки результатов и преимуществ предложенной методики требуется проведение проспективного рандомизированного контролируемого исследования с большой выборкой больных.

1823. ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОСВОЕНИЯ НАВЫКОВ КОММУНИКАЦИИ В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

*Немирова С.В., Биткина О.А., Медведев А.П.,
Потемина Т.Е., Горох О.В.*

Нижний Новгород

НижГМА

Одним из неотъемлемых компонентов подготовки студента в условиях современного здравоохранения является освоение амбулаторного раздела практической медицины, подразумевающего как большой объем профилактических мероприятий, так и первичную дифференциальную диагностику хирургической патологии. Реалии сегодняшней поликлиники не позволяют вести амбулаторный прием с большой группой студентов, т.к. последние не чувствуют своего вовлечения в процесс, а преподаватель не имеет возможность в присутствии пациента давать «учебные» комментарии. В этом случае эффективную подготовку к общению с реальным пациентом помогают провести интерактивные методы обучения, в частности – кейс-технология, которая, позволяя моделировать различные клинические ситуации, открывает большие возможности учебных дискуссий. Цель: оценить эффективность кейсов, применяемых для формирования умений и навыков общения студента с профильными амбулаторными пациентами и построения алгоритма действий по обследованию данной категории больных. Материалы и методы. Проанализированы ближайшая (в конце цикла) и отдаленная (через 6 месяцев) выживаемость знаний, степень усвоения материала и овладения навыком опроса амбулаторного пациента хирургического профиля студентами 6 курса лечебного факультета Нижегородской государственной медицинской академии. В группе 1 обучение проводилось по классической схеме с практическими занятиями, следующими непосредственно за освоением теоретического и симуляционного (физикальное обследование и мануальные навыки) курсов. Во 2 группе практическим занятиям предшествовали семинары с групповым обсуждением наиболее распространенных в амбулаторной хирургии «кейсов». Студенты 3 группы



1824. ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Фархат Ф.А., Светашов В.С.

Москва

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

сами принимали участие в разработке кейсов и решали задания в соревновательном формате 2 командами. Входящий, текущий и заключительный контроль осуществлялся методом тестирования; также проводилось анкетирование студентов на предмет их уверенности в собственных знаниях и навыках. Результаты и обсуждение. При входящем контроле знания и навыки студентов и при тестировании и при анкетировании были сопоставимы во всех трех группах. Также во всех группах имело место улучшение результатов тестирования после цикла хирургии. Однако при анализе результатов промежуточного тестирования обучающиеся 2 и 3 групп выгодно отличались от своих коллег из 1 группы, причем третье тестирование и анкетирование выявили преобладание 3 группы в оценке удовлетворенности своими знаниями и умениями и готовности применять их на практике. В первой группе студенты отмечали неудовлетворенность степенью освоения навыков и в дальнейшем для них были проведены «кейс-занятия», что позволило им достичь уровня студентов 2 и 3 групп. В основе кейс-технологии лежит создание учебной ситуации, в процессе решения которой студенты учатся применять теоретические знания на практике, что, в свою очередь, способствует развитию их способности к самоактуализации. При этом акцент обучения в основном переносится на развитие клинического мышления и способности реализовывать его в различных ситуациях. Плюсом кейсов, решаемых группой обучающихся, является постепенное формирование необходимых умений в спокойной, привычной студенту обстановке, что способствует позитивному отношению к процессу обучения и способствует развитию коммуникативных навыков. Для оптимизации процесса образования важно сделать самого учащегося активного потребителя знаний, способного и сформулировать проблему и найти способ ее решения, то есть самостоятельная работа студента является одной из важнейших составляющих учебного процесса, в ходе которой происходит формирование навыков, умений и знаний и в дальнейшем обеспечивается лучшее усвоение знаний и развитие умений и навыков. Коллективное творчество также стимулирует мышление, дает навык командной работы, формирует личное чувство ответственности за результат общей деятельности.

Выводы. Кейс-метод освоения коммуникативных навыков в области амбулаторной хирургии показал преобладание над традиционным подходом в обучении, при этом группа, самостоятельно моделирующая кейс, гораздо быстрее усваивала материал и показывала достоверно более высокие результаты контрольных тестирований и опросов, чем их коллеги, не участвовавшие в соревновании.

Среди последствий ЧМТ посттравматические кисты головного мозга вызывают большой клинический интерес при возникновении стойких и полиморфных психоневрологических симптомов. Важную роль в возникновении кист, Л.И. Смирнов отводит повышению внутричерепного давления при ЧМТ (гипертензионно-гидроцефальному синдрому), что связано либо с гиперпродукцией ликвора, либо с нарушением всасывания его. Этого же мнения придерживаются и другие авторы (Зотов Ю.В., 1993 г.; Разумовский А.Е., 1997 г.; Hardman J., 1991 г.; Marshall L., 1997 г.). Нами обследованы 13 б-х с посттравматическими кистами головного мозга, имевших проявление болезни в форме гипертензионно-гидроцефального синдрома, что составило 21,7% от всей группы обследованных больных. У этих пациентов было характерным повышение внутричерепного давления и явления гидроцефалии. Больные жаловались на головную боль, головокружение тошноту, иногда рвоту. На глазном дне у 5 больных отмечено расширение вен, нечеткость границ диска зрительного нерва. Однако, развитые застойные соски зрительных нервов нами не обнаружены ни в одном случае. При люмбальной пункции, выполненной угловым и/или пневматическим манометром в положении больного лежа, давление ликвора повышалось до 300 мм вод, в среднем до 230 мм водн ст. При компьютерно-томографическом исследовании у больных, наряду с кистообразованием и локальной атрофией мозга, были обнаружены признаки внутренней или генерализованной гидроцефалии без явлений окклюзии желудочковой системы мозга. Клиническая картина заболевания у данной категории больных, в известной мере, зависела от размеров и локализации кист, степени выраженности гидроцефалии. На основании проведенного исследования отмечено, что анализ неврологического дефицита, результатов комплексного обследования больного являются основой для выработки показаний к медикаментозному или хирургическому методам лечения. Оперативное вмешательство показано при непод-



дающемся медикаментозной коррекции гипертензионно-гидроцефальном синдроме.

1825. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ

*Ларьков Р.Н., Загаров С.С., Сотников П.Г.,
Колесников Ю.Ю., Шилов Р.В., Вульф В.В.,
Казанский М.Ю., Петраков К.В.*

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского,
отделение хирургии сосудов и ИБС

Актуальность: Каротидная эндартерэктомия прочно заняла свое место в арсенале методов профилактики ОНМК у пациентов с атеросклеротическим поражением сонных артерий. Тем не менее, ишемический инсульт является одним из главных осложнений этой операции. Интраоперационные инсульты могут развиваться в результате транзиторной ишемии головного мозга при пережатии сонных артерий во время операции. Основным методом профилактики ишемии мозга в этом случае является интраоперационное использование временного внутрипросветного шунта (ВВШ). Однако рутинное использование ВВШ увеличивает риск развития интраоперационных инсультов эмболического генеза. Определение показаний к использованию ВВШ при реконструктивных операциях на сонных артериях является одним из важных вопросов современной каротидной хирургии. Цель: определить эффективность церебральной оксиметрии в плане определения показаний к использованию ВВШ при выполнении каротидной эндартерэктомии. Материалы и методы: С 2012 по 2016 год 310 пациентам при выполнении каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) выполнено измерение показателей церебральной оксиметрии. В 215 случаях предоперационно пациентам выполнена проба Матаса. У 95 пациентов проба Матаса не выполнялась ввиду эмболоопасной атеросклеротической бляшки или окклюзии контрлатеральной внутренней сонной артерии (ВСА). Снижение скорости потока по средней мозговой артерии (СМА) более чем на 50% или появление неврологической симптоматики расценивается как низкая или критическая степень толерантности головного мозга к ишемии и требует интраоперационного использования временного внутрипросветного шунта. Показаниями к использованию ВВШ шунта по результатам церебральной оксиметрии (rSO₂) является снижение более чем на 25% от исходно-

го уровня или уменьшение абсолютных показаний ниже 50%. Результаты: Результаты пробы Матаса предполагали необходимость использования ВВШ у 18(8,4%) больных. Измерение показателей церебральной оксиметрии определило необходимость использования ВВШ у 8 (2,6%) больных которым проба Матаса не проводилась, а также у 7 (2,2%) больных с низкой и критической степенью толерантности головного мозга к ишемии. Этим больным было выполнено ВВШ ВСА. В остальных 10 случаях критической и низкой толерантности головного мозга к ишемии внутренний шунт не использовался. Среди прооперированных пациентов 5 (1.6%) перенесли ОНМК: 1 на фоне использования ВВШ и 4 без его использования (3 в результате артериальной эмболии и 1 на фоне тромбоза реконструированной ВСА) Заключение: Измерение показателей церебральной оксиметрии при выполнении КЭАЭ позволяет определить показания к использованию ВВШ. Использование пробы Матаса для определения показаний к применению ВВШ должно быть ограничено, из-за риска эмболических осложнений при ее выполнении.

1826. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОЛИПОЗОМ

*Миракян С.С., Павлов П.В., Царьков П.В.,
Тулина И.А, Ефетов С.К., Киценко Ю.Е.*

Москва

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность: Аденоматозный полипоз толстой кишки (он же диффузный, или семейный) - редкое заболевание, при котором образуются множественные (сотни и тысячи) аденоматозных полипов. Заболевание обусловлено мутацией гена - супрессора опухолевого роста APC (локус 5q21). Аденоматозные полипы чаще всего впервые диагностируются в возрасте до 20 лет (диапазон 7-36 лет). К 35 годам, 95% обследуемых имеют полипы. Рак толстой кишки чаще манифестирует к 40 годам (диапазон 34-43 лет). Данная патология является облигатным предраком. Цель исследования: оценить результаты эндоскопического лечения пациентов с семейным аденоматозным полипозом. Материалы и методы: за период с ноября 2015 по декабрь 2016 года 11 пациентам с генетически



подтвержденным полипозом и отказавшимся от колопроктэктомий (5 женщин, 6 мужчин, средний возраст 27,45 лет (12-55)). В отделении эндоскопии 3/11 УКБ №2 выполнялись внутриспросветные оперативные вмешательства в объеме множественных эндоскопических резекций слизистой оболочки с аденоматозными опухолями. В зависимости от размера опухоли (менее 1 см) удалены методом холодной петлевой биопсией в 65%. Результаты: У пациентов возрастной категории до 35 лет полипы преимущественно располагались в правой половине ободочной кишки. Эндоскопическое удаление полипов осуществлялось в несколько (сколько??) этапов, первым выполнялась санация наиболее крупных (более 1 см) образований с последующим гистологическим исследованием. Вторым этапом выполнялось санация оставшихся полипов меньших размеров. Среднее время вмешательства составило 87 минут. Средний размер полипов составил 18 (2-35) мм. Кровотечений и перфорации отмечено не было. Среднее количество удаленных полипов составило 49 (17-102 шт). по результатам морфологического исследования первого курса полипэктомий двум пациентам, выполнена лапароскопическая тотальная колопроктэктомия с формированием J-образного илеорезервуара с низведением его в полость малого таза и формированием аппаратного резервуаро-анального анастомоза, превентивной двустольной илеостомы с последующим реконструктивным этапом. Все пациенты находятся под наблюдением с периодичностью раз в 6 месяцев. Заключение: полипэктомия является методом выбора у пациентов, отказавшихся от хирургического лечения метод прост, безопасен, но требует длительного вмешательства.

1827. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХИЛЯРХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ

Абдуллаева А.З., Меджидов Р.Т.

Махачкала

ДГМУ

Хилархолангиокарцинома остается сложной задачей гепатобилиарной хирургии. картина развиваясь на более поздних стадиях заболевания, как правило, неспецифична и манифестирует синдромом обструкции желчных путей, холангитом и интоксикацией. Основным методом лечения остаются радикальные и паллиативные хирургические вмешательства, направленные на декомпрессию билиарного тракта (БТ), удаление опухоли и вос-

становление оттока желчи в желудочно-кишечный тракт.

Цель исследования: оценить эффективность щадящей хиатальной резекции при хирургическом лечении хиларголангиокарциномы.

Материалы и методы: проведен анализ результатов обследования и лечения 54 пациентов с хилархолангиокарциномой. Тип распространения оценен по классификации Bismuth-Corlette, в соответствии с которой пациенты распределены следующим образом: I тип – 4 пациента, II тип – 12, IIIa- 7, IIIb- 9, IV-22. Пациенты поступали с признаками механической желтухи, в 23 (42,6%) случаях с явлениями холангита. Диагноз устанавливали на основании данных УЗИ, КТ, МРТ. МРХПГ позволяет оценить состояние желчных протоков и протока поджелудочной железы. ЭРХПГ позволяла определить нижнюю границу блока, а в сочетании с ЧЧХГ – протяженность опухоли и точную локализацию. В 24 (44,4%) случаях выявлена инвазия сосудистых структур. Декомпрессия БТ была выполнена 33 (61,6%) пациентам проксимальным доступом (ЧЧХС): в 23 (69,7%) случаях наружное дренирование, в 10 (30,3%) – наружно-внутреннее. Из 54 наблюдений подлежащими оперативному лечению признаны 28 (51,8%). Интраоперационная ревизия в 2 случаях послужила основанием для отказа от радикального вмешательства. Основным видом вмешательства стали резекция протоков с щадящей хиатальной резекцией печени. В 14 (54,0%) случаях, формирование билиодигестивного соустья выполнено по разработанной нами методике (патент РФ №2453280), изолированной по Ру петли тощей кишки с тканями вокруг ЖП у ворот печени на «мигрирующих» силиконовых стентах. Результаты и обсуждение. Интраоперационные осложнения имели место в 6,1% наблюдений, послеоперационные – в 15,1%, явления холангита отмечены в 36,4% случаев. Послеоперационная летальность составила 3,7%. В отдаленные сроки в 21,4% наблюдений развился стеноз билиодигестивного анастомоза, что потребовало выполнения повторной реконструкции в одном случае, и в 5 – перкутанного чрескожного наружно-внутреннего дренирования БТ. Рецидив в сроки до одного года отмечен у 31,4% пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 14,8%.

Заключение. Экономная резекция печени с резекцией желчных протоков у ослабленных и пожилых пациентов позволяет уменьшить количество интра- и послеоперационных осложнений и обеспечивает приемлемую выживаемость. Для профилактики рефлюкс холангита целесообразно использование выключенной петли по Ру длиной более 90 см. Предложенный вариант формирования анастомоза обеспечивает профилактику ре-стеноза.



1828. ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПИЛОРОБУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ

Праздников Э.Н. (1,2), Баранов Г.А.(1,2),
Шевченко В.П.(1,2), Налетов В.В.(2),
Зинатулин Д.Р.(1,2)

Москва

1. ФГБОУ ПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации
2. ГБУЗ "ГКБ им братьев Бахрушиных ДЗМ"

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки является одним из самых широко распространенных гастроэнтерологических заболеваний в мире. Не смотря на развитие фармакотерапии язвенной болезни, число осложнений язвенной болезни, таких как кровотечение, перфорация и пилородуоденальный стеноз остаётся на очень высоком уровне. Выбор метода оперативного вмешательства остается дискуссионным. В последние годы в хирургии перфоративной язвы все более активно стали применяться миниинвазивные методы. Выполнение оперативного вмешательства лапароскопическим способом при перфоративной язве сегодня становится рутинной методикой.

Цель. Оценить возможности лапароскопического доступа у больных с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, осложненной перфорацией, с учетом топографоанатомических особенностей. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 123 больных с перфоративными язвами пилоробульбарной зоны, проходивших лечение в ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ» в период с 2012 по 2016 год в возрасте от 21 до 86 лет, средний - $45 \pm 6,8$ года. По локализации на долю язвенного поражения луковицы 12 перстной кишки приходилось 74 %, пилорического отдела желудка 26%. Больные разделены на 2 клинические группы: первая - 65 больных, которым выполнялось ушивание язвенного дефекта лапаротомным доступом; вторая - 58 больных, которым выполнялось ушивание перфоративной язвы лапароскопическим методом. Оперативное вмешательство в первой клинической группе выполнялось лапаротомным доступом: выполнялась срединная лапаротомия; ревизия брюшной полости; ушивание язвенного дефекта двухрядным швом, нитью викрил 2/0; санация и дренирование брюшной полости. Во второй клинической группе оперативное вмешательство выполнялось видеолапароскопи-

ческим методом. Показания к лапароскопическому ушиванию перфорации: - дефект не более 1,5 см; - отсутствие стеноза, кровотечения, пенетрации; - не более 12 часов от момента перфорации; Противопоказания: - распространенный перитонит с массивным наложением фибрина; - выраженная воспалительная инфильтрация в области перфорации; - сочетание нескольких осложнений язвенной болезни; - тяжелая сопутствующая патология; - рубцово-спаечный процесс верхнего этажа брюшной полости, изменяющий топографоанатомические взаимоотношения органов и дифференцировку структур.

Методика выполнения: в параумбиликальной области устанавливался 10 мм троакар для оптики, карбоксиперитонеум до 10 мм рт ст, положение Фовлера с поворот тела на 30° влево; по передней подмышечной линии слева и справа на уровне пупка порты для манипуляторов; ревизия брюшной полости; санация брюшной полости; ушивание дефекта в зависимости от локализации и размеров дефекта: до 5 мм ушивание однорядным швом, более 5 мм - двухрядным интракорпоральным швом викриловой нитью; повторная санация и дренирование брюшной полости. Результаты. В первой клинической группе продолжительность операции составила от 40 до 150 минут. Средняя продолжительность $92 \pm 11,3$ минут ($p \leq 0,05$). Средняя кровопотеря составила до 150 мл ($p \leq 0,05$). Реанимационный койко-день составил от 1 до 17, средний - $3,9 \pm 1,9$ ($p \leq 0,05$). Послеоперационный койко-день - от 3 до 25, средний - $10,2 \pm 2,4$ ($p \leq 0,05$). Наблюдалось 5 осложнений: 2 - нагноения послеоперационной раны, 2 - клинически значимая пневмония, 1 - эвентрация, потребовавшая выполнения релапаротомии. 4 летальных исхода: у 3-х больных в следствии интоксикационного синдрома и декомпенсации сопутствующей соматической патологии, у 1-го - в следствии тромбоэмболии легочной артерии. Осложнений в 1 группе - 7,69%, летальность - 6,15%. Во второй клинической группе продолжительность операции составила от 35 до 100 минут. Средняя продолжительность $58,8 \pm 5,3$ минут ($p \leq 0,05$). Кровопотеря до 50 мл ($p \leq 0,05$). Реанимационный койко-день не превышал 3 (7 больным госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии не потребовалась), средний - $1,1 \pm 0,5$ ($p \leq 0,05$). Послеоперационный койко-день (за исключением реанимационного койко-дня) составил от 2 до 8, средний - $5,2 \pm 1,6$ ($p \leq 0,05$). Наблюдалось 1 осложнение - несостоятельность раннее наложенных швов. Выполнена срединная лапаротомия, повторное ушивание дефекта. Больной выписан на 8 сутки после повторного оперативного лечения. Осложнений во в группе - 1,72%, летальность - 0. Заключение. Лапароскопического доступа позво-



ляет снизить реанимационный и послеоперационный койко-день, позволяет в максимально короткие сроки перевести больного на пероральный прием препаратов, что в свою очередь снижает затраты на послеоперационное лечение и реабилитацию больных с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны, увеличить оборот койки в отделениях реанимации и интенсивной терапии и хирургических отделениях стационаров.

1829. КТ-ВОЛЮМЕТРИЯ ПЕЧЕНИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛОБАРНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Расулов Р.И. (1), Юдин А.А.(2), Сонголов Г.И.(2)

Иркутск

- 1) ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
- 2) ФГБОУ ВО "ИГМУ" Минздрава России

Актуальность: По данным Global Cancer Statistics в 2012 году в мире было зарегистрировано 1,4 млн новых случаев заболевания колоректальным раком. При этом, у 20-25% из этих больных при первичной постановке диагноза отмечается синхронное метастатическое поражение печени. По данным Иркутского областного онкологического диспансера, до 65% больных с колоректальными метастазами в печени имеют двудольный характер поражения. Существующие современные алгоритмы хирургического лечения не учитывают объем метастатического поражения при расчете планируемого остаточного объема печени, в связи с этим, наиболее частой причиной смерти в послеоперационном периоде у данной категории больных по-прежнему является печеночная недостаточность. Таким образом, разработка универсального алгоритма хирургического лечения билобарного метастатического поражения при колоректальном раке остается востребованной задачей.

Материал и методы: В период с 2012 по 2016 гг. в Иркутском областном онкологическом диспансере проходили стационарное лечение 163 пациента с билобарным метастатическим поражением печени при колоректальном раке, из них 76 мужчин и 87 женщин. Средний возраст больных составил 63 ± 4 лет. Критерий включения - II стадии метастатического процесса в печени по L. Gennari. Критерии исключения: III и IV стадии по L. Gennari. Все больные получали комплексное лечение, включающее одномоментное вмешательство на толстой

кишке и на печени. Первая группа (n=76) проходила лечение в период с 2012 по 2014гг., решение о характере печеночного этапа хирургического вмешательства принималось исходя из визуальной картины поражения по данным интраоперационного УЗИ печени. Второй группе больных (с 2015 по 2016гг., n=44), печеночный этап хирургического вмешательства проводился на основании предложенного алгоритма, включающего расчет предполагаемого остаточного объема печени с объемом метастатического поражения, посредством КТ-волюметрии. Картина выполненных операций на печени в первой и второй группах выглядит следующим образом: гемигепатэктомия с абляцией метастазов оставшейся половины (n=12 и n=3), атипичные сегментарные и долевые резекции печени в сочетании с абляцией метастазов и химиоэмболизацией печеночной артерии (n=24 и n=12), радиочастотная абляция, эндоваскулярная эмболизация метастазов (n=40 и n=29). На толстой кишке в обеих исследуемых группах выполнялись операции: правосторонняя гемиколэктомия (n=7 и n=3), левосторонняя гемиколэктомия (n=14 и n=8), сигмоидэктомия (n=19 и n=6), резекция прямой кишки (n=36 и n=27). Статистические методы обработки: тесты на нормальность распределения Shapiro-Wilk, определение значимости различий с помощью непараметрических тестов ANOVA.

Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде у первой группы больных по Clavien-Dindo было диагностировано 9,2% осложнений: II степени (n=1), IIIb степени (n=2), IVa степени - печеночная недостаточность (n=4). У второй группы исследуемых – 6,8% осложнений: IIIb степени - (n=1), IVa степени - печеночная недостаточность (n=2). Послеоперационная летальность в группах составила: 3,9% (n=3) - в первой и 2,3% (n=1) - во второй. Во всех случаях причиной смерти была печеночная недостаточность. Статистические различия послеоперационных осложнений.

1830. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЭЛА

Немирова С.В., Медведев А.П., Сафонов Д.В., Лобанова Н.Ю., Козина М.Б., Шевченко Н.Ю., Калинина М.Л., Смирнова Д.В.

Нижний Новгород

НижГМА

Цель: оценить результаты комплексного обследования и лечения пациентов с подозрением на наличие легочно-плевральных осложнений (ЛПО)



ТЭЛА. Материалы и методы: обследовано 102 пациента с подозрением на наличие ЛПО ТЭЛА. Диагноз ставился на основании лабораторных тестов, рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, эхокардиографии, ультразвуковом исследовании легких и плевры, а также нативной КТ в сочетании с ангиопульмонографией. Для восстановления кровотока по легочной артерии применяли ее фармакологическую и/или оперативную дезоблитерацию. Для лечения и предотвращения прогрессирования инфекционных осложнений акцентировали внимание на адекватной санации и дренаже бронхиального дерева, при необходимости назначали антибактериальные препараты широкого спектра действия и оксигенотерапию. При наличии плеврального выпота выполняли декомпрессию легкого. В послеоперационном периоде с целью профилактики формирования постэмболической легочной гипертензии назначались простагландины. В качестве профилактики повторных эпизодов ТГВ и рецидива ТЭЛА применяли методики ускорения венозного возврата, назначение системных флеботонических средств и пероральных антикоагулянтов. Помимо этого всем пациентам проводили лечение сопутствующей бронхо-легочной и сердечно-сосудистой патологии. Результаты: Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование легких и плевры. При этом выявляли утолщение листков плевры, чаще локальное, наличие жидкостного однородного содержимого без включений или с экзогенной неоднородной взвесью плевральной полости, а также присутствие участков гипозоногенной безвоздушной легочной ткани, в том числе с линейными гиперэхогенными сигналами (пневмония, участки деструкции легочной ткани). При нативной КТ встречались мозаичность легочного рисунка (57,84%), симптом «матового стекла» (48,4%), инфаркт легкого и инфаркт-пневмония (33,33%), плеврит (30,39%), реже имели место признаки деструкции легочной ткани (16,67%); пневмоторакс был только в 1 случае (0,98%). Все типы ЛПО более часто выявлялись у больных с поражением дистальных артерий, чем ствола и главных ЛА. При соблюдении всех лечебных мер, включая лечение сопутствующей патологии, отмечен регресс клинических проявлений ЛПО ТЭЛА. При нарушении режима приема оральных антикоагулянтов части больных наблюдали развитие ПТФС или рецидива ТГВ нижних конечностей. Повторные эпизоды тромбоемболии магистральных и периферических ветвей легочной артерии с повторным возникновением легочной гипертензии, в т.ч. при формировании геморрагических инфарктов легких, выявлялись при неадекватном лечении сердечно-сосудистой патологии. У пациентов с прогрессирующей сердечной недостаточностью наблюдалось повышение давления

в легочной артерии кардиального генеза. При обострении хронических бронхо-легочных заболеваний выявлялось увеличение давления в легочной артерии смешанного типа. Выводы: Основным методом диагностики ЛПО ТЭЛА является КТ, которая позволяет в полном объеме выявить их наличие в короткое время и приступить к началу их лечения. Комплексное применение антикоагулянтной, эндотелиопротекторной, противовоспалительной и антибактериальной терапии способствовало регрессу ЛПО ($p=0,029$) и прогрессивному снижению ДЛА ($p=0,014$).

1831. СРАВНЕНИЕ ЧИСЛА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ У ЖЕНЩИН, ПРИНИМАВШИХ ПРЕПАРАТЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС КЛЕТОК

Абрамян Ш.М (1,2), Морозов С.Г.(2)

Москва

1. Клиника пластической хирургии и косметологии ООО «Фрауклиник»
2. ФГБНУ «НИИОПП»

Введение. В настоящее время возрастает интерес к пластическим операциям на лице («подтяжка» или лифтинг лица) с целью коррекции эстетического восприятия личности. Однако послеоперационные осложнения, связанные с изменениями кожи и подкожной клетчатки в области послеоперационного рубца, могут нивелировать усилия пластических хирургов по исправлению внешности пациента. Одной из причин осложнений является ишемия тканей в период операции, когда в клетках накапливаются свободные радикалы, активируются процессы аутофагии, а также сигналы апоптоза или некроза. Последующее восстановление кровотока (реперфузия) вызывает активацию уже индуцированных сигнальных путей гибели клеток, что морфологически проявляется в виде локальных зон некроза в области послеоперационного рубца. В настоящее время хирурги активно ищут способы предотвращения повреждения тканей после ишемии, быстрого восстановления кровотока, поддержания высокого уровня оксигенации кожи, связывания и удаления свободных радикалов, повреждающих клетки. Одним из таких способов является применение препаратов (имеющих лицензию Минздрава Российской Федерации), повышающих энергетический статус клеток. Их достаточно много, но для наших целей мы выбрали янтарную кислоту – метаболит цикла Кребса, которая используется для повышения



энергетического статуса клеток.

Целью данной работы было сравнение послеоперационных осложнений у пациенток после лифтинга лица, принимавших (или НЕ принимавших) препараты янтарной кислоты в предоперационном периоде.

Пациенты. В исследовании приняли участие женщины в возрасте от 32 до 64 лет ($n = 36$), которым проведен лифтинг лица в Клинике пластической и эстетической хирургии «Фрауклиник», г. Москва. Все пациентки подписывали информированное согласие на участие в исследовании, утвержденное Ученым Советом НИИОПП. Протокол данного исследования был одобрен Этической Комиссией института. Критериями исключения пациентов из исследования было наличие острых вирусных или бактериальных инфекций, сахарного диабета, системных аллергических или воспалительных заболеваний, беременности, онкологического заболевания. Всем пациенткам проводили стандартные лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для проведения операции. Из 36 пациенток 18 принимали препарат янтарной кислоты в течение 10 дней перед операцией (по 1 таблетке 0,5г 3 раза в день во время еды). Группа пациенток, принимавших препарат, соответствовала по возрасту и индексу массы тела группе без медикаментов.

Результаты. Все пациентки наблюдались в течение 1 месяца после лифтинга лица на предмет возможных осложнений (некроз мягких тканей в области послеоперационного рубца, серома, гематома в области рубца, тромбоз вен подкожной клетчатки, неровный рубец, инфекционные осложнения), а также оценивалась длительность периода заживления раны. Частичный некроз в области рубца был у двух пациенток старше 50 лет, не принимавших препараты янтарной кислоты. В группе «янтарной кислоты» некрозов тканей в области рубца не определялось. По числу инфекционных осложнений различий не было (по 3 в каждой группе), тромбозов не выявлено, гематома была у 4-х пациенток в контрольной группе и ни у одной с янтарной кислотой. По длительности заживления раны после операции: сроки сокращались на 3 – 5 дней в группе пациенток, принимавших янтарную кислоту.

Выводы. Пероральный прием янтарной кислоты в течение 10 дней в предоперационный период положительно влияет на сроки заживления послеоперационной раны, а также снижает риск развития зон частичного некроза в области послеоперационного рубца. При этом янтарная кислота не оказывает влияния на другие виды осложнений, включая инфекционные. Поскольку исследование носит пилотный характер и проведено на ограниченной контингенте пациенток после операции

лифтинга лица, данное исследование будет продолжено для более углубленного анализа полученных результатов.

1832. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Стегний К.В. (1), Двойникова Е.Р. (1),
Гончарук Р.А. (1) М.Ю. Агапов М.Ю. (2)*

Владивосток

1 Тихоокеанский государственный медицинский университет

2), 2 Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД»

Лучевые методы диагностики на сегодняшний день получили большое распространение. У 1 % всех пациентов, подвергнувшихся госпитализации, выявляются кистозные образования поджелудочной железы, из них 16% образований имеют эпителиальную выстилку – истинные кисты, 3 % из которых склонны к малигнизации. Компьютерная томография (КТ) обладает высокой чувствительностью в обнаружении кистозных образований: 70 – 100%, однако, специфичность и точность невысоки, 70% и 39 – 44%, соответственно, на таком же уровне находится и чувствительность к выявлению злокачественных форм кистозных образований поджелудочной железы (65,4 % - 94,3 %). Таким образом, а другие лучевые методы исследования (магнитно – резонансная томография (МРТ) и трансабдоминальное ультразвуковое исследование) имеют более низкий уровень чувствительности, специфичности и точности в диагностике при кистозных образованиях. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) является методом, способным подтвердить наличие или отсутствие образования, выполнить его оценку, а также при дополнительном проведении тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) получить цитологический материал. Таким образом, выполнение ТАБ под контролем эндосонографии позволяет повысить диагностическую точность по сравнению с КТ и МРТ на 36% и 54%, соответственно.

Цель работы: оценить эффективность тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ЭУС при кистозных образованиях поджелудочной железы.

Материалы и методы: оценены ретроспективно 39 историй болезни пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы, которым



выполнялась ТАБ под контролем ЭУС. Средний возраст пациентов составил 45,2 ± 11,4 лет. Всем пациентам выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем эндосонографии с цитологическим и биохимическим исследованием полученных образцов. Всем пациентам с псевдокистами выполнялось наложение эндоскопической цистогастротомы или цистоеюностомы. Правильность постановки диагноза оценивалась по данным оперативного лечения или катамнеза. Результаты исследования: в 18 случаях (46,2%) обнаружены постнекротические кисты поджелудочной железы, в 7 случаях (17,9%) выявлена внутрипротоковая муцинозная неоплазия (две из них бокового типа), серозная цистаденома в 9 случаях (23,1%), муцинозная цистаденома в 4 случаях (10,3%) и в 1 случае (2,5%) – псевдопапиллярная опухоль. В случае псевдопапиллярной опухоли пункция выполнена иглой 22G, в остальных случаях для получения цитологического материала была использована игла 19G. В трех случаях (7,7%) цитологический материал оказался малоинформативным, в связи с низкой клеточностью доставленных образцов. В двух случаях выполнена повторная ТАБ под контролем ЭУС: в одном случае при повторном исследовании установлена серозная цистаденома, во втором – муцинозная цистаденома. На основании полученных данных выполнена оценка чувствительности и специфичности ТАБ под контролем ЭУС при кистозных образованиях и составила 83% и 92%, соответственно. Во всех случаях выполнялось биохимическое исследование содержимого кист. В 12 случаях выявлен повышенный уровень раковоэмбрионального антигена (более 165 нг/мл), в 18 случаях в содержимом кисты отмечался высокий уровень амилазы более 5000 ЕД/л. Обсуждение результатов: ТАБ под контролем эндосонографии обладает высокой специфичностью и чувствительностью в диагностике кистозных образований поджелудочной железы, позволяет не только визуализировать кистозные образования, но и дифференцировать их с высокой точностью. Однако, не всегда данная методика позволяет получить достаточное количество информативного материала, что требует повторного забора материала или необходимости получения гистологического материала. Таким образом, тонкоигольная аспирационная биопсия является эффективным методом в диагностике и дифференциальной диагностике кистозных образований, однако, требует высокой квалификации специалиста как эндоскописта, так и цитолога.

1833. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

*Фуфаев Е.Е., Котив Б.Н., Дзидзава И.И.,
Гунят Р.Я., Баринов О.В., Ясученя Д.А.,
Куракевич И.В., Холматов В.Н.*

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия

Актуальность. Статус регионарных лимфоузлов является одним из важнейших факторов стадирования, прогноза и выживаемости при немелкоклеточном раке легкого (НМКРЛ). Чувствительность и специфичность традиционных лучевых методов обследования компьютерной томографии и позитронно-эмиссионной томографии составляют 55% и 81%, 77% и 86% соответственно. Диагностически более информативным являются минимально инвазивные методики. Так трансбронхиальная игольная аспирация в комбинации с чреспищеводной игольной аспирацией под контролем ультразвукового исследования (EBUS + EUS) имеет чувствительность и специфичность 88% и 100%. Однако эти методики могут быть проведены лишь в случае выраженной лимфаденопатии. Оценить тип лимфоттока («скачущие» лимфоузлы), наличие лимфогенного метастазирования возможно с помощью определения «сторожевого лимфоузла» (СУ). Под сторожевым лимфоузлом понимают первый лимфатический узел, в который дренируется первичная опухоль. Следовательно, если СУ не вовлечен в метастатический процесс, то последующие лимфоузлы должны быть также негативны. Оценка СУ при раке легкого может изменить представление об N-стадировании и скорректировать тактику ведения больного. Биопсия сторожевых лимфатических узлов (ЛУ) становится стандартной процедурой при многих видах онкопатологии. Несмотря на актуальность проблемы, в настоящее время нет отработанной методики маркировки СУ при раке легкого. Основным недостатком используемых красителей является низкая молекулярная масса и, как следствие, слишком быстрое транзитное прохождение лимфатических коллекторов без возможности оценить последовательность распространения.

Материалы и методы. Обследовано 8 больных резектабельным НМРЛК в возрасте от 58 до 65 лет. У 3 больных диагностирован центральный, у 5 периферический рак легкого. В половине случаев верифицирована аденокарцинома, у остальных – плоскоклеточный рак. Предоперационно



всем выполнялись КТ груди и живота. Данных за внутригрудную лимфоаденопатию не получено. Вначале операции перитуморально из пяти точек вводилась 1% метиленовая синь в растворе поливинилпирролидона 8000 г/моль в количестве 5 мл. Спустя 10-15 мин в ходе операции визуально выявлялся сигнальный узел. Всем выполнялась стандартная лимфодиссекция (D2). У всех больных удавалось визуализировать и исследовать СУ. Наличие метастазов в лимфоузлах было у 2(25%) пациентов, у обоих определено поражение СУ, причем в одном случае первым сторожевым лимфоузлом являлся лимфоузел N2 (скачущие метастазирование). Пораженные узлы относились к ипсилатеральной медиастинальной группе. У 7 (87,5%) пациентов с выявленным сторожевым лимфоузлом и отсутствующем в нем метастазом в оставшихся лимфоузлах метастазов не выявлено. После гистологического исследования лимфатических узлов у 2 (25%) изменилась клиническая стадия заболевания, что потребовало дальнейшего комплексного лечения пациентов. Выводы. Полученные данные показывают, что соединение метиленовой сини с 20% раствором поливинилпирролидона 8000 г/моль позволяет интраоперационно контрастировать сигнальные лимфоузлы при НМРЛ, определить пути лимфотока опухоли и повысить качество лимфодиссекции. Выявленная тенденция указывает, что на основании морфологической оценки удаленных СУ можно уточнить N-статус и скорректировать дальнейшего тактику ведения больного.

1834. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ГЕМОКОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГОАБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

*Бельских А.Н., Захаров М.В., Котив Б.Н.,
Дзидзава И.И., Сизов Д.Н.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова" МО РФ

Рост заболеваемости и крайне высокая летальность при разлитом перитоните с развитием тяжелоабдоминального сепсиса, определяют актуальность данной проблемы. Целью настоящего исследования явилась оценка результатов последовательного применения сорбционных и мембранных методов экстракорпоральной гемокоррекции в комплексной интенсивной терапии больных разлитым перитонитом и тяжелоабдоминальным сепсисом.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов (мужчин – 13 (65%), женщин – 7 (35%)) с разлитым перитонитом различной этиологии и тяжелым абдоминальным сепсисом, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии хирургических клиник Военно-медицинской академии с 2014 по 2015 гг. Диагноз сепсис верифицирован на основании наличия очага инфекции, положительных бактериологических исследований биологических жидкостей, двух и более признаков ССВР, высокого уровня прокальцитонина, С-реактивного белка, ЕАА-анализа уровня активности эндотоксина. Всем пациентам, после выполнения хирургического пособия и санации полости брюшины, проводилась стандартная интенсивная терапия (в соответствии с рекомендациями SSC 2012) в комбинации с методами экстракорпоральной гемокоррекции. Тяжесть состояния по шкалам APACHE II и SOFA составила 30,2±4,2 и 13,1±3,5 баллов, соответственно. Средний возраст больных составил 54,1±16,5 года. Экстракорпоральную гемокоррекцию начинали с проведения операции селективной ЛПС-адсорбции по вено-венозному контуру с использованием сорбционной колонки AltecоLPSadsorber (AltecоMedical, Швеция) кратностью 2 процедуры ежедневно, скорость кровотока 120 мл/мин, длительностью 2 часа с последующим проведением непрерывной гемофильтрации/гемодиализации, как терапии острого почечного повреждения, на аппаратах Diapact CRRT фирмы «B. Braun» (ФРГ) и Multifiltrate фирмы «Fresenius MedCare» (ФРГ), по вено-венозному контуру. Антикоагуляция обеспечивалась гепарином (10-20 ед/кг/час) под контролем показателей АЧТВ, АСТ. Группу клинического сравнения составили 22 больных с разлитым перитонитом, тяжелым абдоминальным сепсисом и полиорганной недостаточностью, сопоставимые по основным клиническим и лабораторным показателям. В комплексную интенсивную терапию этой группы включены только постоянные и продленные методы заместительной почечной терапии (гемофильтрация/гемодиализация). Результаты. Последовательное применение процедуры селективной ЛПС-адсорбции и методов заместительной почечной терапии позволило максимально эффективно купировать клинические признаки тяжелого сепсиса/септического шока. В процессе терапии пациентов отмечено повышение СрАДна 17%, повышение индекса оксигенации на 30%, положительная рентгенологическая динамика, тенденция к снижению лейкоцитоза, снижение температуры тела, снижение уровня активности эндотоксина (ЕАА) на 15%, снижение уровня РСТ на 60%. Наблюдалось уменьшение основных показателей эндотоксикоза, коррекция кислотно-основного и электролитного состава



крови. 28-дневная выживаемость составила 12 пациентов (60%), в группе клинического сравнения – 8 пациентов (32%). Таким образом, при развитии грамм-отрицательного тяжелого сепсиса у больных разлитым перитонитом, применяемая тактика последовательного применения селективной ЛПС-адсорбции и методов заместительной почечной терапии позволила в совокупности с комплексом хирургического санации и интенсивной терапии повысить 28-дневную выживаемость с 32% до 60%.

1835. ОБЪЕМНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Дзидзава И.И., Слободяник А.В., Котив Б.Н., Кудрявцева А.А., Алентьев С.А., Солдатов С.А., Джафаров А.А., Смородский А.В.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” МО РФ.

Цель: изучить диагностическую ценность КТ-волюметрии и клиренса индоцианина зеленого, как предикторов пострезекционной печеночной недостаточности.

Материал и методы. Анализированы результаты 179 резекций печени: 128 различных гемигепатэктомий и 51 секционэктомии. В 24 случаях применяли предоперационную эмболизацию воротной вены. Для количественной оценки функции печени выполняли клиренс-тест с индоцианином зеленым (ИЦЗ). Определяли скорость плазменной элиминации (СПЭИЦЗ) и остаточную концентрацию на 15 мин. (ОК15ИЦЗ). Для расчета планируемого пострезекционного объема печени (ППО) использовали методику КТ-волюметрии. Степень тяжести пострезекционной печеночной недостаточности оценивали в соответствии с рекомендациями Международной исследовательской группы по хирургии печени (ISGLS) и с учетом критериев «50-50». Результаты. Частота пострезекционной печеночной недостаточности (ППН) при обширных резекциях составила 42,5%: степень А – 38,7%; степень В – 41,9%, степень С – 19,4%. Планируемый пострезекционный объем как предиктор послеоперационной печеночной недостаточности характеризовался умеренной прогностической силой (c -statistic=0,710, $p=0,04$) с чувствительностью и специфичностью 84,6% и 61%, соответственно. Показатели элиминации индоцианина зеленого

были достоверно хуже у больных с хроническим заболеванием печени или после повторных курсов полихимиотерапии (СПЭИцз 15,6%/мин vs 18,6, $p=0,004$; ОК15Ицз 19,6% vs 6,1%, $p=0,003$). Клиренс-тест с индоцианином зеленым характеризовался высокой чувствительностью (92,3%) и специфичностью (71,4%) в определении функционального потенциала печени и превосходной прогностической силой (c -statistic=0,82, $p=0,0001$) в предопределении ППН. Факторами риска развития послеоперационной печеночной недостаточности при выполнении обширных резекций является ППО < 372 см³/м² и СПЭИцз < 10%/мин. Показанием к предоперационной эмболизации воротной вены являются ППО 15%/мин или 10%/мин < СПЭИцз 550 см³/м². Скорость плазменной элиминации ИЦЗ менее 10%/мин признана противопоказанием к выполнению обширных резекций печени. Применение данных критериев позволило снизить частоту пострезекционной печеночной недостаточности (25,6%) и исключить развитие ее тяжелых форм.

Заключение. Планируемый пострезекционный объем печени по данным КТ-волюметрии и параметры клиренс-теста с индоцианином зеленым являются высокочувствительными методами прогнозирования послеоперационной гепатоцеллюлярной недостаточности. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма с уточненными показаниями к предоперационной эмболизации воротной вены позволяет снизить частоту пострезекционной печеночной недостаточности.

1836. ПРОЕКТ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Юркова Е.А., Дижиченко Р.Л. Захарова Л.И.

Смоленск

Областное государственное учреждение здравоохранения "Поликлиника №2"

Разработка малоинвазивных методик в хирургии и внедрение стационарных замещающих технологий способствовало созданию центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) в различных городах России. Вопрос открытия ЦАХ в городе Смоленске является актуальным. В настоящее время низкая оперативная активность в хирургических кабинетах поликлиник, факты необоснованного направления амбулаторных больных на стационарное лечение, приводят к неоправданной загруженности хирургических стационаров и увеличению времени ожидания плановой госпитализации пациентов в



1837.ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ

*Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Дмитроченко И.В.,
Фуфаев Е.Е., Ясюченя Д.А., Баринов О.В.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова" МО РФ

хирургические стационары. Открытие подобного лечебного учреждения в областном центре позволит устранить, перечисленные выше недостатки. Цель работы: создание проекта ЦАХ оказывающего медицинскую помощь взрослому населению по профилям: хирургия, эндоскопия, проктология, ангиохирургия. Задачи: анализ основных проблем предоставления хирургической помощи в Смоленской области, разработка проектного решения по созданию центра амбулаторной хирургии на базе ОГБУЗ «Поликлиника №2» города Смоленска, расчет экономической эффективности и основных рисков реализации проекта. Ожидаемые результаты: повышение доступности оказания хирургической помощи, сокращение времени ожидания планового оперативного лечения, повышение эффективности использования медицинского оборудования, повышение квалификации персонала медицинской организации, повышение финансовой устойчивости ОГБУЗ «Поликлиника №2» города Смоленска. Для реализации проекта необходимо использование человеческих, материальных, финансовых, информационных и интеллектуальных ресурсов. Все виды ресурсов рассчитаны и отражены в проекте. Социальная и медицинская эффективность: • повышение доступности хирургической помощи населению города Смоленска; • сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов, сокращение сроков лечения; • улучшение качества жизни пациентов хирургического профиля; • снижение нагрузки на круглосуточные стационары города; • «территориальная доступность» медицинской помощи прикрепленному населению по профилю хирургия. Основным источником финансирования для реализации проекта, предположительно, будет являться бюджет Смоленской области (61%), остальные средства ОГБУЗ «Поликлиника №2». Из них 17% средства Фонда обязательного медицинского страхования и 22% средства, полученные от предпринимательской и иной, приносящей доход деятельности. Прибыль проекта составит около 3,5 миллиона рублей в год. Период окупаемости проекта – 34 месяца, индекс прибыльности – 1,52, что свидетельствует о его экономической эффективности. Имеющиеся риски не являются критическими и существуют способы их минимизации, либо исключения полностью. При условии наличия площади для создания ЦАХ, проект может быть успешно реализован на базе ОГБУЗ «Поликлиника №2» города Смоленска.

Материалы и методы: в период с 2007 по 2016 гг. выполнено 213 видеоторакоскопических оперативных вмешательств по поводу новообразований средостения – 96 (45%) и лимфаденопатии средостения – 117 (55%). Средний возраст пациентов – 44,5±13,6 лет, большинство больных составляли мужчины – 132 (62%).

Результаты: средняя длительность операции составила 73±23 минут. Объем интраоперационной кровопотери не превышал 200 мл. Длительность дренирования плевральных полостей в послеоперационном периоде составила 1,8±0,9 суток. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре – 5,7±1,4 суток. Осложнения развились у 9 (4,2%) пациентов (пневмония – 2, мерцательная аритмия – 2, миастенический криз – 2, длительный (более 7 суток) сброс воздуха – 1, повреждение диафрагмального нерва – 1). У одного пациента (0,4%) возникла необходимость конверсии доступа из-за развившегося интраоперационного кровотечения. При гистологическом исследовании удаленных новообразований в 38 (17,8%) случаях диагностирована тимома, в 21 (9,9%) – гиперплазия тимуса, в 9 (4,2%) – киста перикарда, в 6 (2,8%) невринома, в 5 (2,4%) – ходжкинская лимфома, по 4 (1,9%) случая – бронхогенная киста, неходжкинская лимфома, липома кардио-диафрагмального угла, в 2 (0,9%) – тератома, киста тимуса, в 1 (0,4%) – семинома 1. По результатам гистологического исследования лимфоузлов средостения диагностированы: саркоидоз – 78 (66,6%), туберкулез – 26 (22,2%), ходжкинская лимфома – 5 (4,2%), неходжкинская лимфома и медиастинальная форма рака легкого – по 4 (3,5%). Таким образом, высокая информативность и малая травматичность видеоторакоскопических оперативных вмешательств делает их "золотым стандартом" в диагностике и лечении новообразований средостения и обеспечивает оптимальную тактику ведения больных.



1838. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Дзидзава И.И., Онницев И.Е., Котив Б.Н.,
Ивануса С.Я., Солдатов С.А., Смородский А.В.,
Столярчук С.В.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова” МО РФ

Цель исследования: определить роль и место эндовидеохирургических вмешательств в лечении больных с портальной гипертензией.

Материалы и методы: В клинике общей и госпитальной хирургии ВмедА с 2012 г. по июнь 2016г. на лечении находились 95 больных с синдромом портальной гипертензии, обусловленным циррозом печени (86 больных), подпеченочным блоком (9 больных). Среди них 62 (65,3%) мужчины и 33 (34,7%) женщины. Средний возраст составил 46,4±9,9 лет. Варикозное расширение вен пищевода III степени установлено в 36 (38,9%) случаях, IV степени в 32 (33,6%) наблюдениях. С острыми гастро-эзофагеальными геморрагиями поступило 13 (13,7%) пациентов. 68 больным с целью профилактики и остановки кровотечения из ВРВП выполнено эндоскопическое лигирование (ЭЛ) от 2 до 5 сеансов. В отдаленном периоде наблюдения после ЭЛ у (58,8%) пациентов диагностирован рецидив ВРВП. Признаки асцитического синдрома различной степени выраженности выявлены у 45 (47,3%) пациентов, из них в 15 случаев он носил рефрактерный к мочегонной терапии характер. Согласно классификации Child 14 больных были отнесены к группе «А»; 49 (51,6%) – к группе «В» и 32 пациента – к группе «С». Результаты: С целью радикальной профилактики кровотечения 14 больным выполнен лапароскопический дистальный спленоренальный анастомоз (ЛДСРА). Всем больным с целью профилактики ранних послеоперационных кровотечений операция дополнена дезартеризацией желудка и перевязкой селезеночной артерии. При контрольном ФГДС наблюдался регресс ВРВП до 1-2 степени. Эпизодов тромбоза сосудистого соустья, рецидива пищеводно-желудочного кровотечения и асцита нет. Больным (n=32) с резко угнетенной функцией печени, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и выраженной печеночной энцефалопатией выполнена операция – лапароскопическая дезартеризация (ЛДПЖ) пищевода и желудка. Развитие рецидива пищеводно-желудочного кровотечения в течении года у 6 пациентов. Выводы: Таким образом, лапароско-

пический ДСПА у больных с синдромом ПГ возможен как альтернатива TIPS. ЛДПЖ возможна и эффективна у больных с высоким риском пищеводного кровотечения при невозможности шунтирующих операций.

1839. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

*Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Солдатов С.А.,
Пашков Д.В., Смородский А.В., Джафаров А.А.,
Самуйленко А.В.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова” МО РФ

Совокупность опыта лапароскопических оперативных вмешательств и достижений инструментально-технического прогресса в настоящее время позволяют значительно расширить возможности эндовидеохирургии в лечении очаговых образований печени. Число лапароскопических резекций печени неуклонно растет, как за счет увеличения числа клиник, осваивающих методику, так и накопления опыта в передовых учреждениях. В клинике госпитальной хирургии в период с 2012 по 2016 года выполнено 38 эндовидеохирургических резекционных вмешательств на печени. В 10 случаях показанием к операции являлись гемангиомы диаметром более 5 см, в 19 наблюдениях солитарные метастазы колоректального рака, в 2 – фокальная нодулярная гиперплазия печени с признаками прогрессирующего роста и в 7 случаях – гигантские истинные кисты печени. По объему вмешательств выполнено 12 левосторонних кавальных лобэктомий, 3 – трисегментэктомии (SII-III+SIIVa), 12 – бисегментэктомии (SV-VI; SVI-VII; SV-IVa); 11 – сегментэктомии различной локализации. Использовали стандартное эндовидеохирургическое оборудование. Доступ осуществляли через 4-5 веерообразно расположенных лапаропортов. Держалки петель для выполнения Pringle-маневра выводили через отдельные проколы кожи. Диссекция паренхимы печени выполнялась при помощи ультразвуковых ножниц и моно- и биполярной электрокоагуляции. Крупные трубчатые структуры клипировали. При пересечении сосудисто-секреторных ножек для достижения гемо- и желчестазы применяли эндоскопические линейные сшивающие аппараты. Обширную резекционную раневую поверхность печени дополнительно обрабатывали аргон-усиленной или плазменной коагуляцией. В сомнительных случаях для укрытия раневой поверхности применяли гемостатиче-



скую губку «Тахокомб». В подавляющем большинстве случаев осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах не было. В двух наблюдениях имело место длительное желчеотечение по страховочному дренажу из субсегментарного протока. Срок послеоперационного стационарного лечения составил 4-5 суток. Таким образом, повышение эффективности хирургического лечения больных с очаговыми образованиями печени, благодаря использованию эндовидеохирургических методов, диктует необходимость дальнейшего научно-клинического разрешения вопросов, касающихся условий, при которых возможна лапароскопическая резекция печени, показаний и противопоказаний к ней, а также ряда технических аспектов, касающихся эффективности и безопасности методов разделения печеночной паренхимы.

1840. ПЕРВАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОЙ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Котив Б.Н. (1), Дзидзава И.И. (1), Гранов Д.А. (2), Жеребцов Ф.К. (2), Солдатов С.А. (1), Смородский А.В. (1), Слободяник А.В. (1), Тилеубергенов И.И. (2), Стольников М.А. (1), Цурупа С.П. (2)

Санкт-Петербург

1.ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” МО РФ. 2.ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»МЗ РФ.

Больная Ш. 55 лет впервые госпитализирована в клинику ВМедА в июле 2014 года. В результате обследования установлен диагноз: цирроз печени в исходе хронического неverifiedированного гепатита, класс С по Чайлд-Пью (MELD – 19 баллов Child-Turcotte-Pugh – 10 баллов), синдром портальной гипертензии, варикозное расширение вен пищевода 3 степени, портальная гипертензивная гастропатия легкой степени тяжести, отечно-асцитический синдром, диуретикорезистентный асцит, рецидивирующий правосторонний печеночный гидроторакс, спленомегалия, гиперспленизм, вторичная (гиперспленическая) тромбоцитопения средней тяжести, лейкопения средней тяжести, печеночная энцефалопатия 0-I степени, хроническая печеночная недостаточность. В течение последующих двух лет неоднократно проходила стационарное лечение в клиниках академии. Выполнялись многократные лапароцентезы (15.07.2014, 04.04.2015, 02.02.2016, 26.10.2016)с

эвакуацией и реинфузией асцитической жидкости, повторные пункции и дренирования плевральных полостей (15.07.2016, 30.10.2016). С целью профилактики кровотечения 28.10.2016 выполнено лигирование варикозно расширенных вен пищевода. В сентябре 2016 года включена в лист ожидания трансплантации печени на кафедре госпитальной хирургии ВМедА. 08.11.2016 госпитализирована в клинику госпитальной хирургии, выполнено оперативное вмешательство: гепатэктомия с сохранением ретропеченочного отдела нижней полой вены, ортотопическая трансплантация печени с анастомозом нижней полой вены конец-в-бок, дренирование холедоха по Керу. Послеоперационный период осложнился отечно-асцитическим синдромом, что потребовало длительного (14 суток) дренирования брюшной полости и повторных пункций правой плевральной полости. На фоне комбинированной мочегонной терапии отечно-асцитический синдром купирован. Дренаж Кера удален после контрольной холангиографии на 24 сутки. Пациентка получала 4-х компонентную иммуносупрессивную терапию (симулект, майфортик, програф, метипред), на фоне которой признаков отторжения трансплантата нет. К исходу госпитализации признаков нарушения функционального состояния печени нет, лабораторные маркеры белково-синтетической, детоксикационной и других функций печени в пределах референсных значений. При динамическом ультразвуковом мониторинге признаков стеноза, тромбоза сосудистых и желчного анастомозов нет. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение гастроэнтеролога на 42 сутки после операции.

1841. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОГРАНИЧНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ ПРОТОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Смородский А.В., Слободяник А.В., Солдатов С.А., Пашков Д.В., Апполонов А.А., Котив А.Б., Джафаров А.А.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” МО РФ.

Представлен анализ результатов лечения 71 больного протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы. В ходе предоперационного обследования (МСКТ в ангиорежиме, висцеральная ангиография) у 43 пациентов установлены признаки условной резектабельности опухоли.



Всем пациентам выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция в расширенном варианте. Из них в 33 (46,5%) случаях вмешательство включало резекцию мезентерикопортального венозного сегмента. Показанием к резекции магистральных венозных сосудов считали инвазию стенки по результатам лучевого обследования и интраоперационным данным. В трех наблюдениях поражение верхней брыжеечной вены сочеталось с инвазией артериальных сосудов, что потребовало также резекции верхней брыжеечной и печеночной артерий. В подавляющем большинстве случаев пластику сосудов осуществляли формированием сосудистого анастомоза конец-в-конец, при этом в трех наблюдениях с брыжеечными ветвями первого порядка. У двух больных для сосудистой реконструкции использовали синтетические протезы. При резекции конfluence воротной вены выполнение мезентерикопортального анастомоза дополняли наложением дистального спленоренального шунта. Выполнение расширенного объема ГПДР с сосудистой реконструкцией потребовало значимо большего времени (в среднем 465 ± 135 мин). Расширенный вариант операции вследствие использования современных методик диссекции тканей не сопровождался увеличением объема кровопотери. Негативный край резекции достигнут в 85,9% наблюдений. Осложнения развились в 33% случаев. Послеоперационная летальность составила 7%. В отдаленном периоде большинство пациентов получало химиотерапевтическое лечение в различных вариантах. Медиана выживаемости составила 14 мес. Таким образом, резекция мезентерикопортального венозного сегмента при выполнении гастропанкреатодуоденальной резекции не сопровождается увеличением числа осложнений и кровопотери и способствует достижению негативного края резекции. Комплексное лечение больных условно резектабельным раком головки поджелудочной железы, включающее расширенный объем вмешательства и послеоперационную химиотерапию может улучшить отдаленные результаты.

1842. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*Кумпэтэ С.М.(1-2), Якуб В.А.(1),
Гузун В.В.(2), Гуцу Е.В.(1)*

Кишинёв, Республика Молдова

Государственный Медицинский Университет
«Н.Тестемицану»(1), ГКБ №1(2), г. Кишинёв.

Актуальность. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время представляет наиболее часто диагностируемую патологию желудочно-кишечного тракта, будучи справедливо названа «болезнью XXI века». Учитывая частые неудачи консервативной терапии, выявление побочных эффектов и повышенную стоимость длительного назначения ингибиторов протонной помпы (ИПП), роль хирургии в лечении ГЭРБ возросла. Кроме того, лишь хирургическое лечение способно эффективно и надежно устранить анатомические дефекты антирефлюксных механизмов, считающихся одной из основных причин ГЭРБ. Предпочтение лапароскопической хирургии в сравнении с открытой операцией обусловлено лучшими ранними результатами (меньшее число осложнений, сокращение длительности госпитализации и более ранний возврат к обычному режиму жизни). Согласно литературным данным, степень удовлетворенности пациентов после лапароскопической коррекции ГЭРБ достаточно высока и составляет 62-97%.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования 87 больных, оперированных по поводу ГЭРБ в период с 2012 по 2016 гг. Из них 70 (80,5%) обратились с типичной клинической картиной ГЭРБ, остальные 17 (19,5%) предъявляли атипичные симптомы, такие как стойкий кашель, дисфонию, боль в грудной клетке. Стандартным методом хирургической коррекции являлась лапароскопическая фундопликация по Ниссену-Россетти с/без задней крурорафии (диафрагмохиатопластики). Помимо инструментальных методов, влияние оперативного лечения на клинические проявления ГЭРБ и качество жизни больных оценивали на основании анкетирования, по опроснику GERD-HRQL (Velanovich). Полученные результаты сравнивали с дооперационными данными. Сроки наблюдения составили от 1 до 5 лет. Полученные результаты. Согласно данным опроса, 90,8% больных были довольны результатами операции. Следует подчеркнуть, что удовлетворенность результатами хирургического вмешательства была выше у пациентов с типичной клиникой



ГЭРБ в сравнении с теми, у которых показанием к операции служили атипичные симптомы (95,7% и 70,6% соответственно).

1843. ДИСТАЛЬНЫЙ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ ИЛИ TIPSS У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Котив Б.Н. (1), Дзидзава И.И. (1), Гранов Д.А. (2), Поликарпов А.А. (2), Таразов П.Г. (2), Алентьев С.А. (1), Смородский А.В. (1), Онницев И.Е. (1), Солдатов С.А. (1), Мужаровский А.Л. (2), Слободяник А.В. (1), Свеклов Д.А. (2)

Санкт-Петербург

1.ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” МО РФ.2.ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий

Хирургическая декомпрессия системы воротной вены у больных циррозом печени является радикальным методом лечения и профилактики кровотечений портального генеза. Наиболее часто хирургическая коррекция портальной гипертензии осуществляется путем выполнения дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) или трансъюгулярного внутриворотной портосистемного шунтирования (TIPSS). Вопрос о преимуществах каждого из них остается дискуссионным. TIPSS – минимально инвазивный метод, однако сопровождается высокой частотой стенозов, тромбозов шунта и постшунтовой энцефалопатией. ДСРА характеризуется минимальной частотой тромбозов и постшунтовой энцефалопатии, но является более травматичным хирургическим вмешательством. В настоящее время двухцентровое исследование включены 145 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии. По шкале Child-Pugh класс А составил 22,1%, класс В – 49%, класс С – 28,9%. Показаниями к хирургической коррекции портальной гипертензии являлись рецидивирующие пищеводно-желудочные кровотечения, варикозное расширение вен пищевода III-IV степени по Raquet и/или вен желудка II-III степени при неэффективности повторного эндоскопического лигирования. Дифференцированный выбор способа декомпрессии осуществлялся с учетом тяжести отечно-асцитического синдрома, уровня креатинина, билирубина и альбумина плазмы крови, выраженности энцефалопатии, результатов клиренс-теста с индоциановым зеленым, КТ-волюме-

трии печени, доплерографии портального кровотока, степени морфологических нарушений и возможности выполнения ортотопической трансплантации печени (ОТП) в течение ближайших 12-18 мес. ДСРА выполнен 108 пациентам (из них в 8 случаях минимально инвазивным лапароскопическим доступом), 37 установлен TIPSS (из них 2 находились на листе ожидания ОТП). Показаниями к ДСРА являлись класс А по Child-Pugh, отсутствие асцита или его транзиторный характер, отсутствие клинических признаков энцефалопатии. При тяжести печеночной дисфункции класса В и С выполняли углубленную оценку функциональных резервов печени. В наблюдениях со скоростью элиминации индоцианового зеленого >8%/мин, Vпечени >1200мл, скорости кровотока по воротной вене >600 мл/мин формулировали показания к ДСРА. При упорно рецидивирующих пищеводно-желудочных кровотечениях, неэффективности эндоскопических методов и невозможности выполнить ДСРА, а также при диуретикорезистентном асците в сочетании с выраженным варикозным расширением вен пищевода и желудка выполняли TIPSS. Во всех случаях ДСРА рецидивов гастроэзофагеальных геморрагий и случаев тромбоза шунта в отдаленном периоде не отмечено. При контрольном ФГДС наблюдался регресс ВРВП до I-II степени. Клинические признаки постшунтовой энцефалопатии легкой степени установлены в 15,7% наблюдениях. Продолжительность жизни после ДСРА на протяжении 5 лет составила 85,6±7,8% и определялась исходной степенью печеночной декомпенсации: медиана выживаемости для класса А составила 85 мес., а для классов В и С – 53 и 24 мес., соответственно (p=0,001). ОТП в отдаленном периоде выполнена 7 больным. После TIPSS наблюдалось быстрое достоверное снижение portoкавального градиента давлений в 2-3 раза от исходного (до 6-8 мм рт.ст.). Клинические признаки постшунтовой энцефалопатии легкой и средней степени тяжести имели место в 43,2% случаев. В отдаленном периоде наблюдения стеноз и тромбоз TIPSS диагностирован у 9 (24,3%) пациентов, что потребовало повторных эндоваскулярных вмешательств. Рецидивы пищеводно-желудочных кровотечений имели место у 4 (10,8%) больных. В течение периода наблюдения погибли 16 пациентов. Причинами летальных исходов являлись: сепсис – 1 (1 мес), рецидив кровотечения портального генеза – 4 (2, 3, 12, 24 мес.), прогрессирование печеночной недостаточности – 11 (от 2 до 12 мес.). ОТП выполнена 7 больным, остальные находятся на листе ожидания. Таким образом, методом выбора хирургической декомпрессии портальной гипертензии у больных с компенсированной и субкомпенсированной печеночной недостаточностью является дистальный спленоренальный ана-



стомоз. При невозможности выполнения ДСРА и неэффективности эндоскопических вмешательств у больных с высоким риском рецидива пищеводно-желудочного кровотечения показано выполнение TIPSS.

1844. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

*Дзидзава И.И., Аполлонов А. А., Котив Б.Н.,
Смородский А.В., Слободяник А.В.,
Солдатов С.А., Самуйленко А.В., Джафаров А.А.*

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова» МО РФ

Актуальность. Заболеваемость абсцессами печени варьирует от 8 до 15 случаев на 100 тысяч населения в год, а летальность колеблется от 5 до 26%. Подавляющее большинство составляют холангиогенные абсцессы. Диагностика и лечение АП остаётся одним из актуальных и сложных вопросов современной хирургической гепатологии. Цель исследования. Показать роль комплекса минимально инвазивных хирургических методик лечения холангиогенных абсцессов печени (АП). Материалы и методы. В основу данного исследования положен анализ результатов лечения 36 пациентов с холангиогенными абсцессами печени, находившихся в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 2012 по 2017 год. Наиболее частыми причинами развития холангита и внутрипеченочного холангиогенного абсцедирования явились холелитиаз (41,6%) и стриктура гепатикохоледоха (25%), реже склерозирующий холангит (5,5%), аденома большого дуоденального сосочка (8,3%), злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной области (13,9%), наличие гепатикоэнтероанастомоза (5,5%). По данным бактериологических исследований наиболее частыми возбудителями являлись *Klebsiella pneumoniae* (38,9%), *Escherichia coli* (25%), *Enterococcus faecalis* (13,9%), реже идентифицировали *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*. Ассоциации бактерий выявлены в 80,5% случаев. Чаще всего абсцессы были солитарными (75%) и локализовались в правой доле печени (77,7%). В качестве визуализационных методов обследования использовали УЗИ, МСКТ и МРХПГ. Микробиологическое исследование содержимого абсцесса печени, крови и желчи проводилось диско-диффузионным

методом с целью идентификации возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. При лечении АП применяли пункционно-дренажные методики санации гнойников под ультразвуковым, рентген-телевизионным и компьютерно-томографическим контролем. Результаты. Выбор хирургической тактики санации АП определяли дифференцированно в зависимости от размеров и числа гнойных очагов. При миллиарных, а также множественных мелких абсцессах (диаметром до 2 см) при условии адекватной проходимости желчных путей назначали антибактериальную терапию (цефалоспорины III–IV поколения, фторхинолоны, метронидазол, карбапенемы). Пункционный метод санации печеночного абсцесса в сочетании с антибактериальной терапией применяли при небольших (3–5 см в диаметре) гнойниках. Абсцессы диаметром более 5 см подвергались чрескожному дренированию под ультрасонографическим, рентген-телевизионным или компьютерно-томографическим контролем. Для дренирования использовали стилет-катетеры Доусена-Мюллера с кончиком типа «pigtail» диаметром от 8 до 14 Fr. Выбор диаметра определяли объемом очага деструкции печеночной паренхимы. При значительном объеме гнойной полости или многокамерной ее структуре с наличием внутрисполостных секвестров для более адекватной и тщательной санации устанавливали два дренажных катетера. При множественных абсцессах различного диаметра использовали сочетание пункционного и дренажного способов санации. Лечение дополняли устранением причины нарушения естественного желчеоттока. С этой целью применяли один из минимально инвазивных методов желчной декомпрессии. В случае локализации стеноза или стриктуры в дистальных отделах желчных протоков, а также при холангиолитиазе разрешение холестаза производили путем ЭПСТ, литоэкстракции. При необходимости выполняли назобилиарное дренирование или билиодуоденальное стентирование. Реже, в случаях невозможности эндоскопического доступа, выполняли антеградное чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков. В подавляющем большинстве случаев применение минимально инвазивных методик привело к полному выздоровлению.

Выводы. При доказанной холангиогенной природе абсцессов печени необходимым этапом в алгоритме лечения является устранение причины нарушения естественного желчеотведения. Дифференцированное применение комплекса минимально инвазивных методик в сочетании с рациональной антибиотикотерапией позволяет добиться выздоровления в большинстве случаев внутрипеченочного абсцедирования.



1845. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ IN VITRO

Дзидзава И.И., Аполлонов А. А., Котив Б.Н., Сиволодский Е.П., Смородский А.В., Слободяник А.В., Солдатов С.А., Самуйленко А.В., Джафаров А.А.

Санкт-Петербург

ФГБВОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова” МО РФ

Актуальность. Неуклонный рост числа полирезистентных возбудителей хирургической инфекции диктует необходимость поиска альтернативных методик антимикробного воздействия. Одной из таких методик может являться локальная фотодинамическая терапия, основанная на взаимодействии веществ-фотосенсибилизаторов и низкоинтенсивного лазерного излучения с образованием высокоатомарного синглетного кислорода, губительного для большинства патогенных микроорганизмов. Цель исследования. Изучить действие и выработать оптимальный режим лазерного излучения (ЛИ) в присутствии фотосенсибилизаторов (ФС) на наиболее актуальных возбудителей абсцессов печени in vitro.

Материалы и методы. В условиях микробиологической лаборатории изучено действие низкоинтенсивного лазерного излучения в присутствии фотосенсибилизаторов (0,35% раствора радахлорина и 0,1% раствора метиленового синего). Объект исследования – эталонные (контрольные) штаммы микроорганизмов *Klebsiella pneumoniae* 4140 (NCTC 9127), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27853), *Enterococcus faecalis* (ATCC 29212), *Escherichia coli* (ATCC 25922), *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923), *Candida albicans* (ATCC 24433) в рабочей концентрации 1×10^6 КОЕ. Плотность бактериальной суспензии определяли с помощью стандарта мутности по McFarland. Экспозиция фотосенсибилизатора в суспензии микроорганизмов составила 60 минут при температуре 37,00С. В качестве источника лазерного излучения использовался аппарат «ЛАХТА-МИЛОН» (Россия). При длине волны лазерного излучения 662 Нм и мощности 1,00 W в непрерывном режиме время облучения составило 30 минут. Эксперимент включил 4 исследуемые группы: первую группу (контрольную) составили культуры микроорганизмов, не подвергшиеся воздействию фотосенсибилизаторов и лазерного излучения. Во вторую группу включили культуры микроорганизмов, на которых воздействовали только фотосенсибилизаторами. Третья группа

бактерий подверглась изолированному лазерному облучению. В основную четвертую группу вошли штаммы патогенных микроорганизмов, подвергшиеся воздействию лазера после обработки радахлорином или метиленовым синим. Результаты исследования. Полученные данные во второй и третьей группах исследования свидетельствуют об отсутствии прямого антимикробного (бактерицидного и бактериостатического) действия ФС и ЛИ при их изолированном применении. В четвертой группе установлено, что при применении метиленового синего в вышеописанном режиме действия ЛИ достигнута полная элиминация микроорганизмов *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Candida albicans*, *Klebsiella pneumoniae*. Использование в качестве ФС радахлорина позволило уничтожить полностью *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Candida albicans* и частично подавить рост *Klebsiella pneumoniae*. Выводы. Предлагаемый режим фотодинамического воздействия в эксперименте in vitro обеспечивает полное уничтожение актуальных возбудителей абсцессов печени при применении в качестве фотосенсибилизатора метиленового синего. Требуется дальнейшее исследование по отработке оптимального режима для уничтожения *Klebsiella pneumoniae* в присутствии радахлорина.

1846. НАШ ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНОГО И КАРОТИДНОГО БАССЕЙНОВ

Загаров С.С., Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю., Шилов Р.В., Вульф В.В., Казанский М.Ю., Петраков К.В.

Москва

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, отделение хирургии сосудов и ИБС

Цель: изучить результаты одномоментных открытых реконструкций каротидного и коронарного бассейнов при их атеросклеротическом поражении. Материалы и методы: В период с 2012 по 2017 гг. в отделении хирургии сосудов и ИБС МОНИКИ произведено 49 одномоментных открытых реконструкций каротидного и коронарного бассейнов (из них 4 женщины). Возраст пациентов от 50 до 79 лет (в среднем $63,1 \pm 6,5$ лет). Все пациенты прошли стандартный объем обследования, включавший коронарографию, ультразвуковое исследование сонных и церебральных артерий, компьютерную томографию головного мозга с



контрастированием брахиоцефальных артерий. Показанием к выполнению сочетанной операции для нас являлось наличие у пациентов поражения коронарных артерий, требующим выполнения коронарного шунтирования и Наличие стеноза внутренней сонной артерии более 70% в сочетании с поражением коронарных артерий, требующим аорто-коронарного шунтирования явилось для нас показанием к выполнению одномоментной реконструкции. По функциональному классу стенокардии пациенты распределились следующим образом: II - 7 (14.3%), III - 22 (44,9%), IV ФК - 11 (22,4%), безболевого форма - 9 (18.4%) больных. Ранее инфаркт перенесли 30 (61.2%) больных. Поражение коронарных артерий было следующим: гемодинамически значимый стеноз ствола левой коронарной артерии выявлено - 10(20.4%) случаях, 3-х сосудистое поражение коронарных артерий - 22(44.9%), 2-х сосудистое поражение 10(20.4%), изолированное поражение ПМЖВ – в 7(14.3). Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность 1 степени выявлена у 13 (26.5%) пациентов, 2-я – у 4 (8.2%), 3-я – у 17 (34.7%), 4-я – у 15 (30.6%). Рекон-

струкция каротидного бассейна выполнялась первым этапом. В 7 случаях - протезирование ВСА (6 мм протез из ПТФЭ), в 3 - классическая каротидная эндартерэктомия, каротидная эндартерэктомия по эверсионной методике выполнена в 39 случаях. Этап коронарного шунтирования в 47 случаях выполнялся на работающем сердце, в 2-х случаях в условиях параллельной перфузии. У 21 пациента выполнена полная аутоартериальная реваскуляризация миокарда без отжатия восходящей аорты. Результаты: Умер 1 (2.1%) пациент. Причиной смерти был гиперперфузионный синдром в бассейне реконструированной внутренней сонной артерии. Реконструкция сонной артерии проводилась с использованием временного внутрисосудистого шунта, аорто-коронарное шунтирование выполнялось в условиях параллельной перфузии. Острых нарушений мозгового кровообращения и инфарктов миокарда не было
Выводы: Сочетанная открытая реконструкция коронарного и каротидного бассейнов при их гемодинамически значимом атеросклеротическом поражении эффективна и оправдана.



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

www.ixv.pf

e-mail: Krivtsov@ixv.ru